DRV-Schriften Band 128

Sonderausgabe der DRV

32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Veränderungskultur fördern - Teilhabe stärken - Zukunft gestalten

vom 20. bis 22. Februar 2023 in Hannover

Herausgeber:
Deutsche
Rentenversicherung
Bund

Vorankündigung:

Das

33. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

findet voraussichtlich vom

18. bis 20. März 2024

im Congress Centrum Bremen (CCB)

in Bremen

statt.

Veranstalter:

Deutsche Rentenversicherung Bund

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Ansprechpartner

Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernat Reha-Wissenschaften
10704 Berlin

Telefon: 030 865-39350

Internet: www.reha-kolloquium.de

32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Wissenschaftliche Leitung

Dr. Marco **Streibelt**, Dr. Susanne **Weinbrenner**
Deutsche Rentenversicherung Bund

Prof. Dr. Thorsten **Meyer**
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Programmkomitee

Prof. Dr. V. **Arling** (Aachen), Prof. Dr. M. **Bassler** (Nordhausen), Prof. Dr. H. **Baumeister** (Ulm), Prof. Dr. M. **Bethge** (Lübeck), Prof. Dr. E. M. **Bitzer** (Freiburg), Dr. S. **Brüggemann** (Berlin), Prof. Dr. W. **Göhner** (Freiburg), Prof. Dr. B. **Greitemann** (Bad Rothenfelde), Prof. Dr. C. **Gutenbrunner** (Hannover), Prof. Dr. P. **Hampel** (Flensburg), Dr. D. **Herbold** (Bad Gandersheim), Dr. H.-J. **Hesselschwerdt** (Bad Krozingen), Prof. Dr. A. **Kobelt-Pönicke** (Laatzen), Prof. Dr. V. **Köllner** (Teltow), Prof. Dr. T. **Kohlmann** (Greifswald), Prof. Dr. G. **Krischak** (Friedrichshafen), Prof. Dr. **Mau** (Halle/Saale), Prof. Dr. A. **Mehnert-Theuerkauf** (Leipzig), Prof. Dr. A. **Menzel-Begemann** (Münster), Prof. Dr. M. **Morfeld** (Stendal), Prof. Dr. K. **Nebe** (Halle/Saale), Prof. Dr. M. **Niehaus** (Köln), Prof. Dr. K. **Pfeifer** (Erlangen), Prof. Dr. M. **Sailer** (Magdeburg), Prof. Dr. M. **Schuler** (Bochum), Dr. W. **Schupp** (Herzogenaurach), Prof. Dr. B. **Schwaab** (Timmendorfer Strand), PD Dr. U. **Seifart** (Marburg), Dr. R. **Stachow** (Sylt), Prof. Dr. H. **Völler** (Rüdersdorf), Dr. W. **Wagener** (Düsseldorf), Prof. Dr. U. **Walter** (Hannover), Prof. Dr. P. **Warschburger** (Potsdam), Prof. Dr. J. **Wasem** (Essen), Prof. Dr. K. **Wegscheider** (Hamburg), Prof. Dr. F. **Welti** (Kassel), Prof. Dr. M. A. **Wirtz** (Freiburg)

Kongresskomitee

Tim **Spiegel**, Jana **Honczek** (Organisation)
Katrin **Parthier** (Wissenschaft)
Deutsche Rentenversicherung Bund (Berlin)

Lokales Kongresskomitee

Carolin **Elmdust**, Raimund **Jassat**, Nina **Napoli**
Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (Laatzen)

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum 32. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Hannover begrüßen wir Sie recht herzlich.

Wir alle kennen und erleben ihn seit einigen Jahren, den „Normalzustand Transformation“: Sowohl die Folgen der COVID-19-Pandemie und die Auswirkungen des russischen Angriffskrieges in der Ukraine als auch die Bewältigung des digitalen, ökologischen und demografischen Wandels führen in der Reha-Landschaft aktuell zu einer andauernden Anpassungs- und Veränderungsdynamik. Gleichzeitig wird es in den nächsten Jahren darum gehen, sehr konkrete gesetzliche Änderungen umzusetzen und – last but not least – erfolgreich erprobte, innovative Modellprojekte aus dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ in die Verwaltungs- und Reha-Praxis zu überführen.

Die Herausforderungen sind also vielfältig. Durch die hohe Komplexität, Intensität und Geschwindigkeit dieses Wandels entstehen Unsicherheiten, die es zu adressieren gilt. Die Einführung neuer Prozesse und innovativer Lösungen erfordert in der Regel, dass bestehende Routinen hinterfragt werden müssen. Das geschieht nicht von selbst und auch nicht immer konfliktfrei. Die fehlende Berücksichtigung existierender Umsetzungsbarrieren kann dazu führen, dass selbst gewünschte und evidenzbasierte Innovationen im Arbeitsalltag und Kerngeschäft nicht in die Umsetzung gelangen. Man kann also sagen: Komplexe Herausforderungen treffen auf komplexe Organisationen und zielen auf komplexe Lösungen.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Förderung der Veränderungsfähigkeit und -bereitschaft von Organisationen und von den Menschen in diesen Organisationen an Bedeutung. Wir müssen Innovation und Weiterentwicklung als alltägliche Begleiter akzeptieren und dies für uns nutzen. Denn: Veränderung ist unsere neue Konstante!

Beim diesjährigen Kongress soll aus unterschiedlichen Perspektiven aufgezeigt werden, wie eine zielführende Innovations- und Veränderungskultur aussehen kann. Wenn es uns gelingt, eine solche Kultur zu etablieren, können wir die vielfältigen Entwicklungstrends proaktiv mitgestalten und uns und unsere Prozesse und Leistungen so aufstellen, dass wir damit bestmögliche Teilhabe für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen erreichen und diese nachhaltig sichern. Als größter und wichtigster Reha-Kongress im deutschsprachigen Raum ist das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium die zentrale Plattform, um darüber einen offenen Dialog zwischen Forschung, Praxis, Politik und Verwaltung zu führen. Freuen Sie sich auf ein vielfältiges Programm, das in diesem Jahr auch neue Wege der Wissenskommunikation geht – mit dem ersten Live-Podcast in der Geschichte des Reha-Kolloquiums!

Wir wünschen Ihnen einen erkenntnisreichen Kongress, lebhafte Diskussionen und inspirierende Begegnungen.

Dr. Susanne Weinbrenner Dr. Marco Streibelt Prof. Dr. Thorsten Meyer

Hinweise zu den Beitragsinhalten und Angaben

Für den Inhalt der Beiträge sowie für Personen- und Institutionenangaben sind die Beitragsautorinnen und -autoren verantwortlich. Für die Richtigkeit der Angaben wird keine Gewähr übernommen.

Hinweise zu Interessenkonflikten

Die Erstautorinnen und -autoren der präsentierten Vorträge und Poster wurden nach möglichen Interessenkonflikten und Fördermitteln gefragt. Sofern Interessenkonflikte und/oder Fördermittel angegeben wurden, werden diese am Ende der jeweiligen Kurzbeiträge aufgeführt.

Hinweise zur Genderschreibweise

Den Autorinnen und Autoren der im vorliegenden Heft abgedruckten Beiträge war es freigestellt, welche Genderschreibweise sie verwenden. Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

Inhaltsverzeichnis

Plenarvortrag **22**

Später krank und länger gesund? Die langzeitliche Morbiditätsentwicklung im Kontext des demografischen Wandels
Prof. Dr. Siegfried Geyer *22*

Assessmentinstrumente & Validierungssstudien **23**

„Mein Asthma und Ich“: Fragebogen zur Selbsteinschätzung der asthmaspezifischen Gesundheitskompetenz – Entwicklung und Prüfung der Konstruktvalidität
Karin Drixler; Eva Maria Bitzer *23*

Die konvergente Validität eines Selbst-Tests für ein arbeitsbezogenes motorisches App-Training
David Bühne; Christian Hetzel; Torsten Alles *25*

Screening und Prävalenz von Suizidalität in der medizinischen Rehabilitation
Annika Sternberg; Jona Ober; Lisa Weier; Dieter Benninghoven; Matthias Bethge *27*

Validierung der deutschen Version des Savoring Beliefs Inventory (SBI)
Elena Ilse Maria Motel; Jürgen Hoyer; Volker Köllner *29*

Validierung des Caregiver Strain Questionnaire SF-11 an Eltern von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen
Julia Göldel; Laura-Marie Siebert; Petra Warschburger *30*

Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation **33**

Berufstherapeutische Leistungen in der neurologischen Rehabilitation
Nadine Schumann; Katharina Drozniak; Ines Guse; Mandy Bade; Michael Sailer *33*

Evaluation einer Question Prompt-Liste zur Förderung der Informiertheit von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation
Matthias Lukasczik; Hans-Dieter Wolf; Heiner Vogel *35*

Evaluation subjektiver Faktoren der beruflichen Teilhabe bei der axialen Spondyloarthritis in Deutschland
Uta Kiltz; Kirsten Hoeper; Ludwig Hammel; Sebastian Lieb; Andreas Hähle; Dirk Meyer-Olson *37*

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in der Psychosomatik – Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie am Ende der Rehabilitation
Miriam Markus; Markus Bassler; Nina Gabriel; Andrea Budde; Sophia Chrysanthou; Michael Käfer; Alexandra Lambrecht; Frank Rosbiegal; Matthias Bethge *40*

Veränderung subjektiver berufsbezogener Faktoren nach einer kardiologischen MBOR-Maßnahme
Sarah Leinberger; Robert Nechwatal; Rainer Kaluscha *43*

COVID-19 und Pandemiefolgenmanagement in der Rehabilitation 46

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die ambulante berufliche Rehabilitation: Relevante Handlungsfelder für eine zukunftsfähige Gestaltung
Marie Heide; Björn Hagen; Manfred Otto-Albrecht; Jana Felicitas Bauer; Mathilde Niehaus 46

Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Sucht-Rehabilitation und -Nachsorge (CoV-AZuR). Eine Mixed-Methods-Studie
Martin Brünger; Stefanie Köhn; Friedericke Schall; Jennifer Marie Burchardi; Anna Schlumbohm; Eva Jansen; Karla Spyra 48

Belastungen und Bewältigungsstrategien während der COVID-19-Pandemie aus Sicht von Mitarbeitenden von Rehabilitationseinrichtungen – Eine qualitative Studie
Kübra Annaç; Anna Audia; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska.....51

Gesundheitliche Belastungen bei Post-/Long-COVID: Vergleich von Screening-teilnehmenden mit und ohne eine vorhergehende Rehabilitationsmaßnahme
Sonia Lippke; Lingling Gao; Petra Becker; Robin Rinn; Christina Derksen; Carina Kolb; Alina Dahmen 53

Maskentragen als besondere Herausforderung für hörbeeinträchtigte Menschen in Zeiten der COVID-19-Pandemie
Veneta Slavchova; Carlotta Wengorz; Anna Schnackertz; Jens Knispel; Viktoria Arling 56

Digitale Angebote.....58

Akzeptanz digitaler Gesundheitsinterventionen – Modellvalidierung und Weiterentwicklung der Unified Theory of Acceptance and Use of Technology
Paula Philippi; Harald Baumeister; Jennifer Apolinário-Hagen; David Daniel Ebert; Severin Hennemann; Leonie Kott; Jiaxi Lin; Eva-Maria Messner; Yannik Terhorst.....58

Effektivität einer App-basierten Reha-Nachsorge mit dem Schwerpunkt Bewegungsförderung bei COPD-Rehabilitand*innen
Matthias Limbach; Verena Hartung; Veronika Huber; Alexander Tallner; Klaus Pfeifer; Konrad Schultz 60

Führt eine online unterstützte Intervention zur Vereinbarung und Nachverfolgung von Reha-Zielen zu überlegenen Reha-Ergebnissen?
Susanne Dibbelt 63

Multiperspektivische Evaluation der Benutzerfreundlichkeit eines Telerehabilitations-Programmes
Doreen Stöhr; Alexandra Edlmayer; Stefan Gschwenter; David Felder; Martina Honegger; Martin Skoumal 65

Smart Sensing: Towards an unobtrusive health monitoring in rehabilitation?
Yannik Terhorst; Isaac Moshe; Kennedy Opoku Asare; Lasse Bosse Sander; Denzil Ferreira; David C. Mohr; Laura Pulkki-Raback; Harald Baumeister.....66

Epidemiologie, Reha-Bedarf, Reha-Zugang.....69

Amortisierung gewährter medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen in Abhängigkeit des Einkommensstatus von DRV-Versicherten
Kerstin Ulbrich; Robert Gutu; Maria Weyermann.....69

Anwendung des Risikoindex Erwerbsminderung (RI-EMR).
Wie unterscheiden sich Versicherte mit moderatem und hohem Wert?
Ines Passier; Christoph Kröger; Axel Kobelt-Pönicke.....71

Post-COVID-Syndrom und Arbeitsfähigkeit:
eine Studie mit über 9000 Arbeitnehmern aus der Allgemeinbevölkerung
Stefanie Braig; Raphael S. Peter; Alexandra Nieters; Stefan O. Brockmann; Jürgen M. Steinacker; Winfried V. Kern; Dietrich Rothenbacher.....73

Reha in der Rente – Themaverfehlung oder sinnvoll?
Birgit Senft; Caroline Jaritz; Doris Petz; Sigurd Hochfellner.....75

Welche Rolle spielen Gesundheitskompetenz und körperliche Gesundheit in der Beziehung von Bildungsniveau und subjektivem Rehabilitationsbedarf?
Jean-Baptist du Prel; Max Rohrbacher; Chloé Charlotte Schröder; Hans Martin Hasselhorn; Oliver Razum; Jürgen Breckenkamp.....77

Innovationswerkstatt - Innovative Modelle und Konzepte.....80

Die Narkolepsie Reha: Etablierung eines Rehabilitationsmodells für krankhaft „verschlafene“ Patienten
Peter Young; Sabine Krause; Charlotte Young; Kathrin Pahlke; Thomas Rohbeck.....80

Public Reporting von PROMs-Ergebnissen
Annabelle Neudam; Alexander Mühlhause; Holger Schulz; Volker Beierlein.....81

Reallabor Klinik Möhnesee: Transformation von Behandlungskonzepten in Bezug auf „Planetary Health“
Lea Dohm.....84

Smarte Diagnostik in der Rehabilitation – RehaCAT als innovative Plattform für computer-adaptive patient-reported outcome measures
Johannes Knauer; Yannik Terhorst; Paula Philippi; Selina Kallinger; Sandro Eiler; Harald Baumeister.....86

Standardisierung des Visitationsprozesses im QS-Reha®-Verfahren
Wiebke van Rees; Edith Andres; Eva Maria Bitzer; Björn Broge; Gwendolyn Schmitt; Simone Telenga.....89

Verbundvorhaben Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige (PuRpA) – Konzeptentwicklung und -erprobung
Martina Brinker; Nele Marie Buschsieweke genannt Großeotto; Alexandra Hirschmann; Martina Böhler; Verena Ising-Volmer; Christa Büker; Norbert Seidl.....91

Innovationswerkstatt - Innovative Modelle und Konzepte aus dem Bundesprogramm "rehapro" **94**

Chancen in Anpassungsbedarfen erkennen – praktische Beispiele am SEMRES-Projekt
Lea Jürgens; Knut Tielking; Christina Diekhof *94*

Entwicklung, Erprobung und Evaluierung einer app-basierten Psychosozialen Präventionsleistung (PE³PP)
Johannes Stephan; Jan Gehrmann; Matthias Richter *96*

KontextSucht-Begleitforschung (KSB) – Eine Intervention zur Verbesserung der stationären Entwöhnungsbehandlung für abhängigkeitserkrankte Eltern mit und ohne Begleitkinder
Ananda Stullich; Laura Hoffmann; Matthias Richter *98*

Überführungsverbesserungen vom Jobcenter zur Rentenversicherung in der beruflichen Rehabilitation mithilfe eines neuartigen Screening-Verfahrens
Thomas Roßnagel; Stefan Zapfel; Bartholomäus Zielinski; Bernhard Schrauth *100*

Vorbereitung von Arbeitsmarkt(Re-)Integrationsversuch für Langzeitarbeitslose mittels Fähigkeitsprofilen
Celine-Chantal Elster; Michael Wendt; Pia Borchers; Beate Muschalla *102*

Komplexe Versorgungsbedarfe im Reha-System **105**

Barrieren für bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung als Gefährdung von Teilhabe und Selbstbestimmung
Cornelia Weiß; Jana Stucke; Thorsten Meyer *105*

Beratung, Begleitung und Vermittlung von (Poli-)Trauma-Patient:innen und Berufserkrankten durch Sportcoaching im Rehabilitationsmanagement
Elisa Weber; Ruud Vreuls; Isabel Stolz; Vera Tillmann; Ralf Janello; Volker Anneken *107*

ICF-basierte Handlungsempfehlungen für die Patientenversorgung nach schweren muskuloskeletalen Verletzungen – von der Akutversorgung bis zur Nachsorge
Michaela Coenen; Sandra Kus; Stefan Simmel *109*

Rehabilitation nach Trauma – Identifizierung von Faktoren, die mit der Rehabilitationsdauer assoziiert sind: eine biopsychosoziale Perspektive
Sandra Kus; Cornelia Oberhauser; Michaela Coenen; Stefan Simmel *111*

Übergangsmanagement in der Medizinischen Rehabilitation – Status Quo
Madeline Richter; Hans-Dieter Wolf; Heiner Vogel *113*

Methoden in der Rehabilitationsforschung **116**

Computerlinguistische Ermittlung von Funktionsstörungen in der onkologischen Rehabilitation und deren Auswirkungen auf die Erwerbsprognose
Rainer Kaluscha; Alex Liebert; Lena Tepohl; Christian Duncker *116*

Gender Bias in der Rehabilitation – die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Perspektive in der Outcome Forschung
Vincent Grote; David Riedl; Silvia Lechner; Michael J. Fischer *119*

Kostenerhebung bei Brustkrebsrehabilitationsmaßnahmen
Nicole R. Heinze *121*

Selection bias: Teilnahme an einer Fragebogenstudie und Einwilligung zum Daten-Linkage mit Routinedaten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen
Christian Hetzel; Sebastian Klaus; Alexander Meschnig; Ernst von Kardorff *123*

Vergleich zweier Berechnungsmethoden der Qualitätsindikatoren Zufriedenheit und subjektiver Behandlungserfolg für Reha-Fachabteilungen der Kinder- und Jugendrehabilitation
Johannes Schmidt; Sarah Leinberger; Anna Luise Kaczerowsky; Robert Simon; Magdalena Zielinska; Rainer Kaluscha *125*

Modellprojekte aus dem Bundesprogramm rehapro 128

Arbeitsteiliges (Reha-)Fallmanagement. Beispiele aus dem Bundesprogramm rehapro
Stefan Zapfel; Clemens Kraetsch *128*

Entwicklung des PadaCura-Fragebogens zur ICF-basierten Erfassung des Erwerbsminderungsrisikos - Ergebnisse einer retrospektiven Fragebogenerhebung
Regina Weißmann; Fanny Loth; Joachim Thomas *130*

Erprobung einer ganzheitlichen Klärung von Handlungsbedarf bei Erwerbstätigen mit gefährdeter beruflicher Teilhabe: das rehapro-Modellvorhaben GIBI
Saskia Dötsch; David Fauser; Claudia Langer; Claudia Kindel; Vera Kleineke; Matthias Bethge *132*

Evaluation einer Fallmanagement-Weiterbildung bei der Deutschen Rentenversicherung
Sebastian Ehlen; Milena Arenz; Sandra Kirvel; Hans Oliva *134*

Studie zur Wirksamkeit einer digitalen Reha-Nachsorge
Julian Fritsch; Katharina Feil; Susanne Weyland; Lena-Marie Rittmann; Detlef Schmidt; Darko Jekauc *136*

Nachwuchsforum 139

Barrieren bei der beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Eine Beschäftigungs- und Bedarfsanalyse zur gelingenden Umsetzung von Inklusion in Cafés
Anna-Maria Stotz *139*

Die Bedeutsamkeit von Teamberatungen im Kontext der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Personen - eine qualitative Untersuchung im BTZ Leipzig am BFW Leipzig
Pauline Bart *141*

Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation von Suchterkrankungen
Selina Jackob *144*

Validität des Modified Spinal Function Sort (M-SFS) bei Patientinnen mit Mammakarzinom im erwerbsfähigen Alter
Sina Marquardt *146*

Onkologische Rehabilitation 148

Lebensqualität, psychosoziale Belastung und Rückkehr zur Arbeit 2 Jahre nach radikaler Zystektomie aufgrund eines Harnblasenkarzinoms
Guido Müller; Marius C. Butea-Bocu; Henning Bahlburg; Tabea Hellmann; Fabian Schuster; Florian Roghmann; Joachim Noldus 148

Prospektive Studie zur Erfassung des Rehabilitationsbedarfs, Lebensqualität und therapeutischer Effekte in der onkologischen Rehabilitation - Erfahrungen aus der Schweiz
Holger G. Hass, Daniel Büche; Björn Janssen; Stefan Bachmann 150

Psychological distress and Treatment-induced somatic disorders in gastric and AEG cancer patients during oncological inpatient rehabilitation
Holger G. Hass; Andrea Herzberger; Thomas Bingger; Wolfgang Bair 152

Welche Effekte hat eine onkologische Rehabilitation auf die Erwerbs- und Pflegeprognose?
Silke Jankowiak; Rainer Kaluscha; Thomas Widmann; Lena Tepohl 154

Zunahme fortgeschrittener Tumorstadien während der Coronapandemie? Eine Analyse von 13.228 Patienten mit uroonkologischer Diagnose.
Marius C. Butea-Bocu; Guido Müller 157

Orthopädie, Chronische Schmerzen, Neurologie 159

Eindrücke von Personen mit Multiple Sklerose zu „neuem“ agilitätsbasiertem Training und „traditionellem“ Kraft- und Ausdauertraining
Florian Wolf; Jörn Nielsen 159

Einfluss der wissensbezogenen Health Literacy auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit Hüft-Totalendoprothese
André Strahl; Christoph Kolja Boese; Ulrich Bechler; Lara Krüger; Frank Timo Beil; Tim Rolvien 161

Häufigkeit und Intensität von rehabilitationsmedizinischen und physikalischen Therapiemaßnahmen bei Patienten mit axialer Spondyloarthritis in Deutschland
Uta Kiltz; Kirsten Hoeper; Ludwig Hammel; Sebastian Lieb; Andreas Hähle; Dirk Meyer-Olson 163

Vermittelt die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit die längsschnittliche Beziehung zwischen Depressivität und arbeitsbezogenen Faktoren bei chronischen Rückenschmerzen?
Petra Hampel; Anne Neumann 166

Welche Kontextfaktoren sind mit einem anhaltend schlechten Verlauf von einschränkenden Rückenschmerzen und negativer Erwerbsprognose assoziiert?
Julia-Marie Zimmer; David Fauser; André Golla; Matthias Bethge; Wilfried Mau 168

Prävention & Gesundheitsförderung 171

Akzeptanz des Ü45-Checks bei den Versicherten
Simone Telenga; Annika Hambrecht; Eva Maria Bitzer 171

BeGX – Berufsgesundheits-Index Alten- und Krankenpflege
Stefan Gorgels 173

Evaluation eines Trainings zur Förderung psychischer Gesundheitskompetenz bei Studierenden
Ann-Kathrin Grotenburg; Jens Knispel; Veneta Slavchova; Viktoria Arling 175

Grenzmanagement für gesundheitsgerechte Vereinbarkeitslösungen – Prävention und Rehabilitation für die transformierte Arbeitswelt
Katja Nebe.....178

Prävention von Arbeitsunfähigkeit: Evaluation eines arbeitsbezogenen Einzelcoachings
Lilly Paulin Werk; Beate Muschalla;.....180

Rechtswissenschaften **183**

§ 7 Behindertengleichstellungsgesetz – eine unterschätzte Norm für die Rehabilitationspraxis
Felix Welti.....183

BfA Gelingt - Ergebnisse einer qualitativen Studie zu sozialrechtlichen und sozialpolitischen Barrieren und möglichen Lösungsansätzen
Burcu Köse; Regina Weißmann; Christiane Bartosch; Regina Schmid; Joachim Thomas 185

Budget für Ausbildung – ein neues Teilhabeinstrument
Belinda Weiland.....187

Eine rechtliche Analyse der digitalen Gesundheitsanwendungen für Menschen mit Behinderungen gemäß § 47a SGB IX in der medizinischen Rehabilitation und als Teilhabeleistung der Gesetzlichen Rentenversicherung
Dörte Busch.....189

Gewaltschutz – insbesondere durch Gewaltschutzkonzepte – bei der Erbringung von Teilhabeleistungen
Claudia Beetz 191

Nachhaltige Erwerbsteilhabe durch Nachsorgeleistung
Philipp Jahn 193

Neue Barrieren in der Pandemie für behinderte Beschäftigte – Herausforderungen für die betrieblichen Akteure
Cathleen Rabe-Rosendahl; Thomas Ketzmerick.....195

Rehabilitation im Sozialraum – Rechtliche Regelungen zur Sozialraumorientierung im SGB IX und in Landesrahmenverträgen nach § 131 SGB IX
Michael Beyerlein 197

Stärkung der Teilhabe durch ökonomische Anreize mit Hilfe von BEM-Prämien
Wolfhard Kohte.....199

Teilhaberechtliche Lohnkostenzuschüsse zum Ausgleich von Leistungsminderungen im Vergleich
René Dittmann.....201

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen 204

Belastungen durch die Covid-19-Pandemie bei Personen mit suchtbezogenen Problemlagen – Ergebnisse aus der BEAS Studie
Rieka von der Warth; Erik Farin-Glattacker 204

digARS – Effektivität der ARS unter Berücksichtigung von „digitalen“ Leistungen während der Coronapandemie
David Steffen 206

Erfahrungen aus dem überleitenden Fallmanagement bei Abhängigkeitserkrankungen im Rahmen des rehapro-Modellvorhabens FIRE
Sebastian Bernert; Sandra Fahrenkrog; Judith Kraft; Nina Walthart; Fabian Weber; Ralf Fischer; Lena-Marie Rittmann 208

Rehabilitand:innen mit Abhängigkeitserkrankungen in der SARS-CoV-2-Pandemie. Eine Querschnittbefragung in der Sucht-Rehabilitation und -Nachsorge
Jennifer Marie Burchardi; Martin Brünger; Anna Schlumbohm; Karla Spyra; Stefanie Köhn 210

Welche Effekte hat eine berufsbezogene Rehabilitation auf die Erwerbsprognose bei Suchrehabilitanden und welche Rehabilitanden profitieren?
Silke Jankowiak; Sarah Leinberger; Andreas Kocks; Jens Borgelt; Nikolaus Lange; Rainer Kaluscha; Lena Tepohl 212

Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen 217

Arbeitsfähige und arbeitsunfähige Psychotherapiepatienten im Vergleich
Beate Muschalla; Michael Linden 217

Inanspruchnahme von Reha-Angeboten und Verlaufskurven bei psychischen Beeinträchtigungen (InVerPsych): Ergebnisse aus dem qualitativen Studienteil
Ernst von Kardorff; Alexander Meschnig; Sebastian Klaus; Yvonne Rafalzik; Christian Hetzel 219

Mentalisierungsfähigkeit als „Critical-Success-Faktor“ in der psychosomatischen Rehabilitation – Ergebnisse einer longitudinalen Beobachtungsstudie basierend auf elektronischer Routinedatenerhebung
Astrid Lampe; Karin Labek; Vincent Grote; Michael J. Fischer; Gerhard Rumpold; David Riedl 221

Selbstakzeptanz psychischer erkrankter Menschen - zwei Seiten einer Medaille
Veneta Slavchova; Joel Rombey; Jens Knispel; Viktoria Arling 223

Zur Rolle von Rumination bei der Entstehung von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Herzpatienten
Stefan Lueger; Tanja Lueger; Peter Deeg 226

Rehabilitation nach COVID-19 & bei Post-COVID-Syndrom 229

COVID-19 und der Apnoe-Hypopnoe-Index – Erklärt unentdeckte Schlafapnoe die hohen Prävalenzraten für Fatigue?
Markus C. Hayden; Gabriele Schwarzl; Matthias Limbach; Sorin Mitrea; Michael Schuler; Dennis Nowak; Konrad Schultz 229

Effekte einer stationären Rehabilitationsmaßnahme
bei Long-Covid-/Post-Covid-Syndrom
Lyssa Ginther; Axel Schlitt; Mariela Indzhieva; Viktoria Heinze; Stefan Schwarz.....232

Körperliche und psychische Gesundheit von Patient*innen
mit berufsbedingter COVID-19-Erkrankung im Anschluss einer stationären
Rehabilitation
*Katrin Müller; Katharina Zwingmann; Iris Poppele; Anna-Lena Schultz;
Alois Wastlhuber; Michael Stegbauer; Torsten Schlesinger*.....235

Medizinische Rehabilitation bei Long Covid - Ergebnisse im Zeitverlauf
*Mercedes Rutsch; Jördis Frommhold; Heike Buhr-Schinner; Thomas Gross;
Per Otto Schüller*.....237

Pneumo-kardiologische Rehabilitation nach COVID-19 –
Charakterisierung von Rehabilitand*innen und ihren Problemlagen
Jana Stucke; Isabel Meier; Stefanie Gillitzer; Fadeke Berida; Thorsten Meyer.....239

Rehabilitation von Kindern & Jugendlichen.....241

Behandlungsbedürftige Kinder in stationären Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen:
Analyse therapeutischer Maßnahmen anhand von Daten der Klassifikation
Therapeutischer Leistungen
Claudia Kirsch; Monique Förster; Dorothee Noeres.....241

Benefit Finding and Growth bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen –
Überprüfung eines Erklärungsmodells
Roman von Rezori; Petra Warschburger.....244

Individualisiertes Familien-Coaching zur Förderung der Verhaltensmodifikation
von begleiteten Kindern und Jugendlichen mit Adipositas: Formative Evaluation
Evita Ausner; Christian Falkenberg; Ines Gellhaus; Petra Hampel.....246

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund
in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung –
Eine Querschnittbefragung von Versicherten in Berlin und Hamburg
Hannes Banaschak; Flaminia Bartolini; Ramazan Salman; Matthias Bethge.....248

Subjektive Konzepte von Eltern zur Reha ihres Kindes
Gloria Metzner; Cindy Höhn; Edith Waldeck; Manuela Glattacker.....250

Reha-Praxis und Reha-Team.....253

Heterogenität, inklusionsbezogene Einstellungen und berufliche Ziele
Studierender der Sonderpädagogik
Hans-Christoph Eichert.....253

Therapeut:innenkompetenzen im Kontext der gruppenbasierten Bewegungstherapie
– Eine qualitative Studie mit Therapeut:innen und Rehabilitand:innen
André Arik Schuber; Madeleine Gernert; Andrea Schaller.....255

Umgang mit Verantwortung unter Ressourcenmangel:
Implikationen für zukünftige Pandemien
*Anna Pieschnik; Alex Stern; Nele Röttger; Anna-Lena Esser; Simone Stickling;
Oliver Razum*.....258

Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung: Entwicklung einer Handreichung für Rehabilitationseinrichtungen
Tuğba Aksakal; Yüce Yilmaz-Aslan; Maria Mader; Fabian Erdsiek; Kübra Annaç; Oliver Razum; Patrick Brzoska *260*

Welche Fachabteilungen sind am stärksten von ärztlichem Fachkräftemangel betroffen? Ergebnisse einer quantitativen Umfrage in Rehabilitationseinrichtungen
Eva Jansen; Manuela Marquardt; Ariane Funke; Karla Spyra *262*

Reha-Qualitätssicherung **266**

Ergebnisse des Forschungsprojekts MedKonz zum Manual und Bewertungssystem für medizinische Konzepte
Carolin Gurisch; Svenja Harms *266*

Inanspruchnahme der medizinischen und psychologischen Fachdienste in einem Berufsförderungswerk
Christian Hetzel; Christof Schmidt; Stefanie Siebeneick; Gabriela Sewz; David Bühne; Torsten Alles *269*

Klinikvergleichende Ergebnisqualität in der orthopädischen Rehabilitation mittels eines standardisierten Fremdratings – Ergebnisse zum modifizierten Staffelstein Score
Volker Beierlein; Ralf Bürgy; Torsten Kirsch; Johannes Kneißl; Matthias Köhler; Annabelle Neudam; Holger Schulz *271*

Kontinuierliche interne Patientenbefragungen – Basis für Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Rehabilitation
Rüdiger Nübling; Udo Kaiser; Jürgen Schmidt *273*

Zusammenhang von Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität mit dem längerfristigen Reha-Outcome
Jürgen Schmidt; Udo Kaiser; Rüdiger Nübling *276*

Return to Work **279**

Behandlungserfolg und Selbsteinschätzung zur beruflichen Wiedereingliederung bei ambulanten psychiatrischen Rehabilitand*innen mit und ohne Schmerzerleben
Ina Knoop; Miriam Traugott; Barbara Haider-Novak; Daniela Fischer-Hansal; Alexandra Schosser; Birgit Senft *279*

Berufliche Teilhabe nach einer psychosomatischen Rehabilitation. Repräsentative Analysen auf Basis der DRV-Routinedaten
Anne-Kathrin Mayer; Marco Streibelt; Pia Zollmann *281*

Effectiveness of the intervention “INREFA 1.0”: First evidence.
Dimitra Savvoulidou; Marion Zindel; Axel Kobelt-Pönicke *284*

Entwicklung der beruflichen Teilhabe bei Patienten mit seropositiver rheumatoider Arthritis unter erfolgreicher leitliniengerechter medikamentöser Therapieintervention
Sara Eileen Meyer; Juliana Rachel Hoeper; Ioana Iliadis; Kai G Kahl; Torsten Witte; Kirsten Hoeper; Dirk Meyer-Olson *286*

Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Trauma-Rehabilitation: Ergebnisse der icfPROreha-Studie bei Patient:innen mit schweren muskuloskelettalen Verletzungen
Sandra Kus; Cornelia Oberhauser; Stefan Simmel; Michaela Coenen *289*

Sozialmedizinische Begutachtung 292

Die Berücksichtigung person- und umweltbezogener Faktoren
in der sozialmedizinischen orthopädischen Begutachtung im KomBi-EMR-Projekt
Judith Gartmann; Andrea Bökel; Christoph Egen; Silke Freihoff 292

Herausforderungen gutachterlicher Entscheidung im Rehabilitationszugang
über die Pflegebegutachtung - Ergebnisse einer begutachtungsbegleitenden
Fragebogenerhebung
*André Golla; Cynthia Richter; Anja Bieber; Wilfried Mau; Susanne Saal;
Andrea Kimmel; Katrin Breuninger 294*

Relevante person- und umweltbezogene Kontextfaktoren der ICF
in der sozialmedizinischen Begutachtung im Rahmen der EMR
Andrea Bökel; Christoph Egen; Judith Gartmann; Silke Freihoff 296

Warum können Peers die sozialmedizinischen Beurteilungen
des Leistungsvermögens in Erwerbsminderungsgutachten nicht nachvollziehen?
Eine qualitative Analyse aus dem Peer Review-Verfahren 2021 der Deutschen
Rentenversicherung
Christian Wuchter-Czerwony; Jörg Gehrke 298

Weiterentwicklung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 301

Berufliche Rehabilitation in Zeiten der Covid-19-Pandemie
Nancy Reims; Angela Rauch.....301

Förderung berufsbezogener sozialer Kompetenzen in der beruflichen Rehabilitation:
Entwicklung arbeitsbezogener Situationsbeschreibungen als Trainingsgrundlage
*Viktoria Arling; Manouela Kosmadaki; Alina Weber; Veneta Slavchova;
Jens Knispel 303*

Positive Veränderungen bei jungen Menschen in der beruflichen Ersteingliederung:
mehr betriebliche Ausbildung und höhere Integrationsquoten
Angela Rauch; Nancy Reims; Anton Nivorozhkin.....305

Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt mit dem Budget für Arbeit:
Ein Beratungskonzept für Arbeitgeber
*Regina Weißmann; Christiane Bartosch; Burcu Köse; Regina Schmid;
Joachim Thomas 307*

Veränderung von beruflichen Tätigkeiten und Arbeitsbelastungen
nach bewilligten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
Annika Sternberg; David Fauser; Hannes Banaschak; Matthias Bethge.....309

**Poster: Beiträge von Nachwuchswissenschaftlerinnen
und Nachwuchswissenschaftlern.....312**

Der Stellenwert der Kommunikation zwischen den Akteuren
im Return to Work Prozess
Linda Albersmann.....312

Eine qualitative Studie zur Bestimmung von Einflussfaktoren auf die
Berufsperspektive von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation
Lara Luisa Wolff; Nataliia Brehmer; Heinz Völler; Annett Salzwedel 314

Erhebungsmethoden für Return to Work in der orthopädischen Rehabilitation in Deutschland
David Endres *316*

Rehabilitation von Jugendlichen mit Skoliose während der SARS-CoV-2-Pandemie – Eine Interviewstudie zu Chancen und Herausforderungen
Anna-Lena Baasner, Hannes Banaschak, David Fauser, Matthias Bethge *318*

Rehabilitationsprogramm bei Post-COVID-Fatigue
Nora Müller *320*

Utilization of Workplace Health Promotion Measures in Large German Companies
Kristina Schubin *322*

Poster: COVID-19 & Post-COVID als Herausforderung für das Reha-System 325

Arbeitsfähigkeit und berufliches Risiko von Rehabilitand*innen mit Long Covid
Mercedes Rutsch; Ruth Deck *325*

Deutliche Unterschiede zwischen Rentnern und Berufstätigen mit Post-/Long Covid Syndrom in der stationären Rehabilitation
Jürgen Wagner; Mario Siebler *327*

Inanspruchnahme der stationären Rehabilitation in der Schweiz im Verlauf der Covid-19-Pandemie
Stefanie Köhn; Manuela Marquardt; Luise Menzi; Anika Zembic; Karla Spyra *329*

Rehabilitation bei Post-/Long-COVID: Wie passt der interdisziplinäre Versorgungsbedarf zu bestehenden Therapie-Konzepten?
Carina Kolb; Petra Becker; Christina Derksen; Robin Rinn; Cay Cordes; Sonia Lippke *332*

Sicherstellung medizinischer Rehabilitation in Zeiten von COVID-19 – Eine bundesweite Befragung von Einrichtungsleitungen
Kübra Annaç; Jana Fieselmann; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska *334*

Poster: Digitale Angebote in Prävention, Rehabilitation & Nachsorge 337

Bewertung der Reha-Nachsorge Website Onko-Vital aus Sicht der RehabilitandInnen
Heike Kähnert; Birgit Leibbrand *337*

Digitale Reha-Nachsorge - Ergebnisse einer explorativen Zielgruppen-Analyse
Frank Merten; Filippo Martino; David Messinger; Sebastian Knapp *339*

Digitale Reha-Nachsorge - Zeigen sich Unterschiede zwischen uni- und multimodalen Maßnahmen?
Frank Merten; David Messinger; Filippo Martino; Sebastian Knapp *341*

Nutzung einer poststationären Smartphone-App in Abhängigkeit von sozio-ökonomischen Faktoren
Monika Reuß-Borst; Fabian Borst; Johannes Boschmann; Peter Schwarz *343*

Präventionsprogramm RV Fit – formative Evaluation der digitalen ambulanten Trainingsphase (App – CeP Online)
Madeline Richter; Heiner Vogel; Christian Gerlich *345*

REHAvolution: eine quantitative Befragung von Rehabilitationseinrichtungen zum Einsatz digital unterstützter Angebote
Susanne Stampa; Monica Diana Podar; Alexandra Maria Fretian; Christine Thienel; Oliver Razum; Christoph Dockweiler *347*

Poster: Kardiologie und Innere Medizin **350**

ADIPE: Entwicklung, Implementierung und Evaluation des Rehabilitationskonzeptes ‚Psycho-Adipositas'
Rosemarie Hillebrand; Livia Wilheim; Anne Schäfer; Sviatlana Fuest; Harald Fischer *350*

Berufliche Orientierung in der CED-Rehabilitation aus Rehabilitandensicht
Jana Langbrandtner; Gero Steimann *352*

BESSER-Nacherhebung: Was beeinflusst die berufliche Wiedereingliederung kardiologischer RehabilitandInnen mit besonderen beruflichen Problemlagen?
Nataliia Brehmer; Lara Luisa Wolff; Heinz Völler; Annett Salzwedel *354*

Hohe psychische Belastung bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas und Nierenkrankheiten in der stationären medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)
Jürgen Wagner; Thomas Helling; Maryam Berger; Jana Bohro; Vera Clavairoly *356*

Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation kardiovaskulär erkrankter Patientinnen und Patienten:
Studienprotokoll einer randomisierten kontrollierten Studie
Friederike Thome-Soós; Luka Marko Rašo; Lisa Weier; Dieter Benninghoven; Matthias Bethge *358*

Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und gesundheitsbezogener Lebensqualität bei psychokardiologischen Reha-PatientInnen –
Einfluss von Depressivität und Herzangst
Lola Burmehl; Christoph Schmitz; Volker Köllner; Eike Langheim *360*

Poster: Modellprojekte aus dem Bundesprogramm rehapro **363**

Ein „Blaufeuer“ für psychisch belastete Erwerbstätige – wird die Zielgruppe erreicht?
Christian Gerlich; Lorenz Leven; Ina Pamperin; Nadine Vorsatz; Heiner Vogel; Michael Schuler *363*

Ergebnisse aus der ersten Erhebungsphase einer kontrollierten Längsschnittstudie im Projekt SEMPRE
Elena Brushinski; Aike Hessel; Natalie Schüz; Anna Levke Brütt *365*

Evaluationskonzept zu einer innovativen Prozesskette nach endoprothetischem Gelenkersatz („ProSEeG“)
Madeleine Gernert; Lea Dejonghe; Marc Schöttler; Andrea Schaller *367*

Innovation: rehapro Modellprojekt Lichtenberger Initiative für Gesundheit und Arbeit (LIGA)
Sara Nasri; Hans-Joachim Schubert; Jens Wurtzbacher *369*

Wirksamkeit digitaler, rehabilitativer Interventionen für übergewichtige oder adipöse Jugendliche abseits der Gewichtsreduktion – Ein systematischer Review
Feline Zocher; Ulrike Linstedt; Anna Maria Wittmann; Magdalena Schellenberg *372*

Poster: Neurologie **375**

Erniedrige ernährungsabhängige Blutspiegel und Mangelernährung von leicht betroffenen Schlaganfallpatienten in der neurologischen Rehabilitation
Mario Siebler; Tobias Schmidt-Wilke; Mirian Lansink; Nick van Wijk; Bettina Stutter; Claudia van den Berg *375*

Evaluation der medizinisch-beruflich orientierten Leistungsfähigkeit (EMBOL) in der neurologischen Rehabilitation: Reliabilität, Validität und Verlaufsmessung (Studienprotokoll)
Mandy Bade; Marco Bittkau; Julia Heise; Nadine Schumann; Michael Sailer *377*

Interdisziplinäres Assessment Neuro-Rehabilitation Kliniken Schmieder
Oliver Neumann *379*

Machbarkeit eines kognitiv-behavioralen Gruppentherapiekonzepts für Personen mit Post-/Long-COVID-Syndrom in der neurologischen Rehabilitation
Daniel Huth; Sarah Tholl; Anne-Kathrin Bräscher; Michael Jöbges; Gunnar Birke; Christoph Herrmann; Daniela Mier *380*

Niederschwellige Interventionen bei der computergestützten Therapie in der Gruppe als Unterstützung von Leistungszuwachs und Therapiemotivation während einer neurologischen Rehabilitationsmaßnahme
Wolfgang Kringler *382*

Vergleich von PROMIS-10 und VR-12 zur Ergebnisqualitätsmessung in der neurologischen Rehabilitation – Ergebnisse aus einem Pilotprojekt
Volker Beierlein; Ralf Bürgy; Torsten Kirsch; Johannes Kneißl; Matthias Köhler; Annabelle Neudam; Holger Schulz *384*

Poster: Orthopädie & Onkologie **386**

Auswirkungen einer multimodalen Bewegungsintervention (MultiMove) in der Anschlussheilbehandlung von chronischen lumbalen Rückenschmerzen – Eine Pilotstudie
Toan Nguyen; Martin Behrens; Kerstin Rohkohl; Ivonne Rudolph; Katharina Meiler; Jörg Franke; Lutz Schega *386*

Health literacy bei Rehabilitand:innen in der verhaltensmedizinisch-orientierten orthopädischen Rehabilitation (VOR)
Karin Meng; Claudia Isele; Christof von Neukirch; Gabriele Sohr; Dieter Benninghoven; Verena Heß *389*

Schweregrad und psychosoziale Kennwerte bei unspezifischen chronischen Rückenschmerzen: Eine Querschnittsanalyse in der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation
Anna Maria Hüwel; Petra Hampel *392*

Sektorenübergreifende Erhebung von Patient-Reported Outcomes in der Orthopädie – Etablierung eines Studienprotokolls durch IQM und 4QD
Torsten Kirsch; Volker Beierlein; Ralf Bürgy; Annabelle Neudam; Matthias Köhler; Josef Zacher; Holger Schulz *395*

Strukturierte Kurzzeitpsychotherapie versus unspezifische Gruppendiskussion in der Rehabilitation bei Brustkrebs: eine randomisierte kontrollierte Studie
David Fauser; Elena Rimalis-Vogt; Johannes Mattes; Matthias Bethge *398*

Therapie-induzierte Folgestörungen nach Brustkrebsbehandlung in der onkologischen Rehabilitation – Aktuelles Update des Scheidegger Breast Cancer Registry (BreCaReg)
Holger G. Hass; Marianne Seywald; Matthias W. Beckmann; Volker Kunzmann; Achim Wöckel *400*

Poster: Prävention und Gesundheitsförderung 403

Belastet durch Home-Office: Bedarfsgerechte Versorgung von Rehabilitand:innen mit (psycho-)somatischen Symptomen
Carina Kolb; Petra Becker; Franziska M. Keller; Sonia Lippke *403*

Ergebnisse eines Achtsamkeitstrainings mit Führungskräften eines großen IT-Unternehmens: Eine explorative Studie
Kristina Schubin; Holger Pfaff; Sabrina Zeike *405*

Erwerbsselbständigkeit als Alternative für Menschen mit Behinderung. Stand und Anforderungen an die Gründungsberatung und -unterstützung
Bartholomäus Zielinski; Stefan Zapfel; Bernhard Mederer *407*

Prävention von Arbeitsunfähigkeit: Arbeitsbezogenes Coaching bei Erschöpfung und Überarbeitungsgefühlen – Wer braucht was?
Lilly Paulin Werk; Beate Muschalla *409*

Senkt ein kurzer virtueller Waldaufenthalt das Stresserleben von Berufstätigen? – Eine experimentelle Untersuchung
Ricardo Baumann; Ann-Sophie von den Brincken *411*

Trägt eine längere Begleitung im Präventionsprogramm der DRV (RV Fit) zu einer besseren Adhärenz bei?
Lena Tepohl; Ersan Özen; Belinda Brack; Stefan Middel; Ulrich Vieregge; Rainer Kaluscha *413*

Poster: Rehabilitation bei COVID-19 & Post-COVID-Syndrom 415

Bedeutung des Post-COVID-Syndroms in der Rehabilitation (PoCoRe): Studienprotokoll einer multizentrischen Studie bei verschiedenen Fachrichtungen
Alexa Kupferschmitt; Thilo Hinterberger; Ida Montanari; Matthias Gasche; Christoph Hermann, Miichael Jöbges; Stefan Kelm; Gerhard Sütfels; Andreas Wagner; Thomas H. Loew; Volker Köllner *415*

Erste Ergebnisse der stationären Post-COVID-Rehabilitation
Alexa Kupferschmitt; Eike Langheim; Haris Tüter; Franziska Etzrodt; Volker Köllner .. *417*

Krankheitsrepräsentationen nach Leventhals Common-Sense Model bei Long-COVID-Patient*innen
Anne Vogtmann; Markus C. Hayden; Matthias Limbach; Konrad Schultz; Dennis Nowak; Nikola Stenzel; Michael Schuler *419*

Post-Rehabilitative Veränderungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und Lebensqualität von Post-COVID-19-Patient*innen
Stefan Gschwenter; Daniel Graf; Alexandra Edlmayer; David Felder; Gabriele Reiger; Martin Skoumal *421*

Pulmonale Erholung nach Covid-19
Christoph Altmann[1]; Elena Zvonova[1]; Lutz Richter; Per Otto Schüller

Poster: Rehabilitation bei Hauterkrankungen und Verbrennungen 426

Einfluss einer dermatologischen Rehabilitation auf das kardiovaskuläre Risiko bei Psoriasis-Patienten
Jomana Al Attar; Jochen Muke; Kaija Troost; Tobias Neumeister; Athanasios Tsianakas.....426

Gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand des SF 36 vor und nach Rehabilitation nach thermischen Verletzungen
Hubert Neubauer; Annette Stolle; Hans Ziegenthaler; Felix Klimitz; Sabine Ripper; Ulrich Kneser; Leila Harhaus.....427

Subjektive Krankheitstheorien von Patient*innen in der stationären, berufsdermatologischen Rehabilitation: Ergebnisse einer qualitativen Studie
Andreas Hansen; Annika Wilke; Swen Malte John; Anna-Sophie Buse.....429

Systematische Konzeption einer App-basierten Nachsorge zur Unterstützung des Selbstmanagements in der berufsdermatologischen, stationären Rehabilitation
Nele Ristow; Annika Wilke; Swen Malte John; Michaela Ludewig.....431

Poster: Rehabilitation von Kindern & Jugendlichen.....434

Der Performance-Score (T2D) verbessert das Patient-Proxy-Dilemma bei PROMs in der pädiatrischen onkologischen Rehabilitation
David Riedl; Thomas Licht; Gerhard Rumpold; Bernhard Holzner; Vincent Grote; Michael J. Fischer; Gustav Fischmeister.....434

Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation
Sarah Leinberger; Johannes Schmidt; Anna Luise Kaczerowsky; Robert Simon; Magdalena Zielinska; Rainer Kaluscha 436

Erste Behandlungsergebnisse einer Kinder- und Jugendrehabilitation für psychische Erkrankungen
Sarah Leinberger; Nora Volmer-Berthele; Rainer Kaluscha; Buket Koyutürk; Lena Tepohl.....438

Psychisch belastete Mütter in stationären Mutter-Kind-Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen: Beschreibung der Zielgruppe anhand von pairfam-Daten
Monique Förster; Claudia Kirsch; Dorothee Noeres 440

Stellenwert der Allergologischen Ernährungstherapie in der pädiatrischen Rehabilitation
Ines Gellhaus; Evita Ausner; Christian Falkenberg 443

Poster: Reha-Team - Zusammenarbeit & Aus-, Fort- und Weiterbildung.....445

Die Nebenwirkung: Wie kann pandemiebedingten Belastungen für Rehabilitand*innen und Mitarbeitenden in stationären Rehabilitations-einrichtungen begegnet werden?
Anna Pieschnik; Alex Stern; Anna-Lena Esser; Simone Stickling; Oliver Razum.....445

Medizinerinnen und Mediziner mit ausländischem Abschluss in deutschen Rehabilitationseinrichtungen: Chancen und Schwierigkeiten
Eva Jansen; Manuela Marquardt; Ariane Funke; Karla Spyra.....447

Praxis und Outcomes Sozialer Arbeit im Setting der Rehabilitation im internationalen Kontext: Ein Scoping Review
Nadja Scheiblich; Tobias Knoop; Thorsten Meyer *450*

Qualifizierung von Mitarbeitenden in Reha-Einrichtungen zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung mittels E-Learning
Bettina Hesse; Susanne Dibbelt; Jochen Heuer; Bernhard Greitemann; Monika Schaidhammer-Placke; Kirsten Bollmann *453*

Rehabilitationsbezogene hochschulische Lehrangebote gesundheitsbezogener Studiengänge in der BBMD-Region: Befragung und Übersicht durch die AG Reha-Lehre
Julia-Marie Zimmer; Laura Retznik; Wilfried Mau; Annett Salzwedel *455*

Poster: Sozialmedizin & Reha-Psychologie 458

Ähnliche Weisheitseinstellungen zur Bewältigung verschiedener Lebenssituationen
Anne Meier-Credner; Mareike Eberl-Kollmeier; Beate Muschalla *458*

Auswirkung psychiatrischer Begleiterkrankungen auf das Ergebnis der FCE-Testung in der orthopädischen Begutachtung mit dem AMA®-Test
Judith Gartmann; Norbert Geissler; Elena Andreeva *460*

Die Beziehung zwischen Body Mass Index und Teilhabe am Arbeitsleben
Michael Linden; Christopher Arnold; Max Holger Warnke *462*

Einfluss der FCE-Testung mit dem AMA®-Test auf die gutachterliche Bewertung eines fiktiven Fallbeispiels
Judith Gartmann; Norbert Geissler; Elena Andreeva *463*

Sozialmedizinische Aufgaben und Interventionen in der Richtlinienpsychotherapie
Michael Linden *465*

Stabilisierung des Bezugssystems psychisch erkrankter Menschen: Weisheitstraining in der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung
Anke Sondhof; Beate Muschalla; Ingo Dettmer; Annika Ritter *467*

Poster: Teilhabe im Zeichen von digitaler Transformation & Corona-Pandemie 470

Corona im Übergang Schule-Studium bei Studierenden der Sonderpädagogik
Hans-Christoph Eichert *470*

Digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderung – Aktueller Forschungsstand und Status quo
Sabrina Lorenz; Marianne Kreuder-Schock; Irina Kreider *473*

Digitales Lernen im Homeoffice aus Sicht der Rehabilitand:innen in Berufsförderungswerken – Eine Befragung zu Erfahrungen während der Corona-Pandemie
Barbara Lippa; Sebastian Klaus; Kerstin Kölzner *475*

Virtual Reality Interventionen für Funktionstraining und Aktivierung in der geriatrischen Versorgung - Ein systematisches Review
Yijun Li; Beate Muschalla *477*

Wovon hängt die Akzeptanz von Health Apps bzw. Digitalen Gesundheitsanwendungen ab? – eine Betrachtung persönlicher Voraussetzungen
Jens Knispel; Gretha Wagner; Rebecca Sieberg; Veneta Slavchova; Viktoria Arling...479

Poster: Teilhabeorientierte Instumente, Assessmentinstrumente & Methoden.....482

Bin ich Reha-Träger – und wenn ja: wie viele?
Lisa Ulrich; Stefan Schüring 482

Der deutsche Work Role Functioning Questionnaire – ein validiertes Instrument zur Messung der beruflichen Leistungsfähigkeit
Martina Michaelis; Monika A. Rieger; Eva Rothermund 484

Herausforderungen bei der Durchführung eines Scoping Reviews zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen
Stefanie Gillitzer; Christine Thienel; Jana Stucke 487

Quality of measures in rehabilitation: Test-retest reliability of the psychometric battery of the clinical trial study RENaBack
Laura Puerto Valencia; Diamantes Arampatzis; Heidrun Beck; Karsten E. Dreinhöfer; Michael Schäfer; Pia-Maria Wippert 489

Wie verstehen Menschen Inhalte eines Weisheitsfragebogens?
Eine qualitative Untersuchung der 12-WD-Skala.
Anne Meier-Credner; Beate Muschalla.....491

Autorenindex 493

Später krank und länger gesund? Die langzeitliche Morbiditätsentwicklung im Kontext des demografischen Wandels

Prof. Dr. Siegfried Geyer

Medizinische Hochschule Hannover

In den 1980er Jahren formulierte James Fries die These der *Morbiditätskompression*, nach der sich die Manifestation von Erkrankungen auf der Altersachse über die Zeit schneller nach oben verschiebt als die Lebenserwartung, und Erkrankungsraten verringern sich. Ursachen sind nach Fries eine verbesserte primäre Prävention und die Verbesserung von Lebens- und Arbeitsbedingungen. Die These der *Morbiditätsexpansion* geht als Gegenmodell davon aus, dass sich die Raten chronisch kranker Menschen durch Fortschritte der Medizin über die Zeit erhöhen wird.

Empirisch hat sich gezeigt, dass die Raten von Herzinfarkt, Schlaganfall, Lungenkrebs und COPD über die Zeit tatsächlich abnehmen, im Gegenzug steigt Multimorbidität. Diese Entwicklungen beziehen sich auf das höhere und hohe Lebensalter, was insgesamt als positiv zu werten ist. Nach neueren Befunden gibt es jedoch eine Doppelentwicklung, wonach in den Altersgruppen der (ungefähr) nach 1960 Geborenen die Herzinfarktrate und Diabetes Typ 2 erheblich zunehmen.

Mit der beschriebenen Doppelentwicklung trifft eine abnehmende Zahl jüngerer Menschen auf eine Erhöhung der Morbiditätsrate im mittleren Lebensalter, was für die Finanzierung des Systems gesundheitlicher Versorgung, der Renten sowie für die Situation auf dem Arbeitsmarkt Probleme aufwirft.

Wir vermuten, dass die Zunahme gesundheitsbeeinträchtigender Lebensweisen und sitzender Tätigkeiten mögliche Ursachen darstellen und Ansatzpunkte für Prävention darstellen.

Die im Vortrag präsentierten Befunde basieren auf der seit 2014 in der Medizinischen Soziologie der MHH arbeitenden Forschungsgruppe zum Thema „Die „Morbiditätskompression und ihre Alternativen“. Eine zusammenfassende Darstellung der bis Ende 2020 vorgelegten Ergebnisse findet sich in einem 2021 erschienenen Band 1, die Detailergebnisse sind in nationalen und internationalen wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlich (Geyer & Eberhard, 2021).

Literatur

Geyer S, Eberhard S. Später krank und länger gesund? Die Morbiditätskompression und ihre Alternativen. Bern: Hogrefe 2021:206.

„Mein Asthma und Ich“: Fragebogen zur Selbsteinschätzung der asthmaspezifischen Gesundheitskompetenz – Entwicklung und Prüfung der Konstruktvalidität

Karin Drixler; Eva Maria Bitzer

PH Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

Asthma bronchiale zählt zu den häufigsten Atemwegerkrankungen und bei der Behandlung kommt der Stärkung von Gesundheitskompetenz eine wichtige Rolle zu (Global Initiative for Asthma, 2022). Den bereits existierenden Instrumenten zur Erfassung von Gesundheitskompetenz fehlt häufig ein konzeptionelles Modell (Pleasant et al., 2011, Stock et al., 2022) bzw. es fehlt an krankheitsspezifischer Anpassung u.a. zur interventionsnahen und kontextspezifischen Effektevaluation von Interventionen (z.B. Patientenschulungen). Für Asthma bronchiale liegt bisher kein validiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der asthmaspezifischen Gesundheitskompetenz vor. Wir stellen hier die Entwicklung und psychometrische Prüfung des Fragebogen „Mein Asthma und Ich (MAuI)“ vor, der diese Lücke schließen soll.

Methoden

Die Fragebogenentwicklung umfasste mehrere Stufen: 1) Auswahl einer theoretischen Grundlage (Söllner 2010), 2) Systematische Literaturrecherche zu Anforderungen an patientenseitige Kompetenzen im Umgang mit Asthma bronchiale, 3) Überprüfung der Inhalt- und Augenscheinvalidität durch Expert*innen aus Pneumologie, pneumologischer Reha und Patientenschulung, 4) Überarbeitung der Items, 5) Kognitiver Pretest, 6) Pilotierung. Nach der Pilotierung lag ein Fragebogen mit insgesamt 41 Items zu acht Facetten vor: Grundlegende Fertigkeiten n=4, Gesundheitswissen n=7, Systemwissen n=4, Motivation und Verantwortungsübernahme n=7, Navigieren und Handeln im Gesundheitswesen n=4, Kommunikation und Kooperation n=5, Informationsbeschaffung und -verarbeitung n=4, Selbstwahrnehmung und -regulation n=6. Das Antwortformat umfasst vier Stufen („stimmt voll und ganz“ bis „stimmt überhaupt nicht“). Wir prüften die interne Konsistenz (Cronbachs alpha) und Konstruktvalidität (konfirmatorischer Faktorenanalyse, Parameterschätzung mittels WLSMV-Algorithmus (Rhemtulla et al., 2012)). Von einer akzeptablen bzw. guten Gesamtmodellgüte gingen wir bei CFI und TLI > 0,95 bzw. > 0,97, RMSEA und SRMR < 0,08 bzw. < 0,05 aus. Items mit Faktorladungen < 0,6 bzw. Indikatorreliabilität < 0,4 prüften wir kritisch auf ihren Verbleib. Als Datenbasis diente eine Online-Befragungen der Zielgruppe. Der Fragebögen wurde via Link über Selbsthilfeverbände, Informationsanbieter und soziale Netzwerke ins Feld gebracht.

Ergebnisse

Insgesamt umfasst die Stichprobe 249 Personen mit einem Anteil weiblicher Personen von 84 Prozent und einem durchschnittlichen Alter von 45 Jahren (19 bis 86 Jahre). Bei einem Großteil der Studienteilnehmenden (56%) lag nach Eigenauskunft eine Asthma- Mischform aus allergischem und nicht-allergischem Asthma vor (n=139). An einer Asthmaschulung haben bereits 47 Prozent (n= 115) der Befragten teilgenommen.

Nach Elimination von neun Items mit schwacher Indikatorreliabilität und der Aufteilung der Faktoren „Systemgesundheitswissen“ und „Motivation und Verantwortungsübernahme“ in je zwei Faktoren (System- vs. Notruf¬wissen bzw. allgemeine Motivation vs. Motivation das Peak-Flow-Protokoll ausfüllen) zeigte sich für das Gesamtmodell eine akzeptable Passung (CFI 0,95; TLI 0,95; RMSEA 0,063; SRMR 0,068). Dabei wies der Faktor „allgemeine Motivation“ (n=2) die geringste Faktorladung (,61) und Indikatorreliabilität (,37) auf. Bei allen anderen Items lag die Indikatorreliabilität bei > 0,4. Die interne Konsistenz lag für alle Skalen im guten bis gerade noch akzeptablen Bereich mit Werten für Cronbachs alpha von 0,5-0,9.

Diskussion und Fazit

Nach systematischer Entwicklung und psychometrischer Prüfung liegt der Fragebogen „Mein Asthma und Ich“ mit insgesamt 32 Items vor. Die konfirmatorische Faktorenanalyse zeigte die angenommen mehrdimensionale Struktur des Fragebogens „Mein Asthma und Ich“ und ergab größtenteils ein zufriedenstellendes Ergebnis, lediglich die Facette „Motivation und Verantwortungsübernahme“ erwies sich als schwierig abbildbar und sollte ggf. noch um weitere spezifische Items ergänzt werden.

Take-Home-Message

In dieser Arbeit wurde der Fragebogen „Mein Asthma und Ich“ anhand eines konzeptionellen Modelles für die chronische Erkrankung Asthma bronchiale operationalisiert und hinsichtlich der Konstruktvalidität geprüft. Es liegt nun ein Selbsteinschätzungsinstrument vor, welches die asthmaspezifische Gesundheitskompetenz multidimensional erfasst.

Literatur

Global Initiative for Asthma (2022). Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2022. URL: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/07/GINA-Main-Report-2022-FINAL-22-07-01-WMS.pdf, Abruf 28.10.2022

Pleasant, A., McKinney, J., & Rikard, R. V. (2011). Health literacy measurement: a proposed research agenda. Journal of health communication, 16(sup3), 11-21.

Rhemtulla, M., Brosseau-Liard, P. E. & Savalei, V. (2012). When can categorical variables be treated as continuous? A comparison of robust continuous and categorical SEM estimation methods under suboptimal conditions. Psychological Methods, 17, 354–373.

Soellner, R., Huber, S., Lenartz, N., & Rudinger, G. (2010). Facetten der Gesundheitskompetenz–eine Expertenbefragung. Projekt Gesundheitskompetenz. Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft (56). 104-114.

Stock, S., Isselhardt, A., Jünger, S., Peters, S., Schneider, G., Haarig, F., Halbach, S., Okan, O., Fischer, F., Bollweg,T., Bauer, U., Schaeffer, D., Vogt, D., Berend, E.M,. Ernstmann, N. & Bitzer, E.M. (2022). DNVF Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil II) –

Operationalisierung und Messung von Gesundheitskompetenz aus Sicht der Versorgungsforschung. Das Gesundheitswesen. 84, e26-e41.

Die konvergente Validität eines Selbst-Tests für ein arbeitsbezogenes motorisches App-Training

David Bühne[1]; Christian Hetzel[2]; Torsten Alles[2]

[1] Deutsche Sporthochschule Köln; [2] Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln

Hintergrund und Zielstellung

Während Haustechniker, Podologen und Bauzeichner im Rahmen der Qualifizierungsmaßnahmen noch mit sehr vergleichbaren körperlichen Anforderungen konfrontiert werden, wandelt sich dies mit dem Übergang in Arbeit teils erheblich. Neben den Diskrepanzen in den Anforderungen an beispielsweise Lastenhandhabung und Fortbewegung, sind bei den beruflichen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zugleich auch Unterschiede im vorliegenden körperlichen Leistungsvermögen zu erwarten. Für ein anforderungsorientiertes (App-)Training, welches eine optimale Vorbereitung auf die Rückkehr in Arbeit intendiert – folglich eine Reduktion bzw. Beseitigung potenzieller körperlicher Überforderungen – ist eine Kenntnis beider Seiten notwendig: des erforderlichen sowie auch des vorliegenden Leistungsvermögens (Alles & Nellessen, 2015). Im Rahmen dieser Vorstudie des von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Projekts „WORKout“ (Förderschwerpunkt „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“) wurde überprüft, inwiefern mit Alltagsmaterialien und in Eigenregie durchgeführte Aktivitätstests eine valide Abbildung des arbeitsbezogenen körperlichen Leistungsvermögens ermöglichen.

Methoden

32 berufliche Rehabilitandinnen und Rehabilitanden absolvierten zunächst einen Online-Selbsttest in Eigenregie, der Tests zur Feinmotorik, Balance, Lastenhandhabung, physischen Ausdauer sowie zu statischen Rumpfhaltungen (Superman und Unterarmstütz) und Zwangshaltungen der oberen Extremitäten umfasste. Innerhalb der sich anschließenden drei Wochen fand eine weitere Testung statt, bei der die Außenkriterien erhoben wurden. Hierbei handelte es sich um ausgewählte Aktivitätstests (Balancieren, Heben Boden-Arbeitsfläche, Stehen geneigt, Arme in Zwangshaltung über Kopf) des Functional Capacity Evaluation-Verfahrens ELA (Bühne et al., 2020), den Purdue Pegboard-Test Assembly (Tiffin & Asher, 1948) sowie den Ruffier Dickson Test. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von Juni bis August 2022. Als Kriterium für die konvergente Validität wurde a priori $r \geq ,5$ definiert.

Ergebnisse

16 Rehabilitandinnen und 16 Rehabilitanden in einem mittleren Alter von 40,5 Jahren (SD=11,0) beteiligten sich an der Studie, darunter 17 Personen aus kaufmännischen Umschulungsberufen und neun Personen, die für Berufe aus Technik und Gewerbe qualifiziert wurden. Die Selbst-Tests zur Balance (r=,689) und zur Lastenhandhabung (r=,791) standen in einem starken Zusammenhang mit den jeweiligen Außenkriterien. Beim Test zu

Zwangshaltungen der oberen Extremitäten lag das Zusammenhangsmaß etwas unterhalb des Richtwerts (r=,421). Dies galt ebenfalls für den Unterarmstütz (r=,438). In beiden Fällen wurde die Stärke des Zusammenhangs deutlich durch einzelne Ausreißer limitiert. Beim zweiten Test zur statischen Rumpfhaltung (Superman) sowie auch dem Feinmotorik-Test konnte kein Zusammenhang nachgewiesen werden. Aufgrund fehlender (n=6) bzw. inkonsistenter Pulsangaben (n=4) konnte der Test zur physischen Ausdauer nur bei 22 Personen ausgewertet werden (r=,502).

Diskussion und Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse deuten auf die Validität der Tests zum Gleichgewichtsvermögens sowie der Lastenhandhabung hin. Beim Selbst-Test zur physischen Ausdauer scheint eine differenzierte Anleitung erforderlich zu sein, da Pulsangaben mehrfach fehlten bzw. teilweise enorm von denen der angeleiteten Testung abwichen. Ein im Vergleich dazu geringerer Zusammenhang war bei den drei Tests zu beobachten, welche mit Anforderungen an die statische Kraftausdauer einhergehen, was möglicherweise durch Unterschiede in der Motivation infolge der Anwesenheit einer den Test anleitenden Person bedingt war. In zwei Fällen werden die Tests dennoch als eigeschränkt geeignet beurteilt, da die Stärke des Zusammenhangs deutlich durch einzelne Ausreißer limitiert wurde. Als ungeeignet zur Erhebung der arbeitsbezogenen körperlichen Leistungsfähigkeit in Eigenregie erwies sich neben dem dritten statischen Test (Superman) zudem auch derjenige zur Feinmotorik. Hinsichtlich eines Transfers der Untersuchungsergebnisse ist zu berücksichtigen, dass im vorliegenden Sample keine Einschränkung der Leistungsbereitschaft infolge von Interessenskonflikten zu erwarten war.

Take-Home-Message

Die in Eigenregie durchgeführten Tests ermöglichten im vorliegenden Sample beruflicher Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aussagekräftige Rückschlüsse auf das Gleichgewichtsvermögen und die Fähigkeit zur Lastenhandhabung; mit leichten Einschränkungen galt dies ebenfalls für die Fähigkeit zur Beibehaltung von Zwangshaltungen des Rumpfes und der oberen Extremitäten.

Literatur

Alles, T., Nellessen, G. Arbeitsplatzbezogene Gestaltung von Training und medizinischer Rehabilitation. In: Froböse, I., Wilke, C. (Hrsg.): Training in der Therapie. Grundlagen. 4. Auflage 2015 München, S. 183–198.

Bühne, D.; Alles, T.; Hetzel, C; Streibelt, M.; Froböse, I.; Bethge, M. (2020). Predictive validity of a customized functional capacity evaluation in patients with musculoskeletal disorders. Int Arch Occup Environ Health, 93, 635–643.

Tiffin, J.; Asher, E.J. (1948). The Purdue Pegboard: norms and studies of reliability and validity. J Appl Psychol, 32, 234–247.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Screening und Prävalenz von Suizidalität in der medizinischen Rehabilitation

Annika Sternberg[1]; Jona Ober[2]; Lisa Weier[2]; Dieter Benninghoven[2]; Matthias Bethge[1]

[1] Universität zu Lübeck; [2] Mühlenbergklinik - Holsteinische Schweiz

Hintergrund und Zielstellung

Neben Menschen mit psychischen Erkrankungen haben auch Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen ein erhöhtes Suizidalitätsrisiko. Eine systematische Erfassung von Suizidalität bei Personen, die wegen kardiovaskulärer Erkrankungen oder Muskel-Skelett-Erkrankungen eine Rehabilitation erhalten, wird in Deutschland nicht durchgeführt. In der medizinischen Rehabilitation wird häufig das 9-Item-Depressionsmodul des Patient Health Questionnaire (PHQ-9) eingesetzt, um nach psychischen Beeinträchtigungen zu screenen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014). Dessen neuntes Item fragt nach dem Wunsch, tot zu sein oder sich selbst Leid zufügen zu wollen (Spitzer et al., 1999). Die Befunde bisheriger Studien zur Eignung dieses Items für die Identifizierung von Suizidalität sind nicht konsistent und schließen vor allem Stichproben mit psychischen Erkrankungen ein (Na et al., 2018). Die Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) ist ein standardisiertes Interviewverfahren und gilt als Goldstandard zur Erfassung von Suizidalität (Posner et al., 2011). Unsere Studie erfasste die Häufigkeit von Suizidalität in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation mithilfe der C-SSRS und des PHQ-9 und untersuchte die diagnostische Genauigkeit des neunten Items des PHQ-9 zur Identifizierung von Suizidalität.

Methoden

Die Studienteilnehmenden wurden mit dem PHQ-9 gescreent und anschließend ohne Kenntnis des Screeningergebnisses mittels C-SSRS interviewt. Ein positives Ergebnis in der C-SSRS wurde definiert als Suizidgedanken mit Handlungsintention oder zurückliegendes suizidales Verhalten innerhalb des vergangenen Monats. Grenzwert für eine mögliche, mit dem PHQ-9 erfasste Suizidalität, war mindestens ein Punkt auf dem neunten Item. Wir ermittelten die Prävalenz von Suizidalität mit der C-SSRS und dem PHQ-9 und prüften die diagnostische Genauigkeit (Sensitivität und Spezifität) des neunten Items des PHQ-9 für das Vorliegen einer mit der C-SSRS erfassten Suizidalität. In einer Sensitivitätsanalyse wurden unspezifische aktive Suizidgedanken (Gedanken, sich umbringen zu wollen, Item 2 der (C-SSRS) als Referenzstandard überprüft.

Ergebnisse

Von 405 Studienteilnehmenden (48,9 % männlich, mittleres Alter 54,2 Jahre) hatten zwei Personen (0,5 %) ein positives Ergebnis in der C-SSRS und 16 Personen (4,0 %) berichteten in der C-SSRS unspezifische aktive Suizidgedanken. 42 Personen (10,4 %) gaben auf dem neunten Item des PHQ-9 wenigstens an einzelnen Tagen Suizidgedanken an. Bei Verwendung der C-SSRS als Referenzstandard lag die Sensitivität des neunten Items des PHQ-9 bei 50,0 % (95-%-KI: 1,3 bis 98,7), die Spezifität bei 89,8 % (95-%-KI: 86,5 bis 92,6). Mit der Referenz unspezifischer aktiver Suizidgedanken erreichte das neunte Item eine Sensitivität von 81,3 % (95-%-KI: 54,4 bis 96,0) und eine Spezifität von 92,5 % (95-%-KI: 89,5

bis 95,0). Die Vorhersagewerte betrugen lediglich 2,4% für Suizidgedanken mit Handlungsintention, aber 30,9% für unspezifische aktive Suizidgedanken.

Diskussion und Fazit

Unsere Studie zeigt eine sehr geringe Prävalenz von Suizidalität mit Handlungsintention oder zurückliegendem suizidalem Verhalten Jede zehnte Person äußerte aber im PHQ-9 den Wunsch, tot zu sein oder sich Leid zuzufügen. Der sehr geringe Vorhersagewert des neunten Items des PHQ-9 für Suizidgedanken mit Handlungsintention legt nahe, dass die unmittelbare Gefahr eines Suizids bei positiver Antwort gering ist. Allerdings bestätigten sich bei fast einem Drittel der Studienteilnehmenden unspezifische aktive Suizidgedanken. Ein auffälliger Wert im neunten Item des PHQ-9 sollte aus unserer Sicht psychodiagnostisch abgeklärt werden. Die Verwendung eines Screenings ersetzt nicht die Aufmerksamkeit für das Thema Suizidalität im klinischen Alltag.

Take-Home-Message

Suizidgedanken mit Handlungsintention sind in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation selten. Unspezifische aktive Suizidgedanken erkannte das neunte Item in unserer Stichprobe gut, allerdings ist die Sensitivität aufgrund des großen Konfidenzintervalls mit einer deutlichen Unsicherheit behaftet.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014): Psychische Komorbidität. Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin.

Na PJ, Yaramala SR, Kim JA, Kim H, Goes FS, Zandi PP, Vande Voort JL, Sutor B, Croarkin P, Bobo WV (2018): The PHQ-9 Item based screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). J Affect Disord, 232: 34-40.

Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ (2011): The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. The American Journal of Psychiatry, 168(12): 1266–1277.

Spitzer R, Kroenke K, Williams JB (1999): Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA, 282(18): 1737–1744.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

Validierung der deutschen Version des Savoring Beliefs Inventory (SBI)

Elena Ilse Maria Motel[1]; Jürgen Hoyer[2]; Volker Köllner[3]

[1] Charité – Universitätsmedizin Berlin; [2] Technische Universität Dresden;
[3] Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow

Hintergrund und Zielstellung

Obwohl depressive Störungen gemeinsam mit Angststörungen die häufigsten psychischen Erkrankungen sind und eine besondere Bedeutung für Rehabilitation und Sozialmedizin haben (Köllner, 2016; Adem-Kessler, 2021), gibt es im deutschsprachigen Raum bislang nur wenige Fragebögen, um eines der wesentlichen Symptome der Depression - die Anhedonie - differenziert zu erfassen. Der Savoring Beliefs Inventory (SBI) erfragt mittels 24 Items die Ausprägung des Symptoms Anhedonie anhand von drei Zeitdimensionen: freudiges Zurückerinnern, gegenwärtiges Genießen und freudige Erwartung (Bryant, 2003). Anhedonie blockiert den Zugang zu wichtigen Ressourcen und Selbsthilfestrategien, die gerade zum Erhalt der Teilhabe am Erwerbsleben notwendig sind.

In dieser Studie soll die deutsche Version des SBI validiert und hinsichtlich der Korrelation zur Schwere einer Depression sowie zur prognostischen Aussagekraft bezogen auf den Therapieerfolg und die Arbeitsfähigkeit von Reha-Patienten untersucht werden.

Methoden

Der SBI wurde von Mai bis September 2022 von Patienten der Psychosomatik und Psychokardiologie des Reha-Zentrums Seehof im Rahmen der psychologischen Testdiagnostik am Anfang (n: 163) und Ende (n: 102) ihres Reha-Aufenthalts ausgefüllt. Zudem haben 43 Hausarztpatienten und 70 Medizinstudenten den SBI und den BDI-II in diesem Zeitraum ausgefüllt. Mithilfe von SPSS wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt sowie Reliabilität und Validität bestimmt. Zudem wurde eine lineare Regression mit dem SBI als Prädiktor für Therapieerfolg und eine logistische Regression mit dem SBI als Prädiktor für die Arbeitsfähigkeit bei Reha-Ende berechnet.

Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Reha-Patienten beschrieben. Die Ergebnisse für die Hausarztpatienten und Studenten sind in Klammern angegeben. Der SBI weist insgesamt ein Cronbachs alpha von 0.94 (Hausarztpatienten: 0.89; Studenten: 0.91) auf. Die konvergente Validität liegt bei -0.59 bis -0.65 (Hausarztpatienten: -0.44 bis -0.69; Studenten: -0.33 bis -0.50). Die diskriminante Validität liegt bei -0.29 bis -0.56 (Hausarztpatienten: -0.20 bis -0.41; Studenten: -0.20 bis -0.21). Die konfirmatorische Faktorenanalyse für eine 3-Faktorenstruktur ergibt einen comparison fit index (CFI) von 0.85 (Hausarztpatienten: 0.48; Studenten: 0.72). Für eine minimale bis leichte Depression ergibt sich eine Pearson-Korrelation von -0.25 ($p = 0.113$). Für eine mittelschwere bis schwere Depression ergibt sich eine Pearson-Korrelation von -0.51 ($p = < 0.001$). Die lineare Regression zum Therapieerfolg bei den Reha-Patienten mit der Veränderung des BDI-II-Summenwerts als abhängige Variable und dem SBI vor der Reha als Prädiktor ist nicht signifikant, $F(1,121) = 0.228$, $p = .634$. Die logistische Regression zur Arbeitsfähigkeit bei Reha-Ende ergibt eine Modellsignifikanz von $p < 0.001$ und ein Exp(β) von 0.974.

Diskussion und Fazit

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass der SBI ein reliables Instrument zur Erfassung der Anhedonie mit einer guten konvergenten Validität ist. Die diskriminante Validität ist aufgrund des breiten Wertebereichs nicht eindeutig zu interpretieren. Hier bleibt abzuwarten, ob sich im weiteren Verlauf der Studie eindeutigere Ergebnisse abzeichnen. Die 3-Faktorenstruktur ist bezogen auf den CFI fragwürdig. Liegt eine mittelschwere bis schwere Depression vor, korreliert der SBI signifikant stark mit dem BDI-II. Dies ist bei Vorliegen einer minimalen bis leichten Depression nicht der Fall. Bezüglich des Therapieerfolgs zeigt der SBI keine ausreichende Vorhersagekraft. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit bei Entlassung weist der SBI eine gute Vorhersagekraft auf. Patienten mit einem hohen SBI-Summenwert werden demnach mit einer Odds Ratio von 0.974 nicht arbeitsunfähig entlassen. Die Ergebnisse weisen somit darauf hin, dass die deutsche Version des SBI eine sinnvolle Ergänzung im klinischen Alltag sein könnte, um die Anhedonie differenzierter zu beurteilen und so die Psychotherapie individueller auf den Patienten abzustimmen. Der SBI scheint ein guter Prädiktor für die Arbeitsfähigkeit des Patienten am Ende der Reha zu sein.

Take-Home-Message

Die Zwischenrechnungen dieser Studie deuten darauf hin, dass die deutsche Version des SBI ein reliables und valides Instrument zur Beurteilung der Anhedonie ist.

Literatur

Adam-Kessler U. Affektive Störungen. In: Köllner V, Bassler M (Hrsg.): Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation. München: Elsevier, 2021; S. 215-217.

Bryant F. Savoring Beliefs Inventory (SBI): A scale for measuring beliefs about savouring. Journal of Mental Health 2003;12:175-196.

Köllner V. Rehabilitation bei depressiven Störungen. Die Rehabilitation 2016; 55: 395 – 410.

Validierung des Caregiver Strain Questionnaire SF-11 an Eltern von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen

Julia Göldel; Laura-Marie Siebert; Petra Warschburger

Universität Potsdam

Hintergrund und Zielstellung

Die Versorgung eines Kindes mit einer chronisch körperlichen Erkrankung oder einer psychischen Störung bedeutet für die Eltern oftmals einen Plus-Faktor in der Erziehung (Warschburger, 2015), welcher zu erhöhtem Elternstress führen kann. Belastete Eltern weisen vermehrt depressive und ängstliche Symptome und eine geringere Lebensqualität auf (Brannan et al., 1997). Dies wiederum bleibt nicht ohne Auswirkung auf Krankheitsmanagement und Erfolg der Psychotherapie der Kinder (Accurso, et al., 2015; Carcone et al., 2012). Ein frühzeitiges Erkennen einer hohen Belastung bei betroffenen Eltern erscheint unter diesem Aspekt notwendig. Ein ökonomisches Instrument, welches verschiedene Facetten der Elternbelastung erfasst, ist im deutschen Sprachraum aktuell nicht

zu finden. Ziel der Studie ist es daher, eine deutsche Version des Caregiver Strain Questionnaires SF-11 (CGSQ SF-11; Brennan et al., 2021) psychometrisch zu prüfen.

Methoden

Die Daten von bisher 328 Eltern und Betreuungspersonen (T1; 159 zu T2) wurden in die Analyse eingeschlossen. Der Fragebogen zum ersten Messzeitpunkt enthielt neben dem CGSQ SF-11 weitere Instrumente zur Validierung: PSI-SF, FLQ, PSS-10, PHQ-9, GAD-7, SES-17. Zum zweiten Messzeitpunkt wurde lediglich der CGSQ SF-11 erneut durchgeführt. Im Rahmen der Analysen wurde zunächst eine exploratorische Faktorenanalyse durchgeführt und im Anschluss die theoretisch angenommene Faktorenstruktur anhand einer konfirmatorischen Faktorenanalyse überprüft.

Ergebnisse

Die dreifaktorielle Struktur (objektive, subjektiv-internalisierte und subjektiv-externalisierte Belastung) des CGSQ-SF11 konnte im Rahmen einer exploratorischen und einer konfirmatorischen Faktorenanalyse [Chi-Quadrat (41) = 54.90, p = .07; CFI = 0.98; RMSEA = 0.05 [.00; .08] / SRMR = 0.04] weitestgehend bestätigt werden. Bezüglich der internen Konsistenz zeigte sich ein Cronbach´s α zwischen .72 und .89 für die drei Subskalen. Die Messungen zeigten sich anhand der ICC über zwei Wochen stabil (.82 bis .94). Eltern von Kindern mit chronisch körperlicher Erkrankung oder psychischer Störung zeigten höhere Werte in der elterlichen Belastung als Eltern von Kindern ohne Erkrankung. Es wurden moderate bis große Zusammenhänge der objektiven und subjektiv-internalisierten Belastung mit Erziehungsstress, Stresserleben, der familienbezogenen Lebensqualität, der elterlichen Depressivität und Ängstlichkeit festgestellt. Für die subjektiv-externalisierte Belastung zeigten sich teilweise geringere Zusammenhänge. Keine oder lediglich kleine Zusammenhänge der Subskalen mit der sozialen Erwünschtheit deuteten auf divergente Validität hin.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der CGSQ SF-11 in seiner deutschen Übersetzung ein valides und reliables Instrument ist, um die elterliche Belastung zu erfassen. Ein Einsatz in der Praxis würde es ermöglichen, hoch belastete Eltern zu identifizieren und entsprechende Unterstützungsmaßnahmen in der Rehabilitation anzubieten.

Take-Home-Message

Aufgrund des Einflusses der elterlichen Belastung auf das Krankheitsmanagement und psychische Belastung bei Kindern mit körperlichen und psychischen Erkrankungen, ist es notwendig, eine hohe Belastung bei Eltern zu erkennen. Die deutsche Version des Caregiver Strain Questionnaires SF-11 erwies sich als valides und reliables Instrument.

Literatur

Accurso, E. C., Garland, A. F., Haine-Schlagel, R., Brookman-Frazee, L. & Baker-Ericzén, M.J. (2015). Factors contributing to reduced caregiver strain in a publicly funded child mental health system. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 23, 131-143. https://doi.org/10.1177/1063426614532948

Brannan, A. M., Heflinger, C. A. & Bickman, L. (1997). The Caregiver Strain Questionnaire: Measuring the impact on the family of living with a child with serious emotional disturbance.

Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 5, 212-222. https://doi.org/10.1177/106342669700500404

Brennan, G. M., Babinski, D. E. & Waschbusch, D. A. (2021). Caregiver Strain Questionnaire – Short Form 11 (CGSQ-SF11): A validation study. Assessment, 1- 20. https://doi.org/10.1177/10731911211015360

Carcone, A. I., Ellis, D. A. & Naar-King, S. (2012). Linking caregiver strain to diabetes illness management and health outcomes in a sample of adolescents in chronically poor metabolic control. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 33, 343-351. https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31824eaac8

Warschburger, P. (2015). Psychische Probleme chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. In G. Esser (Hrsg.), Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 335-342). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Berufstherapeutische Leistungen in der neurologischen Rehabilitation

Nadine Schumann; Katharina Drozniak; Ines Guse; Mandy Bade; Michael Sailer

An-Institut für Neurorehabilitation NRZ Magdeburg

Hintergrund und Zielstellung

Die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben ist essentieller und gesetzlich formulierter Auftrag der medizinischen Rehabilitation. DRV-Routinedaten zeigen, dass 51% der neurologischen Rehabilitanden bis zwei Jahre nach einer medizinischen Rehabilitation eine stabile berufliche Teilhabe erreichen (Streibelt et al., 2022). Für erwerbsfähige Rehabilitanden mit gesundheitlichen Einschränkungen und beruflichen Problemlagen (BBPL), im Rahmen der Phase I des Rehabilitationssystems, medizinisch-beruflich orientierte Leistungen während der medizinischen Rehabilitation (MBOR) angeboten, sowie im Rahmen der Phase II, in speziellen Zentren für schwer betroffene Patienten, Leistungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MbR). Für die MBOR konnte die Wirksamkeit und der Nutzen für einzelne Indikationen (u.a. Orthopädie, Kardiologie) nachgewiesen werden (Bethge et al., 2019), nicht jedoch für die Neurologie. Ferner erfolgt die Umsetzung der berufstherapeutischen Leistungen, in Anlehnung an das von der Deutschen Rentenversicherung formulierte Anforderungsprofil (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019), bislang sehr heterogen und kann zu einer Reduktion der Wirksamkeit führen (Bethge et al., 2019). Bisher fehlt es in der neurologischen Rehabilitation an Studien, die die Implementierung und das Ausmaß berufsbezogener Therapieleistungen differenziert darstellen. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, die Ausgestaltung des berufsorientierten diagnostischen und therapeutischen Leistungsgeschehens in der neurologischen MBOR und MbR zu analysieren und zu prüfen, in welchem Umfang die Empfehlungen des Anforderungsprofils zur Durchführung der MBOR umgesetzt wird.

Methoden

Im Rahmen einer multizentrischen Längsschnitterhebung in 3 neurologischen Zentren wurden Patienten (18-60 Jahre) der Phase D/E mit neurologischer Hauptindikation und BBPL rekrutiert, die eine MBOR (N=220) oder eine MbR (N=42) erhalten haben. Die in der Rehabilitation durchgeführten Leistungen wurden mithilfe der KTLs dokumentiert und bilden die Datengrundlage der vorliegenden Auswertung. Neben der Gesamtdosis therapeutischer Leistungen sowie der Therapieintensität (Stunden/Tag) in der MBOR und MbR, wurde die Gesamtdosis berufstherapeutischer Leistungen (Stunden) sowie der Umfang der einzelnen Kernmaßnahmen (Minuten) differenziert für die zwei MBOR-Kliniken analysiert und gegenübergestellt, sowie anschließend auch für die MbR deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse

Die Gesamtdosis therapeutischer Leistungen betrug in der MbR 178,8 Stunden, in der MBOR 75,8 Stunden. Bzgl. der Therapieintensität (h/Tag) zeigten sich deutliche Unterschiede

zuungunsten der MBOR-Patienten (3,6 h/Tag vs. 2,3 h/Tag, $p < .001$). Die Gesamtdosis berufstherapeutischer Leistungen unterschied sich innerhalb der zwei MBOR Zentren stark (8,7 h vs. 4,9 h, $p < .001$). Bei Betrachtung der einzelnen MBOR-Kernmaßnahmen zeigten sich signifikante Unterschiede in der Um-setzung der berufsbezogenen Diagnostik (57,7 min vs. 34,3 min, $p = 0{,}023$), der intensivierten Sozialberatung (92,7 min vs. 15,1 min, $p < .001$) und des Arbeitsplatztrainings (337,1 min vs. 219,8 min, $p = 0{,}002$). Die Dauer berufsbezogener Gruppen betrug im Mittel 35,6 bzw. 23,9 Minuten und lag damit in beiden MBOR-Zentren deutlich hinter der empfohlenen Mindestdosis von 240 Minuten.

In der MbR entfielen von den insgesamt 178,8 Stunden therapeutischer Leistungen knapp 97 Stunden auf berufstherapeutische Leistungen. Die Mehrheit entfiel mit knapp 94 Stunden auf das Arbeitsplatztraining, gefolgt von 110 Minuten intensivierte Sozialberatung, 37 Minuten berufsbezogene Diagnostik und im Mittel 8,57 Minuten berufsbezogene Gruppen.

Diskussion und Fazit

Die Umsetzung der für die MBOR empfohlenen berufstherapeutischer Leistungen erfolgt in der Neurologie, so zeigen unsere Daten, sehr heterogen. Die empfohlene Mindestdosis von 11 Stunden erreichte keine der beiden betrachteten MBOR-Zentren. Insbesondere die Umsetzung im Hinblick auf berufsbezogene Gruppen scheint klinikübergreifend – und auch für die MbR – mit Herausforderungen behaftet.

Take-Home-Message

Obwohl gerade in der Neurologie ausgeprägte berufsbezogene Problemlagen der Patienten offenkundig sind, entspricht die Umsetzung der berufstherapeutischen Leistungen bislang nicht den Empfehlungen. Dies kann die Wirksamkeit berufsorientierter Leistungen mindern und sich negativ auf die berufliche Teilhabe der Betroffenen auswirken.

Literatur

Bethge, M.; Markus, M.; Streibelt, M.; Gerlich, C.; Schuler, M. (2019): Effects of nationwide implementation of work-related medical rehabilitation in Germany: propensity score matched analysis. Occupational and environmental medicine, 76(12). 913-919.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2019): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. (5. Aufl.) Berlin: Deutsche Rentenversicherung.

Streibelt, M.; Zollmann, P.; Rasch, L.; Schimichowski, J.; Schmitz, S. (2022): Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund neurologischer Erkrankungen. Repräsentative Analysen auf Basis der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. Rehabilitation. doi: 10.1055/a-1726-6845. Online vor dem Druck.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Evaluation einer Question Prompt-Liste zur Förderung der Informiertheit von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation

Matthias Lukasczik; Hans-Dieter Wolf; Heiner Vogel

Zentrum für Psychische Gesundheit von Universität und Universitätsklinikum Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitand:innen fühlen sich teilweise nicht (ausreichend) auf eine medizinische Rehabilitation vorbereitet (Lukasczik et al., 2017; Walther et al., 2015, 2017). Das kann im Speziellen für Reha-Maßnahmen mit arbeits- und berufsbezogenem Schwerpunkt eine Herausforderung darstellen. Ziel dieser Studie war daher die Entwicklung und formative Evaluation einer Question Prompt-Liste (QPL) als Instrument zur Förderung der Informiertheit von Rehabilitand:innen zu Zielen und Inhalten einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR). QPL sind kurze Listen von „Kernfragen“ zu einem gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Thema, die sich beispielsweise auf Therapieoptionen und deren Vorteile bzw. Risiken, die Prognose oder andere mit der Erkrankung zusammenhängende Aspekte beziehen (Sansoni et al., 2015). Die Patient:innen sollen ermutigt werden, die entsprechenden Fragen an den Behandler/die Behandlerin zu stellen, um diese/n dazu zu veranlassen, im Gespräch alle wesentlichen Informationen auf verständliche Weise darzustellen. Die spezifisch für die MBOR entwickelte QPL sollte von Rehabilitand:innen im ärztlichen Aufnahmegespräch verwendet werden. Im Rahmen der formativen Evaluation sollte untersucht werden, wie Rehabilitand:innen die QPL bzgl. Nutzen und Verständlichkeit bewerten und wie ärztliche Behandler:innen sie bzgl. Praktikabilität, Nutzen für die eigene Gesprächsführung und wahrgenommenem (Zusatz-)Aufwand bewerten.

Methoden

Für die Entwicklung der QPL wurde die relevante Literatur gesichtet und auf dieser Basis ein Item-Pool generiert, welcher dann auf Redundanz geprüft und reduziert wurde. Die Items wurden durch Rehabilitand:innen (N=3) in kognitiven Interviews hinsichtlich Verständlichkeit und Relevanz beurteilt. Außerdem gingen Rückmeldungen von Behandler:innen verschiedener Reha-Professionen (N=11) in die weitere Überarbeitung der QPL ein. Deren finale Fassung umfasste 16 Items. Im Rahmen der formativen Evaluation wurde die QPL von Rehabilitand:innen (N=36) in einer Reha-Einrichtung mit MBOR-Schwerpunkt im ärztlichen Aufnahmegespräch verwendet und anschließend bewertet. Teilnehmende Ärzt:innen bearbeiteten den Evaluationsbogen nach jedem Gespräch mit einem/einer Studienteilnehmer:in (N=6; k=39 Gespräche).

Ergebnisse

Die QPL wurde von 50% der Rehabilitand:innen im ärztlichen Aufnahmegespräch verwendet. Sie wurde von diesen positiv im Hinblick auf Nutzen und Verständlichkeit bewertet. Als hilfreich wurden vorrangig Fragen zum Erhalt „allgemeinerer“ Informationen zu MBOR als Maßnahme eingestuft (Inhalte, Bedeutung, individuelle Relevanz). Bei Nicht-Nutzung wurde vorrangig angegeben, dass die QPL vergessen wurde oder deren Verwendungszweck unklar war. Weder der Informationsbedarf im Vorfeld der Reha-Maßnahme noch die Zufriedenheit

mit den im ärztlichen Gespräch erhaltenen Informationen waren mit der Verwendung der QPL korreliert. Bei der ärztlichen Einschätzung der QPL zeigte sich für Aufnahmegespräche, in denen die QPL verwendet wurde, eine positive Bewertung hinsichtlich Informationsvermittlung und Gesprächsstrukturierung, aber auch ein höherer wahrgenommener zeitlicher Aufwand.

Diskussion und Fazit

Die erstmalige Erprobung einer QPL in der medizinischen Rehabilitation als Instrument zur Steigerung der Informiertheit zeigte, dass das Instrument durch Rehabilitand:innen und Ärzt:innen prinzipiell positiv und als nutzbringend bewertet wurde. Weitergehende Aussagen über die Effektivität sollten in einer Folgestudie mit größerer Stichprobe und Kontrollgruppendesign getroffen werden. Die Abstimmung des Instruments mit anderen Informationsmaterialien bzw. Routinen der Informationsvermittlung (etwa im Vorfeld durch Kliniken und Leistungsträger oder standardmäßige Vorgehensweisen vor Ort) erscheint wichtig.

Take-Home-Message

Eine Question-Prompt-Liste, die in der vorgestellten Studie als nützlich von Rehabilitand:innen und ärztlichen Behandler:innen evaluiert wurde, kann als wenig aufwändiges „Werkzeug“ zur Informiertheit von Rehabilitand:innen und Patientenorientierung in der medizinischen Rehabilitation bzw. MBOR beitragen.

Literatur

Lukasczik, M., Gerlich, C., Wolf, H.D., Vogel, H. (2017): Förderung der Informiertheit von Rehabilitanden in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR): Informiertheit und Informationsbedürfnisse von MBOR-Rehabilitanden aus Behandler- und Rehabilitandensicht. Unveröffentlichter Projektabschlussbericht. Würzburg: Universität Würzburg, Arbeitsbereich Medizinische Psychologie und Psychotherapie im Zentrum für Psychische Gesundheit (ZEP).

Sansoni, J.E., Grootemaat, P., Duncan, C. (2015): Question prompt lists in health consultations: A review. Patient Education & Counseling, 98. 1454-1464.

Walther, A., Schreiber, D., Deck, R. (2015): Gut informiert in die Reha? Welche Informationen haben Rehabilitanden vor Antritt und am Ende ihrer Reha erhalten, gesucht und vermisst? Ergebnisse leitfadengestützter Interviews und Fokusgruppen. Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin 2015, 25. 319-324.

Walther, A., Schreiber, D., Falk, J., Deck, R. (2017): Subjektiver Informationsstand und Informationsbedürfnisse von Versicherten mit bewilligtem Rehabilitationsantrag und Rehabilitanden am Ende der Rehabilitation - Ergebnisse einer schriftlichen Befragung. Die Rehabilitation, 56. 240-247.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Evaluation subjektiver Faktoren der beruflichen Teilhabe bei der axialen Spondyloarthritis in Deutschland

Uta Kiltz[1]; Kirsten Hoeper[2]; Ludwig Hammel[3]; Sebastian Lieb[4]; Andreas Hähle[4]; Dirk Meyer-Olson[2,5]

[1] Rheumazentrum Ruhrgebiet; Ruhr Universität; [2] Medizinische Hochschule Hannover; [3] Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.; [4] Novartis Pharma GmbH; [5] m&i Fachklinik Bad Pyrmont

Hintergrund und Zielstellung

Die axiale Spondyloarthritis (axSpA) geht mit einer stark eingeschränkten beruflichen Teilhabe (bT) einher (Nikiphorou, Ramiro, 2020). Daten aus Deutschland zeigen, dass verschiedene demographische und klinische Faktoren mit beruflichen Teilhabeeinschränkungen assoziiert sind (Kiltz et al., 2021). Subjektive Faktoren, welche die bT beeinflussen könnten, sind bei dieser Erkrankung wenig untersucht. Wir untersuchen hier wie häufig Patienten mit axSpA krankheitsbedingte Diskrimination am Arbeitsplatz und krankheitsbedingte Einschränkungen der Berufskarriere erfahren haben. Weiterhin evaluieren wir die Relevanz der subjektiv eingeschränkten Produktivität am Arbeitsplatz und deren Assoziation mit klinischen Krankheitsaktivitäts- und Funktionsparametern.

Methoden

Patienten mit gesicherter axSpA Diagnose wurden in 17 deutschen Studienzentren von November 2019 bis Juli 2020 eingeschlossen. Die Evaluation der beruflichen Teilhabe erfolgte über den WPAI-Fragebogen (Reilly et al., 2010). Es erfolgte neben weiteren Fragen zur beruflichen Situation die Erhebung von demographischen und klinischen Daten sowie von Patienten-bezogenen Zielparametern („patient related outcomes“ [PROs]). Die Erarbeitung des Studiendesigns, die Festlegung der Studieninhalte und der Fragestellungen, die Auswertung sowie die Interpretation der Daten erfolgten in Zusammenarbeit mit Patientenvertretern, um eine größtmögliche Partizipation aller Interessenvertreter sicherzustellen.

Ergebnisse

In der Gesamtkohorte von 770 Patienten waren 7 Studenten und Auszubildende und 68 Altersrentner. Von den restlichen 695 Patienten gaben 590 Patienten an aktuell einer bezahlten Berufstätigkeit nachzugehen. Bei der Evaluation der Gesamtkohorte gaben 566 der Patienten (73,5%) an ihr berufliches Umfeld über die Erkrankung informiert zu haben, während 204 Patienten (26,5%) diese Frage verneinten. 392 Patienten (50,9%) gaben an aufgrund der Erkrankung ihr Wohn- und Arbeitsumfeld an ihre Bedürfnisse angepasst zu haben.

Weiterhin erfragten wir krankheitsbedingte Einflüsse auf das Berufsleben der Patienten (Abbildung 1A). Am häufigsten wurden von 314 Patienten (40,8%) die Aussagen bestätigt, durch die Erkrankung „beruflich ausgebremst“ zu werden und aktiv ihre Karrierepläne verändert zu haben. Aufgrund der Erkrankung eine andere Behandlung als ihre Kollegen erfahren zu haben, wurde von 187 Patienten (24,3%) bestätigt. Ein Wechsel des Arbeitgebers

oder ein Verlust des Arbeitsplatzes aufgrund der Erkrankung wurde von insgesamt 182 Patienten (23,6%) angegeben (Abbildung 1 A).

Bei der Untersuchung der subjektiven Überlastung durch die Erkrankung im Rahmen der Berufstätigkeit gaben von den 590 arbeitenden Patienten insgesamt 523 Patienten (88,6%) an, im letzten Jahr, trotz des Gefühls „zu krank zu sein um zu arbeiten“, trotzdem zur Arbeit gegangen zu sein (Abbildung 1 B). Bei 131 Patienten (22,2%) bestand diese Situation weniger als 7 Tage in den letzten zwölf Monaten und bei 180 Patienten (30%) zwischen 1 bis 5 Wochen. 212 Patienten (35,9%) hatten diese Situation länger als einen Monat und bei 58 Patienten (9,8%) sogar über einem Zeitraum von mehr als die Hälfte des Jahres.

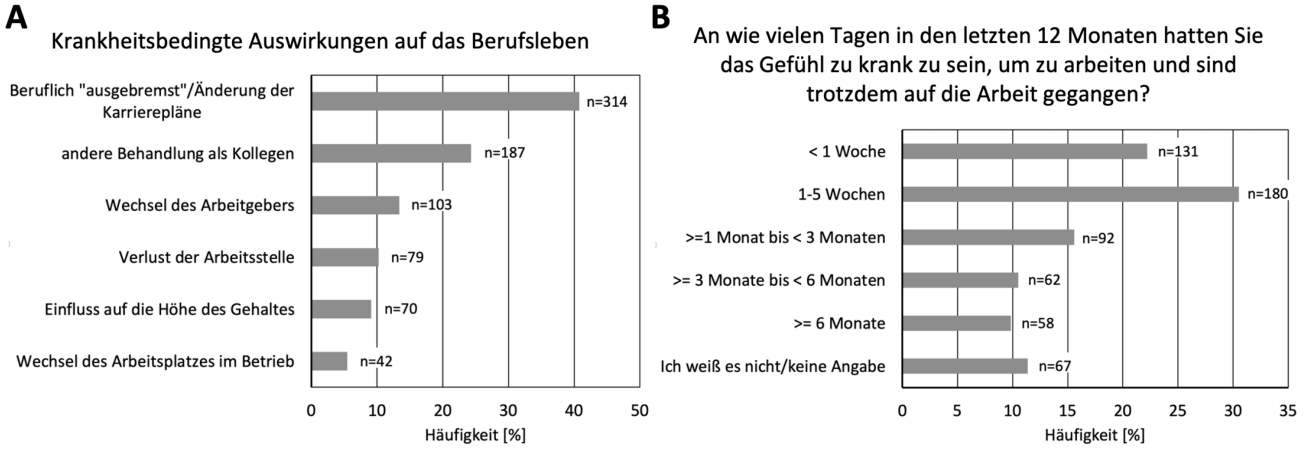


Abb. 1: A: Angaben von Erfahrungen über krankheitsbedingte Auswirkungen in der Gesamtkohorte (N=770). B:Häufigkeit der subjektiven krankheitsbedingten Überlastung im Arbeitsalltag in den vergangenen 12 Monaten. n=Anzahl

Um den Zusammenhang zwischen der subjektiven Belastung am Arbeitsplatz und der Ausprägung der Erkrankungsschwere besser zu verstehen, verglichen wir die Ausprägung des Präsentismus (WPAI) mit etablierten Krankheitsaktivitäts- (BASDAI) und Funktionswerten (BASFI) (Abbildung 2). Wie beim mittels WPAI gemessenen Präsentismus zeigen höhere Werte beim BASDAI eine stärkere Krankheitsaktivität und beim BASFI eine höhere Funktionseinschränkung an. Wir sahen einen deutlichen Zusammenhang zwischen den Präsentismuswerten mit der Krankheitsaktivität und den Funktionseinschränkungen (Abbildung 2). Bei einem Präsentismuswert von größer 20% fand sich kein Patient mehr in kompletter Krankheitsremission (BASDAI < 1) und bei einem Präsentismus von größer als 30% zeigte die Mehrheit der Patienten eine hohe Krankheitsaktivität. Auch wenn sich ein ähnliches Bild für die Funktion nach BASFI zeigte, fanden sich interessanterweise im Gegensatz zum BASDAI auch bei höheren Präsentismuswerten noch Patienten mit sehr niedrigen oder nur leicht erniedrigten BASFI (Abbildung 2).

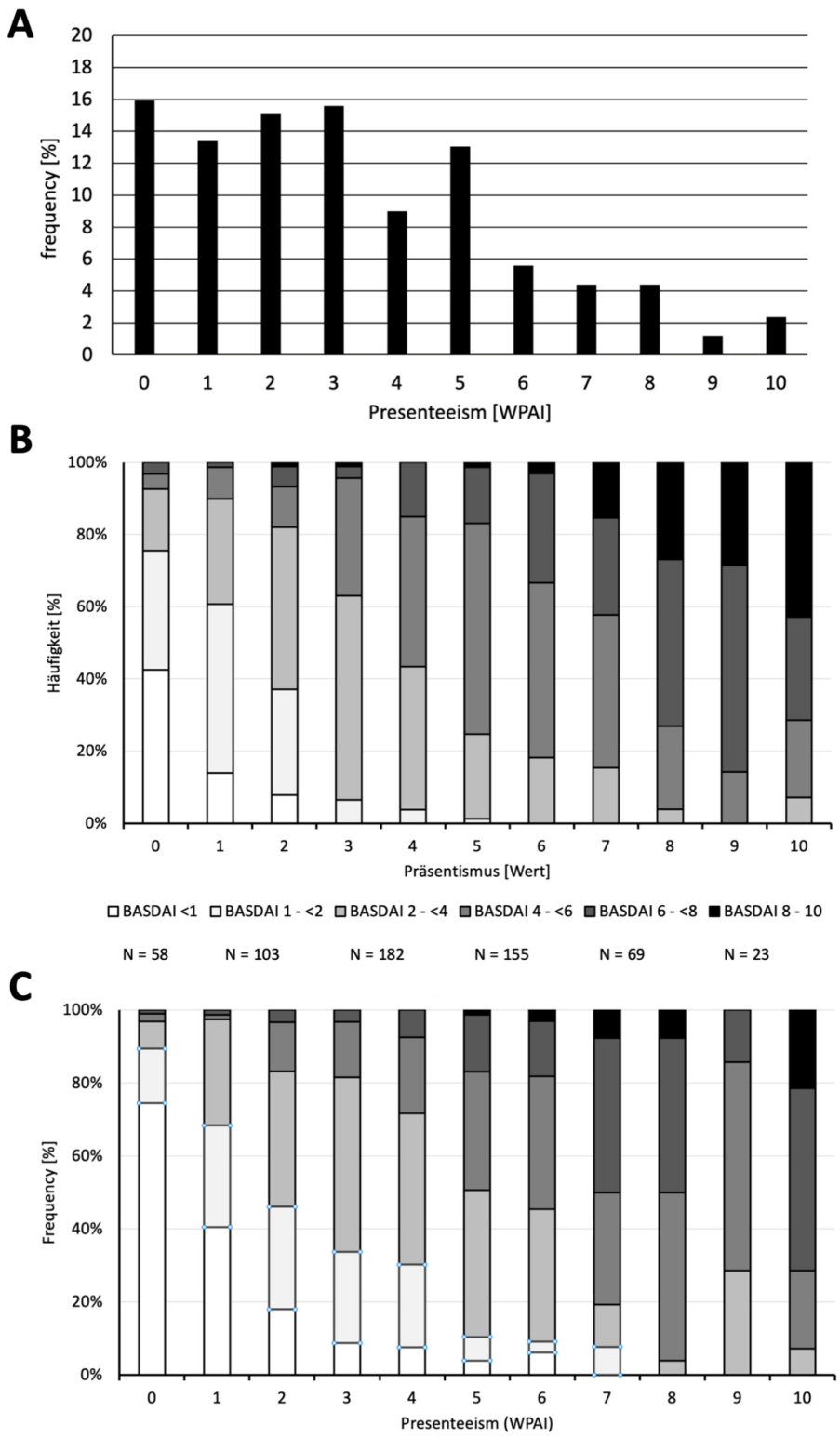


Abb. 2: Zusammenhang zwischen Krankheitsaktivitäts- und Funktionsmarkern mit der Ausprägung des Präsentismus. A: Darstellung der Häufigkeit der Ausprägung des Präsentismus. B: Darstellung der Krankheitsaktivität (BASDAI) bei verschiedenen Präsentismuswerten. C: Darstellung der körperlichen Funktionseinschränkungen (BASFI) bei verschiedenen Präsentismuswerten.

Diskussion und Fazit

Ein hoher Anteil von axSpA Patienten berichtet über Erfahrungen von Diskriminierungen am Arbeitsplatz und über krankheitsbedingte Berufswechsel/Arbeitsplatzverluste. Weiterhin

findet sich ein hoher Anteil von Patienten, welche über eine krankheitsbedingte verminderte Leistungsfähigkeit beim Beruf berichten, welche in vielen Fällen längere Zeiträume umfasst. Es besteht eine Assoziation zwischen Präsentismus und Krankheitsaktivität bzw. Funktionseinschränkungen bei Patienten mit axSpA.

Take-Home-Message

Subjektive Faktoren der beruflichen Teilhabe, wie verminderte Arbeitsproduktivität oder Arbeitsplatzkonflikte sind ein häufiges Problem bei Patienten mit axSpA.

Literatur

Kiltz, U., et al. (2021). Work Participation in Patients with axial Spondyloarthritis in Germany, Ann Rheum Dis 2021 (80) 758-759.

Nikiphorou, E., Ramiro, S. (2020). Work Disability in Axial Spondyloarthritis; Curr Rheumatol Rep; 22(9) 55.

Reilly, M. C. et al. (2010). Validity, reliability and responsiveness of the Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire in ankylosing spondylitis; Rheumatology 2010;49.

Interessenkonflikt: Uta Kiltz – erhielt Berater- und Sprecherhonorare von Abbvie, Biocad, Chugai, Eli Lilly, Gilead, Grünenthal, Janssen, MSD, Novartis, Pfizer, Roche and UCB. Grant/Research support (unrestricted grant) from Abbvie, Amgen, Biogen, GSK, Novartis und Pfizer. Dirk Meyer-Olson - erhielt Berater- und Sprecherhonorare von Abbvie, Amgen, Berlin Chemie, Biogen, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Cellgene, Celltrion, Chugai, Fresenius Kabi, Galapagos, GSK, Jansen Cilag, Lilly, Medac, Merck Sharp & Dome, Mylan, Novartis, Pfizer, Sandoz Hexal, Sanofi und UCB Kirsten Hoeper - erhielt Berater- und Sprecherhonorare von Abbvie, Chugai, Gilead, Lilly, Novartis, Sandoz Hexal and Sanofi. Ludwig Hammel - keine Sebastian Lieb – Angestellter bei Novartis Andreas Hähle - Angestellter bei Novartis

Förderung: Diese Studie wurde gesponsert von Novartis Pharma GmbH, Deutschland.

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in der Psychosomatik – Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie am Ende der Rehabilitation

Miriam Markus[1]; Markus Bassler[2]; Nina Gabriel[2]; Andrea Budde[3]; Sophia Chrysanthou[4]; Michael Käfer[5]; Alexandra Lambrecht[6]; Frank Rosbiegal[7]; Matthias Bethge[1]

[1] Universität zu Lübeck; [2] Hochschule Nordhausen; [3] Klinik am Hainberg; [4] Reha-Zentrum Seehof; [5] MediClin Fachklinik für Psychosomatische Medizin ; [6] Rehazentrum Oberharz am Schwarzbacher Teich; [7] Fachklinik Aukrug

Hintergrund und Zielstellung

Ziel der rehabilitativen Versorgung der Deutschen Rentenversicherung ist die berufliche Wiedereingliederung und die Vermeidung erwerbsminderungsbedingter Rentenzugänge. Um

dieses Ziel auch bei Personen zu erreichen, die ein hohes Risiko haben, dass die Rückkehr in Arbeit nicht gelingt, wurde die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) entwickelt. Für die Umsetzung der MBOR haben die Rentenversicherungsträger gemeinsame Empfehlungen erarbeitet, die Zielgruppe, Inhalte und Umfang betreffen. Diese Empfehlungen wurden in einem Anforderungsprofil zusammengefasst (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019). Bisher stützt sich die Evidenz zur Wirksamkeit der MBOR bei psychischen Erkrankungen auf zwei randomisierte kontrollierte Studien, die einen sehr spezifischen Ansatz geprüft haben (externe Belastungserprobung mit begleitenden therapeutischen Gruppen). Ein klarer Nachweis zur Wirksamkeit der in der realen Versorgungspraxis auf der Grundlage des Anforderungsprofils umgesetzten MBOR (Effectiveness) fehlt. In unserer randomisierten kontrollierten und multizentrischen Studie überprüfen wir, ob Rehabilitandinnen und Rehabilitanden stärker von einer MBOR als von einer herkömmlichen medizinischen Rehabilitation (MR) profitieren.

Methoden

Die Daten wurden im Rahmen der Studie „Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen (MBOR-P)“ erhoben (Markus et al., 2021). In fünf Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Verhältnis eins zu eins zufällig der MBOR oder MR zugewiesen. Eingeschlossen wurden 18- bis 60-jährige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen, für die in den teilnehmenden Einrichtungen der Bedarf an einer MBOR durch mindestens 27 Punkte auf dem SIMBO-C festgestellt wurde (Streibelt, 2009). Mittels Fragebogen wurden verschiedene demografische und psychometrische Parameter zu Beginn und am Ende der Rehabilitation erfasst. Die Analysen wurden mit Random-Effects-Modellen durchgeführt. Für stratifizierte Analysen wurden Subgruppen anhand der Arbeitsunfähigkeitsdauer im Jahr vor der Rehabilitation (> 26 Wochen vs. ≤ 26 Wochen) und der wahrgenommenen Umsetzung der MBOR (starker Kontrast zwischen MBOR und MR vs. geringer Kontrast zwischen MBOR und MR) gebildet.

Ergebnisse

1.483 Personen wurden in die Analysen eingeschlossen (mittleres Alter: 49,8 Jahre; SD = 9,4; 59,2 % weiblich). In beiden Behandlungsarmen zeigte sich eine Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität nach der Rehabilitation mit mittleren Effektstärken (SMD = 0,07 bis 0,84). Die Effektstärken sind überwiegend größer in der MBOR, wobei der Unterschied zur MR mit Ausnahme von sozialer Funktionsfähigkeit ($b = 2{,}88$; $p < 0{,}05$) nicht signifikant war. Personen, die vor der Rehabilitation mehr als 26 Wochen arbeitsunfähig waren, profitierten im Vergleich zu Personen, die höchstens 26 Wochen arbeitsunfähig waren, auf fast allen Zielkriterien von signifikanten Verbesserungen in der MBOR (Tabelle 1).

In Einrichtungen, in denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Umsetzung der MBOR deutlicher wahrgenommen haben (signifikanter Kontrast zwischen MBOR und MR in erwerbsbezogenen Angeboten, wahrgenommenem erwerbsbezogenem Fokus und der Erreichung erwerbsbezogener Rehabilitationsziele) fanden wir signifikante Verbesserungen in psychischen und somatoformen Beschwerden, interaktionellen Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, phobischen Ängsten, Depressivität, körperlicher Rollenfunktion, sozialer Funktionsfähigkeit, psychischem Wohlbefinden und Regenerationsorientierung am Ende

einer MBOR. In Einrichtungen, in denen der Kontrast zwischen beiden Interventionsarmen weniger deutlich wahrgenommen wurde, zeigte sich kein signifikanter Effekt zwischen MBOR und MR.

Tab. 1: Unterschiede zwischen MBOR und MR am Ende der Rehabilitation in Abhängigkeit der Arbeitsunfähigkeitsdauer

	> 26 Wochen arbeitsunfähig (n = 925)		≤ 26 Wochen arbeitsunfähig (n = 558)	
	b	p	b	p
Psychische und somatoforme Beschwerden (0-4)	-0,08	0,035	0,01	0,771
Interaktionelle Schwierigkeiten (0-4)	-0,09	0,084	-0,03	0,687
Selbstwirksamkeit (0-4)	-0,11	0,039	0,10	0,136
Phobische Ängste (0-4)	-0,10	0,042	0,00	0,969
Depressivität (0-4)	-0,11	0,029	0,05	0,480
Körperliche Rollenfunktion (0-100)	6,23	0,007	-0,72	0,824
Emotionale Rollenfunktion (0-100)	3,74	0,096	-1,22	0,716
Körperliche Schmerzen (0-100)	2,56	0,028	0,84	0,614
	> 26 Wochen arbeitsunfähig (n = 925)		≤ 26 Wochen arbeitsunfähig (n = 558)	
	b	p	b	p
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (0-100)	2,63	0,007	-2,23	0,108
Vitalität (0-100)	2,30	0,039	-2,03	0,204
Soziale Funktionsfähigkeit (0-100)	2,95	0,043	3,14	0,097
Psychisches Wohlbefinden (0-100)	2,75	0,011	-1,70	0,232
Gesundheitsveränderung (1-5)	-0,05	0,497	0,12	0,254
Arbeitsplatzphobie (0-4)	-0,07	0,134	0,06	0,298
Resistenzorientierung (1-5)	0,07	0,036	-0,07	0,114
Regenerationsorientierung (1-5)	0,08	0,050	0,02	0,743

b = adjustierte Mittelwertdifferenz; Wertebereiche sind in Klammern angegeben.

Diskussion und Fazit

Signifikante Verbesserungen nach einer MBOR im Vergleich zu einer MR zeigten sich vor allem bei Personen mit langer Arbeitsunfähigkeit vor der Rehabilitation und in Einrichtungen, in denen der Kontrast zwischen MBOR und MR für die Patientinnen und Patienten deutlicher wahrnehmbar war. Möglich ist, dass der Berufsbezug in den anderen Einrichtungen auch in der MR stärker wahrgenommen wird. Weitere Analysen der erbrachten therapeutischen Leistungen sowie qualitative Auswertungen können die durchgeführten Rehabilitationen möglicherweise genauer abbilden.

Take-Home-Message

Vor allem Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit langer Arbeitsunfähigkeit können von einer MBOR im Vergleich zu einer herkömmlichen MR deutlich profitieren.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2019): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (4. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Markus, M., Gabriel, N., Bassler, M., Bethge, M. (2021): Work-related medical rehabilitation in patients with mental disorders: the protocol of a randomized controlled trial (WMR-P, DRKS00023175). BMC Psychiatry, 21, 1, 225.

Streibelt, M. (2009): Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). Rehabilitation, 48. 135-144.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Veränderung subjektiver berufsbezogener Faktoren nach einer kardiologischen MBOR-Maßnahme

Sarah Leinberger[1]; Robert Nechwatal[2]; Rainer Kaluscha[1]

[1] IFR Ulm; [2] Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl

Hintergrund und Zielstellung

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) bezeichnet Rehabilitationsmaßnahmen, die sich schwerpunktmäßig an den Anforderungen des Arbeitsplatzes orientieren. Im Jahr 2012 gab die Deutschen Rentenversicherung (DRV) ein „Anforderungsprofil zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation“ heraus (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019).

Eine stärkere berufliche Schwerpunktsetzung im Rahmen der kardiologischen Rehabilitation wurde bereits vor Herausgabe dieses Anforderungsprofils modellhaft erprobt und evaluiert, wobei positive Ergebnisse nachgewiesen werden konnten (Kittel & Karoff, 2008). Erkenntnisse über den Erfolg von MBOR im kardiologischen Bereich nach der Einführung des Rahmenkonzepts lagen jedoch nicht vor.

Die Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl begann im Jahr 2013 mit der Einführung von MBOR im Sinne des Anforderungsprofils der DRV, wobei spezielle bedarfsbezogene Schwerpunkte gesetzt werden. In diesem Beitrag wird die Veränderung von subjektiven berufsbezogenen Faktoren nach einer kardiologischen MBOR-Maßnahme beleuchtet.

Methoden

Die Rehabilitationsergebnisse der Teilnehmer an einer MBOR-Maßnahme in den Jahren 2017-2019 wurden mithilfe von Fragebogenangaben zu Reha-Beginn (t1) sowie zwölf Monate nach Reha-Ende (t2) ausgewertet. Im vorliegenden Beitrag stehen die Veränderungen bei der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und der subjektiven Erwerbsprognose im Mittelpunkt.

Im Rahmen einer Fragebogenerhebung wurde die subjektive Arbeitsfähigkeit mithilfe des Work Ability Index (WAI) erfasst. Das Ergebnis des WAI stellt einen individuellen Summenwert

zwischen sieben und 49 dar, wobei mit steigender Punktzahl eine Einteilung in „kritisch“, „mäßig“, „gut“ und „sehr gut“ vorgenommen werden kann (WAI-Netzwerk, 2015). Ein Vergleich der Einordnung des WAI-Gesamtwerts der MBOR-Teilnehmer zwischen der Befragung zu t1 und t2 wurde mithilfe eines Alluvium-Plots visualisiert und Veränderungen mithilfe von Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests auf statistische Signifikanz geprüft.

Ergebnisse

In die vorliegenden Analysen wurden Daten von 131 kardiologischen MBOR-Teilnehmern eingeschlossen (MW(Alter) zu Reha-Beginn = 53,8 Jahre, SD = 7,1; 83,7% männlich).

Nahezu zwei Drittel der Rehabilitanden, für die der WAI-Gesamtwert zu t1 und zu t2 vorliegt, fielen zu Reha-Beginn in den WAI-Bereich, der als „kritisch“ zu werten ist (vgl. Abbildung 1). Zwölf Monate nach Reha-Ende hat sich dieser Anteil verringert, sodass weniger als die Hälfte der Rehabilitanden in den „kritischen“ Bereich der subjektiven Arbeitsfähigkeit fielen. Bei der Gruppe der Rehabilitanden, die zu t1 einen „kritischen“ WAI-Wert aufwiesen, konnten sowohl Verbesserungen in die Kategorie „mäßig“ als auch in die Kategorie „gut“ beobachtet werden. Diese Verschiebungen sind statistisch signifikant (V = 63, p < 0,05).

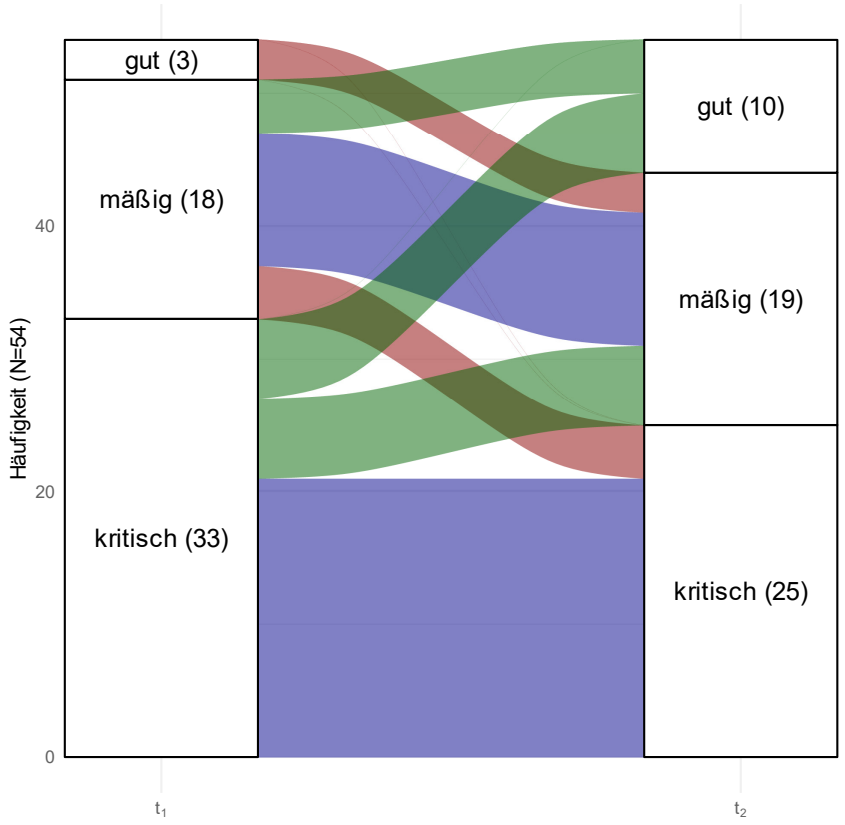


Abb. 1: Alluvium-Plot zur Darstellung der Veränderungen des WAI-Werts zur Arbeitsfähigkeit zu Beginn der MBOR-Maßnahme (t_1) und zur Nachbefragung zwölf Monate nach Reha (t_2). Verschiebungen in den WAI-Kategorien sind farblich dargestellt: Verbesserung – grün, keine Veränderung – blau, Verschlechterung – rot.

Der durchschnittliche WAI-Wert verbesserte sich um ca. zwei Punkte von 26,0 bei Reha-Beginn (SD = 6,4) auf 28,2 zur Nachbefragung (SD = 8,8; V = 466, p = 0,066). Signifikant verbesserte sich die subjektive Arbeitsfähigkeit auf einer Skala von 1-10, wobei höhere Werte eine bessere Arbeitsfähigkeit bedeuten: t1 = 3,2 (SD = 2,7), t2 = 5,2 (SD = 3,4), V = 35, p < 0,001.

Allerdings wurde die Wahrscheinlichkeit der Berufsausübung in den nächsten zwei Jahren zur Nachbefragung signifikant niedriger eingeschätzt (t1: 17,5% „unwahrscheinlich“, 50,8% „nicht sicher“, 31,7% „ziemlich sicher“; t2: 45% „unwahrscheinlich“, 28,3% „nicht sicher“, 26,7% „ziemlich sicher“; V = 1.326, $p < 0{,}001$).

Diskussion und Fazit

Zwölf Monate nach der Reha hat sich die subjektive Arbeitsfähigkeit bei MBOR-Teilnehmern im Vergleich zum Reha-Beginn verbessert. Die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit der Erwerbstätigkeit war jedoch bei der Nachbefragung signifikant niedriger als zu Reha-Beginn. Allerdings sei laut eigener Angabe zur Nachbefragung fast die Hälfte der Befragten seit der Rehabilitation noch nicht wieder ins Erwerbsleben zurückgekehrt (Reha-Beginn: 35% erwerbslos). Möglicherweise beeinträchtigt dies die Einschätzung der subjektiven Erwerbsprognose für die nächsten zwei Jahre. Ca. ein Drittel der Rehabilitanden gaben an, dass der Reha-Erfolg bis zum Zeitpunkt der Nachbefragung anhielt. Dies lässt vermuten, dass durch die MBOR-Maßnahme Erfolge in anderen Lebensbereichen erzielt wurden, die sich lediglich teilweise in der subjektiven Arbeitsfähigkeit und der Erwerbsprognose abbilden lassen.

Take-Home-Message

Durch eine kardiologische MBOR-Maßnahme kann eine Verbesserung der subjektiven Arbeitsfähigkeit der Rehabilitanden erzielt werden, die auch ein Jahr nach Reha-Ende noch sichtbar ist.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2019): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung.

Kittel, J.; Karoff, M. (2008): Lässt sich die Teilhabe am Arbeitsleben durch eine berufsorientierte kardiologische Rehabilitation verbessern? Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie. In: Die Rehabilitation 47 (01), S. 14–22.

WAI-Netzwerk (Hg.) (2015): WAI-Manual. Anwendung des Work-Ability Index. Institut für Sicherheitstechnik Bergische Universität Wuppertal. Online verfügbar unter https://www.arbeitundbalance.de/downloads/WAI-Manual.pdf, zuletzt aktualisiert am 10.06.2015, zuletzt geprüft am 12.10.2022.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die ambulante berufliche Rehabilitation: Relevante Handlungsfelder für eine zukunftsfähige Gestaltung

Marie Heide; Björn Hagen; Manfred Otto-Albrecht; Jana Felicitas Bauer; Mathilde Niehaus

[1] Universität zu Köln; [2] Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW) gGmbH

Hintergrund und Zielstellung

Die COVID-19 Pandemie hat – wie für nahezu alle gesellschaftlichen Teilbereiche – auch Folgen für die Leistungserbringung in der ambulanten beruflichen Rehabilitation. Neben kurzfristigen Auswirkungen, die schnelles Handeln erforderten, resultieren auch mittel- und langfristige Implikationen in Bezug auf die Gestaltung einer zukunftsfähigen ambulanten beruflichen Rehabilitation. Die besonderen Charakteristika des ambulanten Settings, wie Betriebsnähe, regionale Vernetzung und Fokussierung auf die individuellen Bedingungen der Rehabilitand*innen, gehen mit spezifischen Herausforderungen und Lernchancen einher.

Das Projekt „Lernen von der SARS-CoV-2 Pandemie: Lektionen für die Zukunft der Leistungserbringung in der ambulanten beruflichen Rehabilitation“ (COVaRe) hat zum Ziel, die im Kontext der Corona-Pandemie notwendig gewordenen veränderten Formen der Leistungserbringung in der ambulanten beruflichen Rehabilitation zu beleuchten und hieraus Konsequenzen für eine flexible und zukunftsfähige Form der Leistungserbringung abzuleiten. Mit Förderung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund (Laufzeit: 10/2020 – 11/2022) führt die Universität zu Köln das Projekt in Kooperation mit der Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW) gGmbH durch. Die FAW bringt als Leistungserbringer in der ambulanten beruflichen Rehabilitation die Praxisperspektive ein und ermöglicht den Feldzugang.

Methoden

Zur Erreichung der Projektziele wurde ein dreistufiges Vorgehen gewählt: Im März 2021 wurden zunächst 30 Reha-Koordinator*innen mithilfe eines Onlinesurveys befragt, um einen Überblick über die Erfahrungen mit der Leistungserbringung während der Corona-Pandemie zu gewinnen. Darauf aufbauend wurden im Zeitraum von Oktober 2021 bis Januar 2022 leitfadengestützte Interviews mit allen relevanten Akteur*innen (Rehabilitationsfachkräfte und Führungskräfte des Leistungserbringers, Rehabilitand*innen, betriebliche Akteur*innen und Reha-Berater*innen der Rentenversicherung) (N=57) geführt, die eine multiperspektivische Einordnung der pandemiebedingten Veränderungen erlaubten. Im letzten Schritt fanden auf der Grundlage der Ergebnisse der vorherigen Erhebungsschritte im Juli 2022 Gruppendiskussionen nach der Methode des Victorian Calling (Defila et al., 2015) mit Akteur*innen der beruflichen Rehabilitation aus verschiedenen Verantwortungsbereichen (N=8) statt. Das „Victorian Calling“ ist eine transdisziplinäre Methode zur Gestaltung von Gruppendiskussionen, wobei der Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis im Vordergrund steht.

Ergebnisse

Am Ende des Forschungsprozesses konnten mit dem letzten Schritt, den Gruppendiskussionen, vier Handlungsfelder als besonders relevant für eine zukunftsfähige Gestaltung der Leistungserbringung in der ambulanten beruflichen Rehabilitation herausgestellt werden.

Die Teilnehmenden der Gruppendiskussionen thematisieren die Notwendigkeit von (1) mehr Flexibilität und Ermessensspielräume bei der Durchführung von Reha-Maßnahmen. Bürokratische Hemmnisse sollten die Adaption der Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. Teilzeit statt Vollzeit) nicht blockieren. Das zweite Handlungsfeld beinhaltet die (2) Verbesserung der Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteur*innen und Institutionen, denn die Realität beruflicher Rehabilitation ist vielfach durch fehlende Zusammenarbeit und unterschiedliche institutionelle Logiken der Kostenträger geprägt und entspricht somit nicht immer den Zielsetzungen „trägerübergreifende Zusammenarbeit“ und „Leistungen wie aus einer Hand“. Als ein weiteres Handlungsfeld wird (3) die Digitalisierung gesehen. Digitalisierung ist weiter voranzubringen, aber für die sinnvolle Nutzung müssen vor allem digitale Kompetenzen der Rehabilitationsberater*innen der Kostenträger, der Rehabilitationsfachkräfte der Leistungserbringer und der Rehabilitand*innen ausgebaut werden. Weiter ist für das Gelingen einer zukunftsfähigen Leistungserbringung in der ambulanten beruflichen Rehabilitation (4) der Einbezug der Rehabilitand*innen und die Beachtung ihrer individuellen Bedingungen von besonderer Bedeutung. Die Rehabilitand*innen kennen sowohl die Prozesse beim Kostenträger, beim Leistungserbringer als auch in den Betrieben als Expert*innen in eigener Sache und können einen wertvollen Beitrag für die passgenaue Gestaltung ambulanter beruflicher Rehabilitationsangebote leisten.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen relevante Handlungsfelder für eine zukunftsfähige Gestaltung der ambulanten beruflichen Rehabilitation auf, denen in Zukunft besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Um konkrete Lernchancen zur Ausgestaltung der jeweiligen Handlungsfelder ergreifen zu können, braucht es neben differenzierten Erkenntnissen Möglichkeiten zur Diskussion über Umsetzungs- und Ausgestaltungsmöglichkeiten für die Praxis der ambulanten beruflichen Rehabilitation. Hierfür ist es zum einen wichtig, dass der Austausch zwischen Kostenträgern, Leistungserbringern, Rehabilitand*innen und betrieblichen Akteur*innen vorangebracht wird und zum anderen, dass auch politische Entscheidungsträger einbezogen werden.

Take-Home-Message

Durch die Corona-Pandemie wurden Handlungsbedarfe für eine zukunftsfähige Gestaltung der ambulanten beruflichen Rehabilitation sichtbar. Die vier Handlungsfelder „Erhöhung der Flexibilität und Abbau von Bürokratie“, „Verbesserung der Abstimmung und Zusammenarbeit“, „Ausbau der Digitalisierung“ und „Einbezug der Rehabilitand*innen“ sind für die Zukunft auszugestalten.

Literatur

Defila, R., Di Giulio, A. & Kaufmann-Hayoz, R. (2015): „Victorian Calling“ – eine Tagungsmethode für den transdisziplinären Dialog. In: Niederberger, M. & Wassermann, (Hrsg.): Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 141-164.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Sucht-Rehabilitation und -Nachsorge (CoV-AZuR). Eine Mixed-Methods-Studie

Martin Brünger; Stefanie Köhn; Friedericke Schall; Jennifer Marie Burchardi; Anna Schlumbohm; Eva Jansen; Karla Spyra

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Die SARS-CoV-2-Pandemie zeigt erhebliche Auswirkungen auf die gesamte medizinische Rehabilitation (Bethge et al., 2021). Die Sucht-Rehabilitation weist im Vergleich zu anderen Indikationen einige Spezifika auf. Hierzu gehören besondere Zugangswege (z.B. Suchtberatungsstellen, Entgiftungsstationen, Justizvollzugsanstalten), eine Einrichtungslandschaft mit heterogenem Spektrum hinsichtlich Größe, Leistungsangebot, Indikationen und Zielgruppen, erheblich längere Belegungszeiten und ein besonderes Rehabilitand:innen-Klientel (Weissinger, 2020).

Daher ist es Ziel der Studie „Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Sucht-Rehabilitation und -Nachsorge“ (CoV-AZuR), Pandemie-bedingte Veränderungen zu analysieren und Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Sucht-Rehabilitation abzuleiten.

CoV-AZuR ist Teil einer 2020 gestarteten Förderinitiative der Deutschen Rentenversicherung Bund zu Forschung im Kontext von Pandemie und Rehabilitation. Kooperationspartner der Studie sind der Bundesverband Suchthilfe und der Fachverband Sucht.

Methoden

Die Studie zeichnet sich durch einen Mixed-Methods-Ansatz aus:

<u>Studienmodul I:</u> Einrichtungsleitungen sämtlicher ca. 1.050 Einrichtungen der Sucht-Rehabilitation und -Nachsorge in Deutschland wurden zu zwei Zeitpunkten (t1: Herbst 2021, t2: Sommer 2022) gebeten, online einen Fragebogen zu acht Themengebieten auszufüllen. Die Beantwortung war gesammelt für mehrere Standorte möglich.

Einschlusskriterium war das Anbieten wenigstens einer der folgenden Leistungstypen: stationäre Rehabilitation (STR), Adaption (ADA), ganztägig ambulante Rehabilitation (TAR), ambulante Rehabilitation (ARS) und Suchtnachsorge (NAS).

Der auswertbare Rücklauf umfasste zu t1/t2 n=336/415 Fragebögen für n=556/615 Einrichtungsstandorte. Standardisierte Fragen wurden deskriptiv ausgewertet. Hierzu werden prozentuale Häufigkeiten präsentiert. Antworten zu offenen Fragen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Für einen Teil der Analysen wurden die Einrichtungen in drei Settings gruppiert:

- Setting 1: stationäres Angebot inkl. Adaption ohne ambulantes Angebot (t1/t2 n=58/68);
- Setting 2: Kliniken mit Ambulanz (inkl. TAR, n=39/35); Setting 3: berufs-/alltagsbegleitendes ambulantes Angebot (ausschließlich ARS und/oder NAS, n=239/312).

Studienmodul II: Zur vertieften Exploration wurden mit n=26 ärztlich oder therapeutisch in Sucht-Reha-Einrichtungen tätigen Personen Leitfaden-gestützte Interviews zu zwei Zeitpunkten (Ende 2021/Anfang 2022 und Herbst 2022) Videotelefonie-gestützt durchgeführt. Die Audioaufnahmen wurden transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Studienmodul III: Im Rahmen einer Hybrid-Befragung (wahlweise online oder schriftlich) wurden Angaben von n=460 Personen deskriptiv ausgewertet, die sich zum Befragungszeitpunkt in Sucht-Rehabilitation oder Nachsorge befanden.

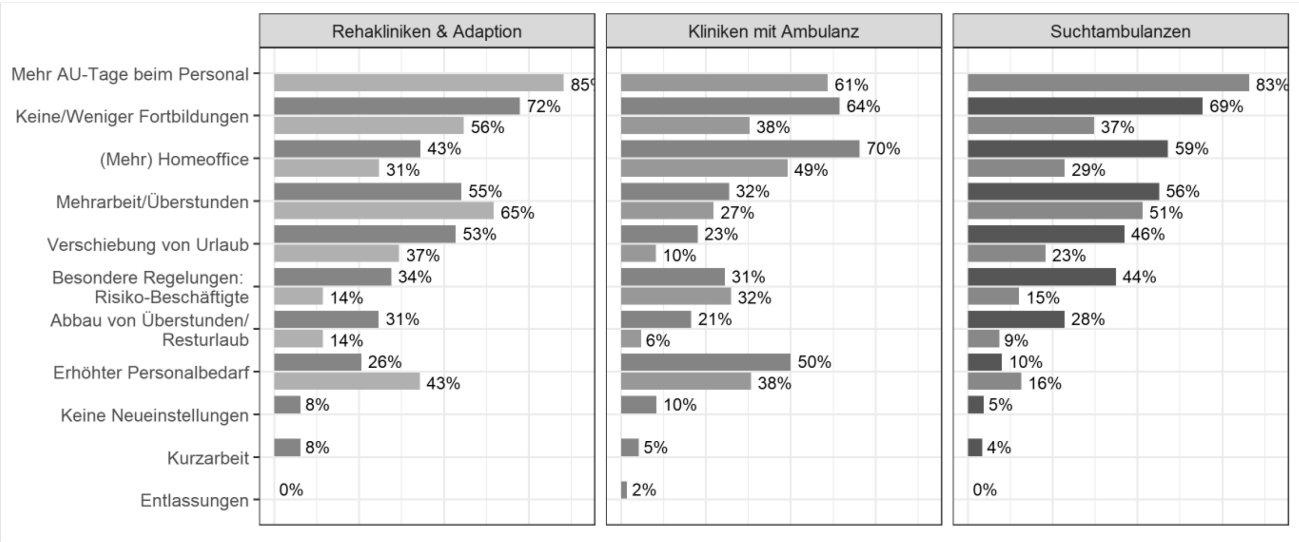
Studienmodul IV: Ergänzend werden Routine-Statistiken zum Versorgungsgeschehen in der Sucht-Rehabilitation während der Pandemie herangezogen.

In diesem Beitrag werden ausgewählte Ergebnisse aus Studienmodul I präsentiert. Zu Studienmodul III erscheint ein separater Beitrag im Themengebiet „Reha bei Abhängigkeitserkrankungen“.

Ergebnisse

Die Einrichtungsleitungen berichteten von zahlreichen Pandemie-Auswirkungen auf Personalsituation und -management. Diese waren zu t2 im Vergleich zu t1 leicht rückläufig. Am häufigsten zu t2 genannt wurden vermehrte Krankheits-bedingte Personalausfälle (Abb. 1).

Abb. 1: Pandemie-Auswirkungen auf Personalsituation & -management zu t1 (dunkel) und t2 (hell)



Berufliche Mehrbelastungen (u.a. durch Schutzmaßnahmen, Mehrarbeit, veränderte Teamarbeit und veränderte Arbeitsinhalte) gaben zu t1 je nach Setting 72%-87% der Einrichtungen an (t2: 50%-71%), hinsichtlich privater Mehrbelastungen lag der Anteil bei 74%-82% (t1) bzw. 56%-69% (t2).

Die einrichtungsbezogene Impfpflicht wurde von 66% der Einrichtungsleitungen in Setting 1, 83% in Setting 2 und 54% in Setting 3 als (eher) positiv gesehen und von 30%, 14% bzw. 20% (eher) negativ. Je nach Setting 23-26% der Einrichtungen berichteten von diesbezüglichen Konflikten im Team, bei 6-12% kam es aus diesem Grund zu Kündigungen. Impfpflicht-bedingte Versetzungen in andere Arbeitsbereiche spielten mit 2-3% eine untergeordnete Rolle. 28% der Einrichtungen in Setting 1 verlangten zumindest zeitweise von ihren Rehabilitand:innen einen vollständigen Impf- oder Genesenennachweis bei Aufnahme, in Setting 2 und 3 waren es 20% bzw. 33%.

Etwa drei Viertel der Einrichtungen schätzten den zukünftigen kurz-/mittelfristigen Bedarf an Sucht-Rehabilitation etwas oder deutlich höher ein, ein niedrigerer Bedarf wurde selten vermutet. Als Gründe hierfür wurden zu t2 am häufigsten ein Pandemie-bedingter Anstieg an Suchtproblematiken (99%), nachzuholende Leistungen (47%) und ein Nicht-Pandemie-bedingter Anstieg von Suchtproblematiken (23%) genannt.

87% der Einrichtungen erachten ergänzende telefonische bzw. digitale Therapieangebote in der Pandemie als sinnvoll, 79% auch postpandemisch. Für 49% stellen solche Angebote eine Möglichkeit da, andere Rehabilitand:innen-Gruppen zu erreichen. Zugleich waren 71% der Einrichtungsleitungen der Ansicht, Vor-Ort-Angebote sollten telefonischen oder digitalen Angeboten vorgezogen werden.

Diskussion und Fazit

Es zeigten sich deutliche Pandemie-bedingte Auswirkungen auf die Sucht-Rehabilitation u.a. in Bezug auf Personalsituation und -management und durch notwendige Umstellungen im Therapieangebot. Ein Großteil der Einrichtungen rechnet kurz-/mittelfristig mit einer steigenden Nachfrage nach Sucht-Rehabilitation.

Take-Home-Message

Die Sucht-Rehabilitation wurde in der Pandemie vor erhebliche Herausforderungen gestellt, welchen u.a. mit telefonischen und digitalen Therapieangeboten begegnet wurde. Dies bietet Potenzial für die Weiterentwicklung der Sucht-Rehabilitation auch in postpandemischen Zeiten.

Literatur

Bethge, M., Fauser, D., Zollmann, P., Streibelt, M. (2021): Reduced requests for medical rehabilitation because of the SARS-CoV-2 Pandemic: A Difference-in-Differences Analysis. Arch Phys Med Rehabil, 103(1). 14-19.e2.

Weissinger, V. (2020): Übersicht über Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Versorgungs- und Behandlungssystem für suchtkranke Menschen. SUCHT, 66(4). 183-194.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Belastungen und Bewältigungsstrategien während der COVID-19-Pandemie aus Sicht von Mitarbeitenden von Rehabilitationseinrichtungen – Eine qualitative Studie

Kübra Annaç; Anna Audia; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska

Universität Witten/Herdecke

Hintergrund und Zielstellung

Die COVID-19-Pandemie bringt Herausforderungen in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen mit sich, insbesondere, wenn es darum geht, eine patientenzentrierte Rehabilitation zu gewährleisten und gleichzeitig das Infektionsrisiko zu minimieren. Um diese Herausforderungen zu bewältigen, haben Anbieter ambulanter und stationärer Rehabilitation verschiedene Strategien entwickelt und in ihren Einrichtungen eingesetzt (Leibbrand & Seifart, 2021). Ziel der vorliegenden qualitativen Studie war es, zu untersuchen, wie diese Strategien von Mitarbeitenden der Einrichtungen im rehabilitativen Versorgungsumfeld wahrgenommen werden.

Methoden

Es wurden neun leitfadengestützte, telefonisch durchgeführte, Einzelinterviews mit Mitarbeitenden aus zwei stationären Rehabilitationseinrichtungen im Zeitraum Januar - Februar 2022 durchgeführt. Hierbei wurden Mitarbeitende aus den Bereichen ärztlicher Dienst, Psychologie, Physiotherapie, Pflege und Qualitätsmanagement befragt. 55,6% der Mitarbeitenden waren in Führungspositionen tätig. 77,8% der Interviewpartner*innen waren weiblich, 22,2% männlich. Das Alter der Befragten variierte zwischen 31 bis 62 Jahren. Rekrutiert wurden die Interviewpartner*innen über zwei Kooperationskliniken. Die Leitfadenerstellung erfolgte auf Basis einer Literaturrecherche sowie der Ergebnisse eigener Vorarbeiten zum Thema. Der Leitfaden umfasste die entwickelten Maßnahmen im Umgang mit der Pandemie, die Wahrnehmung der Pandemiesituation bei der Ausübung der jeweiligen Tätigkeit, einrichtungsbezogene Herausforderungen, die Versorgung von Rehabilitand*innen sowie Wünsche und Erwartungen im Hinblick auf eine bessere Bewältigung der Pandemiesituation. Die Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet.

Ergebnisse

Das befragte Einrichtungspersonal berichtete von einer erhöhten Arbeitsbelastung, die aus Veränderungen in den ursprünglichen Tätigkeitsfeldern und einer Verlagerung der Aufgabenbereiche resultiere. Veränderungen umfassten unter anderem mehr bürokratischen Aufwand aufgrund von Verordnungen und Richtlinien zum Infektionsschutz und der Implementierung von regelmäßigen COVID-Krisensitzungen. Außergab ergaben sich ein Mehraufwand infolge organisatorischer Maßnahmen wie der Umsetzung von mehr Gruppentherapieangeboten resultierend aus kleineren Gruppengrößen und eine verstärkte (psychologische und pädagogische) Kommunikation sowohl im Team als auch in Richtung der Rehabilitand*innen. Diese Faktoren führten nach Angaben der Befragten zu einer deutlichen Arbeitsverdichtung. Verstärkt wurde die Arbeitsverdichtung durch Ausfall von Personal aufgrund von Infektionsfällen oder Quarantänemaßnahmen. Um die Versorgung der

Rehabilitand*innen sicherstellen zu können, mussten laut den Befragten u.a. Gesprächsdauern mit Rehabilitand*innen gekürzt und Mitarbeiterbesprechungen abgesagt werden. Um den wahrgenommenen Belastungen zu begegnen, identifizierten die Befragten verschiedene Faktoren zur Bewältigung. Wenn Rehabilitand*innen „mit an einem Strang ziehen“ (I1, W, 55, Psychologin), mildere dies die hohe Arbeitsbelastung. Besonders das Wir-Gefühl, dass „alle davon betroffen sind und nicht nur einzelne Gruppen“ (I2, W, 44, Ärztin) und das damit einhergehende Verständnis für Veränderungen oder Probleme, habe den Stress gemindert. Ferner sei der Faktor Wissen essentiell für die Bewältigung pandemischer Herausforderungen. Die Aneignung von Informationen, das regelmäßige Aktualisieren von Wissen und das kritische Beobachten und Bewerten der dynamischen Lage seien Schlüsselkomponenten für den Umgang mit Unsicherheiten. Daran anknüpfend habe sich die Weitergabe von Informationen und die Kommunikation innerhalb des Teams (z.B. in Form von Krisensitzungen) sowie mit den Rehabilitand*innen (z.B. in Form von Seminaren und persönlichen Gesprächen) als unabdingbar bei der Pandemiebewältigung dargestellt.

Diskussion und Fazit

Rehabilitationseinrichtungen haben während der COVID-19-Pandemie verschiedene Strategien entwickelt, um eine patientenzentrierte Rehabilitation zu gewährleisten und gleichzeitig das Infektionsrisiko zu minimieren. Im Rahmen der durchgeführten qualitativen Studie wurde die Wahrnehmung dieser Strategien aus Perspektive von Mitarbeitenden untersucht. Das Personal ist vielfältigen Belastungen ausgesetzt, die durch die bisher umgesetzten Strategien nur unzureichend adressiert werden. Vielmehr entwickelten die Beschäftigten eigene persönliche Bewältigungsstrategien, die ihnen dabei helfen, mit spezifischen Problemlagen umzugehen. Deutlich wird, dass die Bedürfnisse in den verschiedenen Berufsgruppen variierten und potenzielle Krisensituationen von den Mitarbeitenden unterschiedlich belastend wahrgenommen wurden. Die Wahrnehmung des Berufsalltags in der medizinischen Rehabilitation in Zeiten von COVID-19 hängt stark von den Tätigkeitsbereichen, der generellen Arbeitsbelastung sowie individuellen Ansichten ab. Insgesamt sollte die Perspektive der Mitarbeitenden von Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich Bedürfnissen und Ressourcen abgefragt und Interventionen diversitätssensibel und personenzentriert auf diese angepasst werden. Bestehende Maßnahmen und Strategien müssen zudem evaluiert und ggf. weiterentwickelt werden.

Take-Home-Message

Mitarbeitende von Rehabilitationseinrichtungen sind vielfältigen Belastungen ausgesetzt, die sie wegen eines wahrgenommenen Mangels an Entlastungsmöglichkeiten seitens der Einrichtungen versuchen, durch persönliche Bewältigungsstrategien zu bewältigen. Bisher werden Belastungen so nur unzureichend adressiert. Es gilt, Strategien zu entwickeln und neu zu denken, die neben der patientenzentrierten Perspektive auch die der Mitarbeitenden berücksichtigen, um auch in Pandemiesituationen und anderen Krisen eine adäquate rehabilitative Versorgung zu gewährleisten.

Literatur

Leibbrand, B., Seifart, U. (2021): Oncological Rehabilitation and Development of Strategies in Crisis Situations Using the Example of the Covid 19 Pandemic in 2020 by Using a Patient and Staff Survey Results of Pandemic Care. Rehabilitation, 60, 02. 142-151.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Gesundheitliche Belastungen bei Post-/Long-COVID: Vergleich von Screeningteilnehmenden mit und ohne eine vorhergehende Rehabilitationsmaßnahme

Sonia Lippke[1]; Lingling Gao[1]; Petra Becker[2]; Robin Rinn[1]; Christina Derksen[1]; Carina Kolb; Alina Dahmen[3]

[1] Jacobs University Bremen gGmbH; [2] Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG; [3] Klinikum Wolfsburg

Hintergrund und Zielstellung

Post-/Long-COVID tritt unabhängig von der Schwere der akuten Infektion mindestens sechs Wochen nach Abklingen der Infektion auf, wobei die Symptomatik vielschichtig und komplex ist. Daher sind die Anforderungen an eine adäquate Diagnostik sowie die anschließend notwendige medizinisch-therapeutische Versorgung hoch und interindividuell sehr verschieden. Insbesondere Patient:innen mit leichten und mittelschweren Verläufen und hier vorrangig jüngere Patient:innen sind nicht in bisher bestehende Versorgungsstrukturen aus COVID-Ambulanzen und regelmäßiger hausärztlicher Versorgung eingebunden. Eine gezielte Diagnostik sowie Behandlung sind für die Prognose und den Behandlungserfolg wichtig. Zu diesem Zweck wurde im Rahmen des ASAP-Projektes eine innovative Grundlage außerhalb der bestehenden Regelversorgung aufgebaut, die als ersten Baustein die Identifizierung von Betroffenen über ein niedrigschwelliges Screening, das auch durch die Betroffenen selber durchgeführt werden kann, beinhaltet. Die Forschungsfragen dieser Studie waren dabei:

1. Wie viele derjenigen Personen, die am Screening teilgenommen haben, wurden nicht ins ASAP-Projekt aufgenommen, weil sie an einer Reha-Maßnahme teilgenommen hatten (also schon in der bestehenden Regelversorgung versorgt wurden)?
2. Welche Symptome berichten die positiv gescreenten Post-/Long-COVID-Patient:innen im Vergleich zu Reha-Patient:innen und in welchen Symptomen unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant?

Methoden

Die Rekrutierung erfolgte über die Projektpartner, Hausarztpraxen, den Projektträger (das LGL) und Presse/Social-Media. Die Studie ist registriert bei ClinicalTrials.gov (Identifier NCT05238415) und von der Ethikkommission der Jacobs University bewilligt. Die Methodik (Dahmen et al., 2022) ist ein randomisiertes Studiendesign, aus dem in dieser Studie die Daten des Screenings ausgewertet werden. Es wurde nach 14 Symptomen aus allen

Organsystemen gefragt. Die Patient:innen konnten auf einer Skala von 1 (Kein Problem) bis 5 (Extremes Problem) ihre Symptome (s. Tabelle 1) einschätzen.

Ergebnisse

Es nahmen N=611 Personen an dem Screening auf Post-/Long-COVID im Internet teil. Davon wurden n=381 ausgeschlossen (aus verschiedenen Gründen, s. Dahmen et al., 2022) und n=230 positiv gescreent und in die Studie aufgenommen. Von den ausgeschlossenen Patienten hatten n=74 aufgrund der Long-/Post-COVID Symptomatik bereits an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen (weiblich n=46, 62,2%, männlich n=27, 36,5%, divers n=1, 1,4%; Malter=59,8, SD=14,6). Von den Rehabilitationspatient:innen nahmen n=53 an einer stationären Reha teil; n=27 an einer ambulanten Reha und n=6 nahmen an beiden Reha-Maßnahmen oder kombinierten Maßnahmen teil.

Tab. 1.: Mittelwert (M) und Standardabweichungen (SD) der Symptome bei den positiv gescreenten und den wegen Teilnahme an einer medizinischen Reha ausgeschlossenen Patient:innen (Prozentsatz der fehlenden Werte 0-2,3%) sowie F-Statistik und p-Wert.

Symptome	**Rehabilitations-patient:innen (*n*=74)**	**Positiv gescreente Patient:innen (*n*=230)**	***F***	***p***
	M (SD)	***M (SD)***		
1. Schlafstörungen z.B. Probleme mit dem Einschlafen oder dem Durchschlafen sowie frühes Aufwachen	3,47 (1,4)	3,30 (1,3)	0,964	,327
2. Darmfunktionsstörungen z.B. Durchfall und Verstopfung	2,47 (1,4)	2,30 (1,3)	1,063	,303
3. Gelenkschmerzen/ Muskelschmerzen	3,78 (1,3)	3,11 (1,4)	12,613	<,001
4. Fieber	2,00 (1,3)	1,48 (0,9)	14,861	<,001
5. Einschränkungen des Geruchssinns/Geschmackssinns z.B. verminderte oder veränderte Geruchswahrnehmung	2,58 (1,5)	2,21 (1,5)	3,575	,060
6. Atemnot	3,59 (1,2)	3,26 (1,3)	3,938	,048
7. Husten	2,63 (1,3)	2,54 (1,4)	0,245	,621
8. Haarausfall	2,42 (1,4)	1,99 (1,4)	5,310	,022
9. Ausschlag	1,85 (1,3)	1,59 (1,1)	2,870	,091
10. Fatigue (Erschöpfung, Müdigkeit…)	4,27 (1,1)	4,55 (0,7)	5,932	,015
11. Palpitationen („Herzrasen")	3,05 (1,4)	2,92 (1,3)	0,583	,446
12. Eingeschlafene Gliedmaßen	2,69 (1,3)	2,28 (1,3)	5,537	,019
13. Balanceprobleme und/oder Gleichgewichtsstörungen	3,04 (1,4)	2,60 (1,3)	6,033	,015
14. "Brain Fog": Gedächtnis-/Konzentrationsstörungen/ Vergesslichkeit	3,73 (1,3)	3,97 (1,1)	2,472	,117

Zusammengefasst unterschieden sich die Reha-Patient:innen von den positiv gescreenten Patient:innen in genau 50% der Symptome. In 6 der 7 signifikant unterschiedlichen Symptome hatten die Rehabilitationspatient:innen höher ausgeprägte Werte. Nur das Symptom Fatigue war bei den Post-/Long-COVID-Patient:innen stärker ausgeprägt.

Diskussion und Fazit

Betroffene mit Post-/Long-COVID-Symptomen, die bereits in der medizinischen Rehabilitation versorgt wurden, waren in 6 von 14 Symptomen stärker belastet. Dies spricht einerseits für eine bedarfsgerechte Versorgung; andererseits haben bisherige Maßnahmen jedoch noch keine ausreichenden Erfolge erzielt. Die Symptome von Long-COVID sind so komplex, dass eine einzelne Rehamaßnahme nicht ausreicht, sondern über eine längere Zeit fächerübergreifende Maßnahmen notwendig sind, um die Symptome ausreichend zu behandeln. Dass Fatigue bei den Post-/Long-COVID-Patient:innen ohne bisherige Reha-Versorgung als belastender erlebt wurde, könnte darauf zurückzuführen sein, dass es hierfür bisher keine spezifische Reha-Indikation gibt. Eine stärkere Berücksichtigung von Post-/Long-COVID-Symptomen sollte integrativ und interdisziplinär erfolgen.

Take-Home-Message

Post-/Long-COVID-Symptome sollten systematisch erfasst werden, um zu identifizieren, welche Leitsymptome in Reha-Maßnahmen behandelt werden sollten.

Die Bandbreite der Post-/Long-COVID-Symptomen sollten entsprechend ihrer Relevanz in speziellen Rehabilitationskonzepten behandelt werden.

Individuelle Post-/Long-COVID-Symptome gilt es adäquat bei der Auswahl der Reha-Klinik zu berücksichtigen.

Auch wenn Post-/Long-COVID-Symptome bereits in der medizinischen Reha versorgt wurden, so sind sie hochbelastend und bedürfen gezielter Maßnahmen auch noch im Anschluss an die Reha.

Literatur

Dahmen, A., Keller, F.M., Derksen, C., Rinn, R., Becker, P., & Lippke, S. (2022). Screening and assessment for post-acute COVID-19 syndrome (PACS), guidance by personal pilots and support with individual digital trainings within intersectoral care: a study protocol of a randomized controlled trial. BMC Infectious Diseases,22, 693. https://doi.org/10.1186/s12879-022-07584-z.

Förderung: Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Maskentragen als besondere Herausforderung für hörbeeinträchtigte Menschen in Zeiten der COVID-19-Pandemie

Veneta Slavchova; Carlotta Wengorz; Anna Schnackertz; Jens Knispel; Viktoria Arling

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Bei der Verständigung mit normalhörenden Menschen sind hörbeeinträchtigte Personen im Regelfall wegen des Fehlens eines gemeinsamen Kommunikationsweges wie der Gebärdensprache auf eine Mischung zwischen verbalen und non-verbalen Kommunikationsstrategien angewiesen (vgl. Röhner & Schütz, 2020). Fehlen entsprechende Informationen, so ist die Kommunikation möglicherweise beeinträchtigt und es kann zu Missverständnissen bzw. völligem Unverständnis kommen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn das Mundbild bei der Kommunikation verborgen bleibt oder eine mimisch-emotionale Begleitung des Gesprochenen fehlt. Während das Tragen von medizinischen bzw. FFP2-Masken in Zeiten der COVID-19-Pandemie ein probates Mittel zur Eindämmung des Infektionsgeschehens darstellt, können sich dadurch für hörbeeinträchtigte Menschen besondere Herausforderungen ergeben. Da Kommunikationsschwierigkeiten der Inklusion hörbeeinträchtigter Menschen in Gesellschaft und Beruf entgegenstehen, ist anzunehmen, dass diese auch negative Auswirkungen auf Betroffene haben. Ziel der vorliegenden Studie war es daher, zwei Forschungsfragen zu beantworten:

1) Erschwert das Maskentragen die Kommunikation für hörbeeinträchtigte Menschen?
2) Hängen Kommunikationsschwierigkeiten mit mehr sozialer Isolation und einer stärker ausgeprägten Depressivität zusammen?

Methoden

Zur Untersuchung der Forschungsfrage kam eine Online-Studie in Zeiten der COVID-19-Pandemie zum Einsatz, die sich an Betroffene mit einer Hörbeeinträchtigung richtete. Es beteiligten sich 116 hörbehinderte Personen (61.2% weiblich, 38.8% männlich; Alter: AM = 51.45 Jahre, SD = 13.98, Spanne = 17 – 80 Jahre). Bzgl. der Kommunikationswege nannten die Betroffenen verschiedene Zugänge (Mehrfachnennung möglich: 82.8% Lautsprache, 56.9% Lippenlesen, 19.0% Gebärdensprache, 4.3% Schriftdolmetschen bzw. Verschriftlichung und 0.9% taktile Gebärden).

Zur Erfassung kommunikativer Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie wurden die subjektiven Verständigungsschwierigkeiten im Alltag ohne und mit Maskentragen des Gegenübers abgefragt (je 0%-100%). Die soziale Isolation wurde mit Hilfe der deutschen Fassung der revidierten UCLA Loneliness Scale erfasst (Döring & Bortz, 1993, Beispielitem: „Ich fühle mich ausgeschlossen“, Skala von ‚1‘: stimmt gar nicht bis ‚5‘: stimmt völlig). Die Depressivität wurde mittels der PHQ-9-Skala von Gräfe et al. (2004) erfasst (Beispielitem: „Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt - wenig Interesse oder Freude an ihren Tätigkeiten“, Skala von ‚0‘: überhaupt nicht bis ‚3‘: beinahe jeden Tag).

Ergebnisse

Das Tragen einer Maske seitens des Kommunikationspartners führte dazu, dass die gegenseitige Verständigung als deutlich schwieriger bzw. problematischer empfunden wurde (Schwierigkeit ohne Maske: M = 37.37%, SD = 26.17%, Spanne = 0-100%; mit Maske: M = 70.82%, SD = 28.13%, Spanne = 0-100%; $t(115) = 14.69$, $p < .001$, $d = 1.36$).

Die soziale Isolation der Befragten lag im mittleren Bereich (M = 3.09, SD = 0.72, Spanne = 1-4.35). Je mehr Kommunikationsschwierigkeiten empfunden wurden, desto höher fiel das Ausmaß der sozialen Isolation aus ($r(114) = .183$, $p < .05$). Der Gesamtsummenwert des PHQ-9 betrug im Mittel 7.09 (SD = 5.36, Spanne = 0 – 22). Je depressiver die Befragten waren, desto mehr Kommunikationsschwierigkeiten berichteten sie ($r(114) = .199$, $p < .05$).

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Tragen von Masken hörbeeinträchtigte Menschen vor große Herausforderungen hinsichtlich zwischenmenschlicher Kommunikation stellt. Hieraus ergibt sich eine Gefährdung sozialer, gesellschaftlicher und beruflicher Teilhabe der Betroffenen. Dass dies ggf. negative Auswirkungen auf die Betroffenen haben kann, zeigen die Bezüge zur sozialen Isolation und der Depressivität. Vor dem Hintergrund des nach wie vor dynamischen Infektionsgeschehens und potenziell wieder erforderlicher Maskenpflicht gilt es daher, tragfähige Lösungsstrategien zu erarbeiten. Ein konkreter Ansatz kann im Sinne gegenseitigen Verständnisses darin bestehen (vgl. Slavchova, 2021), dass hörbeeinträchtigte Menschen darin geschult werden, mögliche Missverständnisse zielgerichtet offen zu legen und bedarfsgerecht alternative Kommunikationswege anzuregen (z.B. Verschriftlichung des Gesagten, Gestik, Bitten um kurzfristiges Ablegen der Maske mit mehr Sicherheitsabstand). In der Rolle des Interaktionspartners gilt es in diesem Sinne, entsprechende Vorschläge aktiv aufzugreifen und im zwischenmenschlichen Miteinander umzusetzen.

Take-Home-Message

Das Maskentragen zieht eine erschwerte alltägliche Kommunikation für hörbeeinträchtigte Menschen nach sich. Daher gilt es, entsprechende Hürden seitens hörbeeinträchtigter Menschen transparent zu benennen und der gemeinsamen Kommunikation geeignete Kommunikationsstrategien zu entwickeln.

Literatur

Döring, N., Bortz, J. (1993): Psychometrische Einsamkeitsforschung: Deutsche Neukonstruktion der UCLA Loneliness Scale. Diagnostica, 39(3), 224–239.

Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., Löwe, B. (2004): Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. Diagnostica, 50(4), 171–181. https://doi.org/10.1026/0012-1924.50.4.171.

Röhner, J., Schütz, A. (2020): Psychologie der Kommunikation (3. Aufl.). Springer.

Slavchova, V. (2021): Der schmale Grat zwischen Inklusion und Stigmatisierung von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen bei ihrer beruflichen Teilhabe (Dissertation). Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen. https://doi.org/10.18154/RWTH-2022-00276.

Akzeptanz digitaler Gesundheitsinterventionen – Modellvalidierung und Weiterentwicklung der Unified Theory of Acceptance and Use of Technology

Paula Philippi[1]; Harald Baumeister[1]; Jennifer Apolinário-Hagen[2]; David Daniel Ebert[3]; Severin Hennemann[4]; Leonie Kott[1]; Jiaxi Lin[5]; Eva-Maria Messner[1]; Yannik Terhorst[1]

[1] Universität Ulm; [2] Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; [3] Technische Universität München; [4] Johannes-Gutenberg-Universität Mainz;
[5] Praxis für Psychologische Psychotherapie, Staufen im Breisgau

Hintergrund und Zielstellung

Im Rahmen der somatischen Rehabilitation können psychotherapeutische Behandlungen nur begrenzt angeboten werden und fallen in etwa 50% der erkannten Fälle nicht adäquat aus (Härter & Baumeister, 2005). Aufgrund der hohen Prävalenzraten komorbider psychischer Störungen und den damit verbundenen Folgen wie erhöhtem Mortalitätsrisiko, geringer Lebensqualität und hoher Gesundheitskosten, besteht Bedarf an alternativen und ergänzenden Behandlungsansätzen für psychische Symptomatik. Durch ihre hohe Flexibilität, Orts- und Zeitunabhängigkeit sowie Skalierbarkeit bieten Internet- und mobilbasierte Interventionen (IMIs) eine geeignete und kosteneffektive Möglichkeit, die Versorgung von Patient*innen (im Anschluss oder während der Rehabilitation) zu verbessern (Ebert et al., 2018). Eine zentrale Herausforderung für die Integration von IMIs in die Routineversorgung ist jedoch ihre geringe Akzeptanz. Die Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (Venkatesh et al., 2003; UTAUT) stellt ein in anderen Bereichen etabliertes Modell dar, das die Akzeptanz (Nutzungsabsicht) durch Erwartungen zum Nutzen und Aufwand, soziale Unterstützung und (technische) Rahmenbedingungen vorhersagt. Geschlecht, Alter und Nutzungserfahrung werden als Moderatoren angenommen.

In dieser Studie (Philippi et al., 2021) wurde UTAUT im Kontext der digitalen Gesundheitsversorgung validiert und adaptiert, um Einflussfaktoren auf die Akzeptanz von IMIs zu identifizieren.

Methoden

Für die vorliegende Sekundäranalyse auf Basis individueller Patient*innendaten wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE, PsychINFO und Embase durchgeführt. Eingeschlossen wurden Originalstudien, die die Akzeptanz von IMIs mittels UTAUT erfassten (selbstberichtete Erwartungen zum Nutzen, zum Aufwand, soziale Unterstützung, erleichternde (technische) Rahmenbedingungen, Akzeptanz). Zusätzlich wurden Alter, Geschlecht, Interneterfahrung und Internetangst erfasst. Die Modellvalidierung wurde mittels Strukturgleichungsmodellen durchgeführt. Full Information Maximum Likelihood wurde als Schätzer eingesetzt. Zur Bewertung der Modellgüte wurden Standardmodellkriterien herangezogen (RMSEA < 0.06, SRMR < 0.08).

Ergebnisse

Zehn Originalstudien mit insgesamt N=1.588 Leistungserbringenden sowie Patient*innen mit verschiedenen somatischen und psychischen Erkrankungen wurden eingeschlossen. Die durchschnittliche Akzeptanz war gering bis moderat (M=2.82, SD=1.12, Range 1-5). Das beste Modell (RMSEA=0.035, SRMR=0.029) replizierte die Grundstruktur der UTAUT-Kernprädiktoren der Akzeptanz. Die Erwartungen zum Nutzen waren der stärkste Prädiktor (b=.68, p < .001) mit einer Varianzaufklärung von 46%. Internetangst wurde als zusätzliche Determinante der Akzeptanz identifiziert (b=-.07, p < .05) und moderierte die Effekte der sozialen Unterstützung (b=.07, p < .05) und der Aufwandserwartung (b=-.05, p < .05). Alter, Geschlecht und Interneterfahrung hatten keine moderierenden Effekte.

Diskussion und Fazit

Die geringe Akzeptanz von IMIs stellt eine zentrale Barriere für die Ausschöpfung ihres Potenzials dar. Für eine erfolgreiche Implementierung von IMIs in der Rehabilitation sollte insbesondere der zu erwartende Nutzen in den Fokus gestellt werden, beispielsweise im Rahmen der Interaktion zwischen Patient*innen und medizinischem Fachpersonal. Darüber hinaus könnte die Bereitstellung angemessener Unterstützung und Informationen sowie die Förderung des Vertrauens in die Technologie dazu beitragen, die Internetangst als mögliche weitere Barriere zu verringern. Bei vorhandener Akzeptanz können IMIs einen zentralen Beitrag dazu leisten, die (rehabilitative) Versorgung zu verbessern und Versorgungslücken bei psychischer Belastung oder Komorbidität zu schließen. Künftige Studien sollten den direkten Zusammenhang zwischen Akzeptanz und tatsächlichem Nutzungsverhalten näher untersuchen.

Take-Home-Message

Um das Potenzial von IMIs im rehabilitativen Kontext auszuschöpfen, müssen akzeptanzfördernde Faktoren - insbesondere die Erwartungen zum Nutzen - adressiert werden.

Literatur

Ebert, D. D., van Daele, T., Nordgreen, T., Karekla, M., Compare, A., Zarbo, C., Brugnera, A., Øverland, S., Trebbi, G., Jensen, K. L. K. L., Kaehlke, F., & Baumeister, H. (2018). Internet- and Mobile-Based Psychological Interventions: Applications, Efficacy, and Potential for Improving Mental Health: A Report of the EFPA E-Health Taskforce. European Psychologist, 23(2), 167–187.

Härter, M., & Baumeister, H. (2005). Psychische Komorbidität bei somatischen Erkrankungen: Prävalenz, Ätiologie und Diagnostik. Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis, 7-17.

Philippi, P., Baumeister, H., Apolinário-Hagen, J., Ebert, D. D., Hennemann, S., Kott, L., Lin, J., Messner, E.-M., & Terhorst, Y. (2021). Acceptance towards digital health interventions – Model validation and further development of the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. Internet Interventions, 26.

Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. MIS Quarterly: Management Information Systems, 27(3), 425–478.

Effektivität einer App-basierten Reha-Nachsorge mit dem Schwerpunkt Bewegungsförderung bei COPD-Rehabilitand*innen

Matthias Limbach[1]; Verena Hartung[2]; Veronika Huber[1]; Alexander Tallner[3]; Klaus Pfeifer[2]; Konrad Schultz[1]

[1] Klinik Bad Reichenhall der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd;
[2] Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg; [3] ZTM

Hintergrund und Zielstellung

Die Effekte pneumologischer Rehabilitation (PR) auf Krankheitssymptome, Lebensqualität und körperliche Leistungsfähigkeit bei Personen mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (pmCOPD) sind gut belegt (McCarthy et al., 2015). Nach einer PR gelingt es vielen PmCOPD jedoch nicht, die positiven Reha-Effekte durch langfristige körperliche Aktivität zu verstetigen (Cavalheri et al., 2016). Daher sollen Nachsorgeprogramme hier unterstützen. Die Studienlage zu deren Effektivität ist jedoch uneinheitlich, und es fehlen flächendeckende, standardisierte Angebote. Digitale, App-basierte Nachsorgeprogramme sind eine vielversprechende Möglichkeit, diese Lücke zu schließen (Spencer & McKeough, 2019). Die vorliegende Studie untersucht die Wirkung einer PR und einer anschließenden App-basierten COPD-Reha-Nachsorgemaßnahme (COPD-AReNa) mit Schwerpunkt Bewegungsförderung.

Methoden

In diese Pilotstudie wurden Rehabilitanden mit pneumologischerseits gesicherter COPD eingeschlossen, die grundlegende Internetkenntnisse und ein Smartphone besaßen. In einem Prä-Post-Design mit drei Messzeitpunkten absolvierten Studienteilnehmende eine stationäre PR in der Klinik Bad Reichenhall (KBR) und erhielten anschließend eine zwölfwöchige Smartphone-basierte Nachsorgemaßnahme. Dabei erfolgte eine persönliche therapeutische Betreuung durch das Reha-Team über eine telemedizinische Plattform (eduMovo, Zentrum für Telemedizin Bad Kissingen). Die Nachsorgemaßnahme wurde von der KBR und dem Department für Sportwissenschaft und Sport der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg gemeinschaftlich entwickelt und baute gezielt auf den Inhalten der PR auf. Sie enthielt Kräftigungs- und Ausdauertraining, Mobilisation, Monitoring und Förderung körperlicher Aktivität, sowie Edukation und Förderung bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz (BGK).

Messzeitpunkte waren Beginn (T0) und Ende der PR (T1) sowie Ende der Nachsorgemaßnahme (T2). Erhoben wurden u.a. die subjektiv berichteten Outcomes: Auswirkungen der COPD (COPD Assessment Test, CAT), Lebensqualität (St. George's Respiratory Questionnaire, SGRQ), Depressivität (Patient Health Questionnaire, PHQ), Angst (COPD-Angst-Fragebogen, CAF), Fatigue (Brief Fatigue Inventory, BFI), Intensität der Atemnot bei Belastung (Numerische Rating-Skala, NRS), Sport/körperliches Training und körperliche Aktivität im Alltag (BSA-Fragebogen), bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz (BGK-Fragebogen, (Carl et al., 2020), Teilkomponenten Bewegungskompetenz, Steuerungskompetenz, Selbstregulationskompetenz).

Die inferenzstatistische Auswertung der Rehabilitations- (T1-T0) und Nachsorge-Effekte (T2-T1) wird mithilfe des Wilcoxon Vorzeichen Rang-Test erfolgen. Aktuell ist die Datenerhebung abgeschlossen, die endgültige Analyse wird 12/2022 erfolgen. Ergebnisse werden daher vorab deskriptiv berichtet.

Ergebnisse

85 PmCOPD willigten vor Antritt der Rehabilitation postalisch zur Studienteilnahme ein, 66 davon konnten nach Überprüfung der Diagnose (T0) letztlich eingeschlossen werden. 62 beendeten die Reha (T1), 46 absolvierten die letzte Messung nach der Nachsorge (T2; Alter: 57,8±5,7; BMI: 28,8±6,3; FEV1%Soll: 51,2±16,6; FEV1%VC: 54,5±11,1; 6MWT: 425±108m). Die Dropoutrate während der Nachsorge war 26%.

Während der Nachsorge wurden 1331 Trainingseinheiten in der eduMovo Software dokumentiert (741 Kraft, 590 Ausdauer), durchschnittlich 2,1 Einheiten pro Woche und Teilnehmer. Die Tabelle zeigt deskriptiv den aktuellen Stand der Auswertung (Mittelwerte und Standardabweichungen).

Tab. 1: Outcomes

		Messzeitpunkte			**Effekte**	
Outcomes	**n**	Reha-Beginn T_0	Reha-Ende T_1	Nachs.-ende T_2	**Reha** $T_1 - T_0$	**Nachsorge** $T_2 - T_1$
1. Auswirkung der COPD (CAT) ☺ 0-40 ☹	35	21,7 (6,5)	18,3 (7,6)	17,2 (8,1)	**-3,3** (5,9)	**-1,1** (4,9)
2. Lebensqualität (SGRQ) ☺ 0-100 ☹	36	51,4 (18,8)	42,9 (21,1)	38,9 (19,9)	**-8,5** (12,6)	**-3,9** (16,0)
3. Depressivität (PHQ) ☺ 0-27 ☹	32	7,7 (4,8)	6,4 (5,2)	6,2 (4,7)	**-1,3** (4,0)	**-0,2** (4,1)
4. Angst (CAF) ☺ 0-80 ☹	29	34,0 (16,8)	29,7 (17,4)	27,3 (16,1)	**-4,2** (9,4)	**-2,4** (10,1)
5. Fatigue (BFI) ☺ 0-10 ☹	35	4,0 (2,2)	3,0 (2,1)	2,7 (2,4)	**-1,0** (1,4)	**-0,4** (1,7)
6. Atemnot bei Belastung (NRS) ☺ 0-10 ☹	36	7,6 (2,2)	6,3 (2,4)	5,3 (2,6)	**-1,3** (1,8)	**-0,9** (2,2)
7. Sport/körperliches Training (BSA) min/Woche	33	40,6 (93,6)	299,3 (257,2)	222,0 (273,8)	**+258,7** (257,6)	**-77,3** (312,4)
8. Körperliche Aktivität im Alltag (BSA) min/Woche	18	514,2 (746,5)	452,1 (641,5)	710,8 (864,4)	**-62,1** (500,8)	**+258,8** (1109,8)
9. Bewegungskompetenz (BGK) ☹ 0-100 ☺	32	41,7 (28,3)	47,3 (26,1)	60,0 (16,9)	**+5,7** (37,1)	**+12,6** (25,9)
10. Steuerungskompetenz (BGK) ☹ 0-100 ☺	32	45,1 (13,4)	56,5 (17,7)	67,0 (19,2)	**+11,4** (22,9)	**+10,5** (15,9)
11. Selbstregulationskompetenz (BGK) ☹ 0-100 ☺	33	55,7 (13,2)	64,0 (15,9)	70,7 (15,9)	**+8,3** (20,4)	**+6,7** (11,4)

Diskussion und Fazit

Nach der PR zeigten sich die Mittelwerte aller krankheitsspezifischen Outcomes (1.-6. in der Tabelle) zahlenmäßig merklich verbessert. Dieser Trend setzte sich nach der Nachsorgemaßnahme fort, wenn auch in abgeschwächter Form. Verständlicherweise konnte in der Nachsorge das Ausmaß sportlicher Aktivität (7.) verglichen zur PR nicht gehalten werden, im Vergleich zum Niveau vor der PR ist jedoch eine starke Steigerung von ca. 180 Minuten zu verzeichnen. Die Alltagsaktivität konnte durch die Nachsorge ebenfalls markant gesteigert werden. Bei der Bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (9.-11.) zeigten sich nach der Nachsorge ähnlich gute und teilweise sogar höhere Veränderungen als nach der PR.

Es bleibt jedoch der finalen Analyse vorbehalten, ob Veränderungen statistische Signifikanz erreichen werden. Da jedoch bekannt ist, dass sich gesundheitliche Effekte nach einer PR ohne Nachsorgemaßnahme rasch wieder zurückbilden (Spencer & McKeough, 2019), kann bereits die Verstetigung von Rehabilitationseffekten als Erfolg der hier eingesetzten Nachsorgemaßnahme für PmCOPD angesehen werden.

Take-Home-Message

Mit einer partizipativ entwickelten, kompetenzorientierten und Smartphone-basierten Nachsorgemaßnahme zur Bewegungsförderung kann es gelingen, Reha-Effekte bei PmCOPD zu stabilisieren und möglicherweise in Teilen sogar auszubauen.

Literatur

Carl, J., Sudeck, G., & Pfeifer, K. (2020). Competencies for a Healthy Physically Active Lifestyle: Second-Order Analysis and Multidimensional Scaling. Frontiers in Psychology, 11(558850).

Cavalheri, V., Straker, L., Gucciardi, D. F., Gardiner, P. A., & Hill, K. (2016). Changing physical activity and sedentary behaviour in people with COPD. Respirology, 21(3), 419–426.

McCarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., & Lacasse, Y. (2015). Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, 1–209.

Spencer, L., & McKeough, Z. (2019). Maintaining the benefits following pulmonary rehabilitation: Achievable or not? Respirology, 24(9), 909–915.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Führt eine online unterstützte Intervention zur Vereinbarung und Nachverfolgung von Reha-Zielen zu überlegenen Reha-Ergebnissen?

Susanne Dibbelt

Institut für Rehabilitationsforschung Norderney

Hintergrund und Zielstellung

Zur Vorbereitung der Vereinbarung und Nachverfolgung von Reha-Zielen in einem orthopädischen Heilverfahren konnten Rehabilitanden mittels eines Online-Tools auf der PREZO-Plattform www.gezielte-reha.de ihre Reha-Ziele vor dem stationären Klinikaufenthalt definieren und nach dem Aufenthalt nachverfolgen. Ausgehend von bedeutsamen Teilhabezielen konnten u.a. quantifizierte Bewegungs- und Schmerzziele definiert werden. Die intensivierte Zielabfrage war eingebettet in eine Online-Abfrage zur Krankengeschichte und zur Prozess- und Ergebnis-Evaluation der Maßnahme in einer randomisiert-kontrollierten Studie.

Methoden

Fragen zur Anamnese und Krankengeschichte wurden digitalisiert und mit Fragen zu Reha-Zielen in den folgenden Bereichen verknüpft: Teilhabe, (eingeschränkte) Bewegung, physische und psychische Gesundheit, berufliche Anliegen sowie Informationen zur Krankheit und anderen Aspekten. Die Angaben zu den Reha-Zielen floßen ein in ein Dokument Reha-Ziele PREZO in der elektronischen Patientenakte. Anhand diese Dokumentes konnten die Behandler die Reha-Ziele mit den teilnehmenden Patienten besprechen, bearbeiten und bilanzieren, d.h. Ist- und Sollwerte ändern sowie weitere Reha-Ziele eingeben.

Bei Entlassung wurden Ziele für die Zeit bis 1 Monat nach Reha mit den Behandlern vereinbart und in Reha-Ziele PREZO dokumentiert. 1 Monat nach Entlassung wurden die Teilnehmenden zu den bei Abschluss vereinbarten Zielen in einer weiteren Online-Abfrage auf der PREZO-Plattform befragt. Außerdem beantworteten die Teilnehmenden Fragen zum Gesundheitsstatus und zur Gestaltung der Website und des Onlinefragebogens.

Bei Registrierung auf der PREZO-Plattform wurden die Teilnehmer zufällig der Studien- oder der Kontrollgruppe zugewiesen. Die Studiengruppe erhielt die intensivierte Zielbearbeitung nach PREZO, während die Kontrollgruppe in Bezug auf die Reha-Ziele die übliche Praxis durchlief.

Ergebnisse

Für den vorliegenden Beitrag wurden die bis zum Tag der Einreichung vorliegenden Daten von 108 Teilnehmenden (je 54 pro Gruppe) zu den ersten beiden Messzeitpunkten (vor Reha und 1 Monat nach Reha) analysiert. Die Zielgrößen Schmerz, Mobilität, psychischer sowie beruflicher Status wurden anhand der Skalen des IRES 3, des SF36 als auch anhand selbst entwickelter Skalen erfasst.

Zur Prüfung der Hypothese(n), dass sich die intensivierte Zielbearbeitung nach PREZO überlegen auf die Zielgrößen auswirkt, wurden für alle Zielvariablen multivariate Analysen nach dem allgemeinen linearen Modell mit dem Faktoren Zeitpunkt (2) und Gruppe (2) berechnet. Diese ergaben signifikante Interaktionen der Faktoren Zeitpunkt (2) und Gruppe

(2) bei den Zielgrößen des psychischen Status (Depressivität, Ängstlichkeit) sowie bei den Indikatoren der Selbstwirksamkeit, des Krankheitswissens und der Krankheitsbewältigung. Diese Zielgrößen hatten sich zum Messzeitpunkt 1 Monat nach Reha in der Interventionsgruppe günstiger entwickelt als in der Kontrollgruppe.

Für die Zielgrößen (Reduktion der) Schmerzstärke, der Häufigkeit und Anzahl der Schmerzorte sowie der Mobilität konnte hingegen keine Überlegenheit der Interventionsgruppe nachgewiesen werden.

Organisation und Gestaltung der Webseite und des Onlinefragebogens sowie die Verständlichkeit der Fragen und Texte wurden im Mittel mit 5 von 6 Punkten positiv bewertet.

Diskussion und Fazit

Einschränkungen bei der Interpretion dieser Ergebnisse ergeben sich aus der Tatsache, dass Rekrutierung noch nicht abgeschlossen ist und bis heute nur 50% der Katamnesen der 200 geplanten Teilnehmer vorliegen. Zum anderen erscheint es sinnvoll, die Zielgrößen für die Gruppen gesondert zu analysieren, die in bestimmten Bereichen tatsächlich Probleme und Ziele angegeben haben. Diese Analyse steht noch aus.

Eine positive Auswirkung der intensivierten Zielintervention auf Indikatoren der psychischen Gesundheit, der Selbstwirksamkeit und Krankheitsbewältigung ist jedoch vollständig vereinbar mit den Modellen und Befunden der Motivationsforschung und entspricht somit den Erwartungen der Autor:innen.

Take-Home-Message

Eine intensivierte Intervention und Aplikation zur Bearbeitung von Reha-Zielen scheint zu überlegenden Ergebnissen in Bezug auf Selbstwirksamkeit und günstiger Krankheitsbewältigung von Rehabilitand:innen zu führen.

Literatur

Dibbelt, S (2022). Partizipative Reha-Ziele Online (PREZO): Auswahl, Abstimmung und Nachverfolgung von Reha-Zielen mittels eines Online-Tools. Erste Ergebnisse. Vortrag auf dem 31. Reha-Kolloquium 2022 in Münster. DRV-Schriften.

Dibbelt S, Greitemann B, Wulfert E (2021). Partizipative Reha-Ziele Online (PREZO): Auswahl, Abstimmung und Nachverfolgung von Reha-Zielen mittels eines Online-Tools. Vortrag auf dem 30. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium - Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Teilhabe und Arbeitswelt in besonderen Zeiten. Online-Kongress, März 2021.

Ullrich A, Mittag O, Garbrecht M, Dibbelt S, Glattacker M (2015). Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation (ParZivar II): Evaluation einer Intervention bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Die Rehabilitation, 54, 317-324.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung Norderney

Multiperspektivische Evaluation der Benutzerfreundlichkeit eines Telerehabilitations-Programmes

Doreen Stöhr; Alexandra Edlmayer; Stefan Gschwenter; David Felder; Martina Honegger; Martin Skoumal

Pensionsversicherungsanstalt

Hintergrund und Zielstellung

Als österreichischer Sozialversicherungsträger übernimmt die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) auch Aufgaben der Rehabilitation. In ihren 17 eigenen Rehabilitationseinrichtungen führt sie Maßnahmen durch, mit dem Ziel die Teilhabe der Patient*innen am sozialen und beruflichen Leben zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

Um den Zugang zu einer Phase III Rehabilitation für Patient*innen zu erleichtern, implementiert die PVA derzeit eine telerehabilitative Maßnahme (PV RehaTRAIN®) in Folge einer ambulanten oder stationären Phase II Rehabilitation. In einer ersten Pilotphase umfasste dieses Angebot v.a. Kraft- und Bewegungstraining sowie gesundheitsbezogene Schulungen und Arztgespräche per Videokonferenz. Zielgruppe waren zunächst Rehabilitand*innen mit Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates oder onkologischen Erkrankungen. Die erste Phase des mehrstufigen Implementierungsprozesses wurde mit dem Schwerpunkt auf Benutzerfreundlichkeit, sowohl aus Perspektive der Patient*innen als auch des involvierten Behandlungsteams, evaluatorisch begleitet.

Methoden

Die Evaluation wurde auf Grundlage eines konvergenten Mixed Methods Design (Creswell, Plano Clark, 2017) durchgeführt, um die Stärken sowohl qualitativer als auch quantitativer Forschungsansätze zu nutzen (Creswell, Creswell, 2018). Die Datenerhebung erfolgte von April 2021 bis März 2022. Die Perspektive der Patient*innen (N = 86) wurde mittels Online-Fragebogen und vertiefenden Telefoninterviews (N = 22) erhoben und jene des Behandlungsteams mittels einer Fragebogenerhebung (N = 32) sowie Fokusgruppenbefragungen (N = 24). Technische Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Telerehabilitation wurden vom Behandlungsteam laufend dokumentiert.

Ergebnisse

Als Voraussetzungen für das Gelingen der Telerehabilitation wurde eine technische Affinität aller Beteiligten, eine adäquate technische Ausstattung sowie die frühzeitige Ein-schulung des Behandlungsteams und der Rehabilitand*innen auf das Telerehabilitations-System identifiziert. Die Eignung der Telerehabilitation zur verständlichen Vermittlung und Umsetzung der Inhalte wurde vom Behandlungsteam im Wesentlichen als gut und von den Rehabilitand*innen als sehr gut bewertet. Das in der Rehabilitation Phase II Gelernte konnte im Rahmen der Telerehabilitation gefestigt werden und wurde, im Sinne der Selbstfürsorge, von den Rehabilitand*innen genutzt, um im Berufsalltag bestehen zu können. Neben einer Vollzeitbeschäftigung ist es für die Rehabilitand*innen grundsätzlich möglich, die Telerehabilitation in den Alltag zu integrieren. Insbesondere die gute Vereinbarkeit mit familiären Verpflichtungen führt zu einer hohen Akzeptanz und Adhärenz.

Diskussion und Fazit

Insgesamt wurde die Telerehabilitation in der Pilotphase für die Indikationsgruppen Bewegungs- und Stützapparat sowie Onkologie sowohl von den Rehabilitand*innen als auch vom Behandlungsteam als gut geeignetes Rehabilitationsangebot für Rehabilitand*innen mit unterschiedlichen Leistungsniveaus beschrieben. Die Umsetzung und Akzeptanz der Telerehabilitation setzt jedoch auf beiden Seiten grundlegende technische Kompetenzen und entsprechende Einschulungen voraus. Auf dieser Basis kann die Telerehabilitation zur nachhaltigen Umsetzung der Rehabilitationsinhalte in den Alltag der Rehabilitand*innen beitragen. Die Ergebnisse dieser Evaluation können zur systematischen Planung der Ausrollung und Ausweitung des Programms auf anderer Indikationsgebiete beitragen.

Take-Home-Message

Die Telerehabilitation ist eine sinnvolle, niederschwellige und benutzerfreundliche Ergänzung der traditionellen Behandlungsformate in der Rehabilitation. Mit entsprechender Einschulung eignet sie sich für Rehabilitand*innen in den Indikationsbereichen Bewegungs- und Stützapparat sowie Onkologie und unterstützt die Betroffenen, das im Rahmen einer Phase II Rehabilitation Erlernte, alltagsnahe und nachhaltig umzusetzen.

Literatur

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (5 Ausg.). SAGE Publications.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. (2017). Designing and Conducting Mixed Methods Research (3 Ausg.). SAGE Publications.

Interessenkonflikt: Die Urheber der Studie sind bei der Pensionsversicherungsanstalt angestellt.

Smart Sensing: Towards an unobtrusive health monitoring in rehabilitation?

Yannik Terhorst[1]; Isaac Moshe[2]; Kennedy Opoku Asare[3]; Lasse Bosse Sander[4]; Denzil Ferreira[3]; David C. Mohr[5]; Laura Pulkki-Raback[2]; Harald Baumeister[1]

[1] University Ulm; [2] University of Helsinki; [3] University of Oulu;
[4] Albert Ludwig University Freiburg; [5] Northwestern University

Hintergrund und Zielstellung

Smart sensing encompasses a process using digital traces from devices such as smartphones or smart watches for the prediction of health symptoms and disorders (Garatva et al., 2023): Its core is relying on a passive, unobtrusive, and objective data collection by sensors and the generation of higher-level features (e.g., distance traveled based on GPS-coordinates). Additionally, an augmentation by active user input is possible (e.g., ecological momentary assessment [EMA]). Especially, for highly prevalent but underrecognized symptoms of mental health in somatic rehabilitation (Härter & Baumeister, 2005) smart sensing may provide a

scalable and efficient diagnostic approach in rehabilitation. The present study (Moshe et al., 2021) explored whether smart sensing is suited for the prediction of depression, anxiety, stress, and burnout.

Methoden

In a longitudinal observation study, participants were continuously assessed for four weeks. Smart sensing was realized via an app ("Delphi") collecting location data (e.g., distance travelled) and smartphone usage behavior (e.g., usage time). Valence and arousal were assessed three times a day as EMA. Oura Rings were used to collect biophysiological data (e.g., heart rate variability (HRV), step count, sleep time). Depression, anxiety, and stress were assessed by the DASS-21 at baseline, 2-weeks, and 4-weeks. Analogously, the Copenhagen burnout inventory was applied for personal, work-related, and client-related burnout. Multilevel regression models with multiple imputations for missing data handling were used for analysis.

Ergebnisse

In total N = 60 participants (age: M=42.8, SD=11.6; 54.5% female) were included. Valence was related to all health outcomes but client-related burnout (depression: $b = -0.39$, $p = .001$; anxiety: $b = 0.30$, $p = .014$; stress: $b = -0.39$, $p < .001$; personal burnout: $b = -0.39$, $p = .001$; work-related burnout: $b = -0.25$, $p = .046$; client-related burnout: $b = -0.23$, $p = .067$). From sensor data location variance ($b = -21$, $p = .037$), total sleep time ($b = 0.24$, $p = .023$), and time in bed ($b = 0.26$, $p = .020$) were indicative of depression. For anxiety wake after sleep onset ($b = 0.23$, $p = .035$) and heart rate variability ($b = 0.26$, $p = .035$) were significant. Neither for stress nor for burnout sensing variables were found to be significant predictors ($p > .05$). For depression combining active EMA variables and sensing variables provided the best prediction. Sensing features provided no incremental benefit over EMA for anxiety, stress, and burnout.

Diskussion und Fazit

The present study showed that smart sensing can be used to predict depression, anxiety, stress, and burnout. Particularly a monitoring of valence via EMA seems to be well-suited to track health symptoms. Given the omnipresence of smart devices and the rapid development and integration of new sensors in daily life smart sensing could become a potential extension for diagnostics and health monitoring in rehabilitation. Its potential might be further accelerated by the application of machine learning, which has been proven to achieve high predictive performance in complex and large data (Opoku Asare et al., 2021). However, privacy and ethical challenge need to be dressed. Therefore, the present talk will be closed by a discussion on how smart sensing could be integrated in rehabilitation and which prerequisites must be established before an application in rehabilitation care (Terhorst et al., 2023).

Take-Home-Message

Smart sensing is a novel diagnostic approach enabling health monitoring and prediction using objective digital markers collected unobtrusively from smart devices (e.g., smartphones) and may augment existing diagnostic frameworks in rehabilitation.

Literatur

Garatva P, Terhorst Y, Messner E-M, Karlen W, Pryss R, Baumeister H. (2023). Smart Sensors for Health Research and Improvement. In: Montag C, Baumeister H, editors. Digit. Phenotyping Mob. Sens., vol. 2, Berlin: Springer, p. 395–411.

Härter, M., & Baumeister, H. (2005). Psychische Komorbidität bei somatischen Erkrankungen: Prävalenz, Ätiologie und Diagnostik. Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis, 7-17.

Moshe, I., Terhorst, Y., Opoku Asare, K., Sander, L. B., Ferreira, D., Baumeister, H. & Pulkki-Råback, L. (2021). Predicting symptoms of depression and anxiety using smartphone and wearable data. Frontiers in psychiatry, 12, 625247.

Opoku Asare K, Terhorst Y, Vega J, Peltonen E, Lagerspetz E, Ferreira D. (2021). Predicting Depression From Smartphone Behavioral Markers Using Machine Learning Methods, Hyperparameter Optimization, and Feature Importance Analysis: Exploratory Study. JMIR MHealth UHealth; 9:e26540.

Terhorst Y, Knauer J, Baumeister H. (2023). Smart Sensing Enhanced Diagnostic Expert Systems. In: Montag C, Baumeister H, editors. Digit. Phenotyping Mob. Sens., vol. 2, Berlin: Springer; 2023, p. 413–25.

Amortisierung gewährter medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen in Abhängigkeit des Einkommensstatus von DRV-Versicherten

Kerstin Ulbrich; Robert Gutu; Maria Weyermann

Hochschule Niederrhein

Hintergrund und Zielstellung

Die Gewährung medizinischer Rehamaßnahmen für DRV-Versicherte muss nach § 13 (1) SGB VI die Wirtschaftlichkeits- und Sparsamkeitsgebote einhalten (Bundesministerium der Justiz 2022). Hierzu stellt die DRV in ihren Reha-Berichten das sogenannte Amortisationsmodell nach Schneider (1989) dar, wonach die Kosten einer Reha-Maßnahme nach anschließender Beschäftigung durch eingezahlte Rentenbeiträge und vermiedene Zahlungen einer Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) nach durchschnittlich vier Monaten gedeckt sind (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022).

Schneider verweist bereits in seiner ersten Darstellung 1989 darauf, dass dem Modell Durchschnittswerte für Beitragszahlungen und EM-Rentenzahlungen zugrunde liegen und Geringverdienende zur Amortisierung der Rehabilitationskosten eine längere Erwerbstätigkeit nach Inanspruchnahme der Reha-Maßnahme benötigen (Schneider, 1989).

Anhand der DRV-Versichertenstichprobe zu EM-Rentenzugängen von 2001 bis 2020 soll die Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Rente“ sowie das Amortisationsmodell in Abhängigkeit vom Einkommensstatus der Versicherten dargestellt werden.

Methoden

Datengrundlage bildet der Scientific Use File „Versichertenrentenzugang – Erwerbsminderung und Diagnosen 2001 bis 2020“ (DRV FDZ, 2022). Die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation vor Gewährung einer EM-Rente in Abhängigkeit potentieller soziodemographischer Determinanten wird mittels deskriptiver Verfahren und logistischer Regression analysiert. Als potentielle Determinanten werden Alter, Geschlecht, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Wohnort, Bildung, Anforderungsniveau der Beschäftigung, Jahreseinkommen (Summe der letzten drei Jahre vor dem Leistungsfall) sowie der Rentenzahlbetrag berücksichtigt.

Zur Darstellung des Amortisationsmodells in Abhängigkeit vom Einkommensstatus der Versicherten werden die Versicherten in Quartile des Jahreseinkommens eingeteilt. In diesen vier Gruppen wird aus den mittleren Jahreseinkommen der monatliche Rentenversicherungsbeitrag geschätzt, die mittleren Rentenzahlbeträge werden als vermiedene EM-Rentenzahlungen verwendet und die durchschnittlichen Kosten einer stationären medizinischen Rehabilitation werden mit 5000 Euro angesetzt.

Ergebnisse

Der Datensatz „Themenfiles Erwerbsminderung und Diagnosen“ der Rentenversicherung beinhaltet 681.189 Versicherte, welchen zwischen 2001 und 2020 erstmals eine EM-Rente

gewährt wurde. Nach Ausschluss von Versicherten, die eine berufliche Rehabilitation erhalten oder fehlende Angabe zu relevanten Merkmalen haben, verbleiben für die weitere Analyse 661.227 Versicherte, von denen 374.114 (56,6%) keine medizinische Rehabilitation in den fünf Jahren vor Gewährung der Erwerbsminderungsrente erhielten.

Risikofaktoren für die fehlende Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation in den fünf Jahren vor Gewährung der Erwerbsminderungsrente sind höheres Alter, männliches Geschlecht, alleinlebend, ausländische Staatsangehörigkeit, Wohnort im Ausland, geringe oder unbekannte Bildung, sowie ein geringes oder unbekanntes Anforderungsprofil der Tätigkeit.

Signifikante Unterschiede für die Nicht-Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation bei EM-Renten-Beziehenden zeigen sich insbesondere beim „Einkommen in den 3 Jahren vor dem Leistungsfall“ und beim „Rentenzahlbetrag“. Während Versicherte im obersten Einkommens-Quartil (≥ 71.556€) zu 49,5% und im obersten Quartil der Erwerbsminderungsrente (≥ 860€) zu 46,4% keine medizinische Rehabilitation im 5-Jahres-Zeitraum vor EM-Rentengewährung erhielten, war dieser Anteil für Versicherte im unteren Einkommens-Quartil (≤ 8.920€) mit 72,9% (Odds Ratio: 2,7; 95%-Konfidenzintervall: 2,7-2,8) sowie für Versicherte im unteren Quartil des Rentenzahlbetrags (≤ 430€) mit 66,4% (Odds Ratio: 2,3; 95%-KI: 2,3-2,3) deutlich höher. Vergleichbare Unterschiede bestehen auch bei separater Betrachtung der einzelnen Berichtsjahre und bei Ausschluss von Versicherten, deren Reha-Antrag in einen Rentenantrag umgedeutet wurde.

Für die Versicherten in den vier Einkommens-Quartilen werden aus den mittleren Jahreseinkommen die monatlichen Rentenversicherungsbeiträge mit 13€, 105€, 274€ und 537€ geschätzt. Die mittleren monatlichen Rentenzahlbeträge in diesen vier Versichertengruppen betrugen 267€, 550€, 754€ und 1077€. Mit diesen Schätzungen amortisieren sich die Kosten einer Reha-Maßnahme von 5000 Euro nach 18 Monaten für Versicherte im unteren Einkommensquartil (1. Quartil), nach acht Monaten für Versicherte im 2. Quartil, nach fünf Monaten für Versicherte im 3. Quartil und nach vier Monaten für Versicherte im oberen Einkommensquartil.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass einkommensschwache Versicherte deutlich seltener eine medizinische Reha-Maßnahme vor der Gewährung einer Erwerbsminderungsrente in Anspruch nehmen. Aufgrund der geringeren Beitrags- und EM-Rentenzahlungen ist in dieser Versichertengruppe zur Amortisierung der Rehabilitationskosten eine erheblich längere Erwerbstätigkeit nach Inanspruchnahme der Reha-Maßnahme notwendig.

Take-Home-Message

Ein Grund für die soziale Ungleichheit bei der Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Rente“ könnte in der Schwierigkeit der Einhaltung des Wirtschaftlichkeits- und Sparsamkeitsgebotes bei der Gewährung medizinischer Reha-Maßnahmen für einkommensschwache Versicherte liegen.

Literatur

Bundesministerium der Justiz (2022): § 13 SGB 6 - Einzelnorm. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/__13.html.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2022): Reha-Bericht 2019. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2019.

DRV FDZ (2022). Scientific Use File „Versichertenrentenzugang – Erwerbsminderung und Diagnosen 2001 bis 2020" (SUF.RTZN.2001-2020.EM.1-0). https://www.eservice-drv.de/FdzPortalWeb/dynRessource?key=cpl.rtzn.2001-2020.em.eng.1-0.pdf.

Schneider M. (1989): Die Kosten-Wirksamkeit der Rehabilitation von Herzinfarktpatienten. In: Deutsche Rentenversicherung (8-9), S. 487–493.

Anwendung des Risikoindex Erwerbsminderung (RI-EMR). Wie unterscheiden sich Versicherte mit moderatem und hohem Wert?

Ines Passier[1]; Christoph Kröger[1]; Axel Kobelt-Pönicke[2]

[1] Stiftung Universität Hildesheim; [2] Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Im Jahr 2020 machte der Anteil an Neuzugängen aufgrund von Erwerbsminderung 17.5% an den Gesamtrentenzugängen aus (DRV Bund, 2022). Fast die Hälfte der Neuzugänge im Jahr 2021 war auf das Vorliegen psychischer Störungen zurückzuführen (DRV Bund, 2022). Auf dem Hintergrund des steigenden Renteneintrittsalters ab 2030 ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten zunehmen wird (Zink & Brussig, 2022).

Mit dem Ziel, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten dauerhaft zu erhalten und einer erwerbsminderungsbedingten Berentung vorzubeugen, bieten Deutsche Rentenversicherungsträger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an. Die Inanspruchnahme dieser Leistungen bedarf jedoch eines aktiven Vorgehens der Versicherten. Mehr als ein Drittel der Personen, die als Neuzugang zur Erwerbsminderungsrente zu verzeichnen sind, haben zuvor keine medizinische Rehabilitation erhalten (Kobelt et al., 2009). Kardoff et al. (2021) sehen Informationsdefizite und mangelnde Beratung als Gründe für die geringe Inanspruchnahme. An dieser Ausgangslage setzt der „Risikoindex Erwerbsminderung, RI-EMR" (Bethge, 2011) an, welcher aus routinemäßig erhobenen Daten der Deutschen Rentenversicherung berechnet wird. Über die Anwendung des RI-EMR sollen Versicherte mit erhöhtem Risiko für eine erwerbsminderungsbedingten Rentenzugang identifiziert und ein Beratungsangebot unterbreitet werden.

Methoden

Versicherte mit einem moderaten RI-EMR (40 ≤ RI-EMR ≤ 60; N= 929) und hohem RI-EMR (98 ≤ RI-EMR ≤ 100; N= 849) wurden angeschrieben und eine Beratungsleistung durch die Deutsche Rentenversicherung BS-H angeboten. Für ein Beratungsgespräch konnten sich die Versicherten mit einem bereits frankierten Rückumschlag anmelden. Zeitgleich wurden anonymisiert Fragebogendaten erhoben: soziodemographische Daten, Angaben zur aktuellen Tätigkeit und beruflichen Situation, zur subjektiven Leistungsfähigkeit sowie zu bestehenden Beschwerden. Ergänzend wurde ein Fragebogen zur Einschätzung von

Belastungen durch Kontextfaktoren sowie der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9) eingesetzt.

Ergebnisse

7,2% der Versicherten mit moderaten RI-EMR und 12,13% mit hohem RI-EMR zeigten Interesse an einem telefonischen Beratungsgespräch. Knapp die Hälfte der Beratungsanfragen in der Gruppe der Versicherten mit hohem RI-EMR führte zu einer telefonischen Beratung (N= 46). Beratungsbedarf zu medizinischen Rehabilitationsleistungen wurde nur in Einzelfällen durch die Versicherten benannt. Die Hälfte der Versicherten konnte nicht erreicht werden. Ein analoges Bild zeigt sich bei den Versicherten mit moderaten Indexwert.

Die Fragebogendaten wurden von 19.6% der Versicherten mit moderatem RI-EMR und von 28.74% der Versicherten mit hohem RI-EMR beantwortet. Versicherte mit hohem Risikoindex waren signifikant älter, mehr Personen gaben an, aktuell krankgeschrieben oder arbeitslos zu sein, die subjektive berufliche Leistungsfähigkeit wurde als geringer eingestuft. 36.5% dieser Versicherten gaben an, über einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente nachzudenken.

Beide Gruppen gaben bei der Frage nach Beschwerden am häufigsten an, unter Schmerzen, körperlichen Beeinträchtigungen sowie Depressionen zu leiden. Versicherte mit hohem RI-EMR zeigten sich in der Hälfte der erhobenen Kontextfaktoren signifikant belasteter und beeinträchtigter mit Blick auf ihre beruflichen, familiären und sozialen Lebensbereiche. Das Globalmaß der Beeinträchtigung fällt im Vergleich zur Gruppe mit moderatem Risikoindex signifikant höher aus.

Versicherte mit einem höheren Risikoindex unterschieden sich auch signifikant hinsichtlich der Schwere von Depressionen von den Versicherten mit moderatem RI-EMR.

Diskussion und Fazit

Das Beratungsangebot wurde von weniger Versicherten genutzt als erwartet. Darüber hinaus wurde die Gespräche nur in Einzelfällen zur Beratung über Rehabilitationsleistungen genutzt.

Versicherte mit hohem RI-EMR zeigten sich insgesamt belasteter als Versicherte mit moderatem RI-EMR.

Take-Home-Message

Es stellt sich die Frage, wie Versicherte mit hohem Erwerbsminderungsrisiko besser erreicht werden können, um von Beratungsangeboten profitieren zu können.

Versicherte beider Gruppen zeigen sich in den erhobenen Werten beeinträchtigt. Im Sinne eines präventiven Ansatzes mit dem Ziel des Erhalts der Leistungsfähigkeit sollten daher beide Gruppen frühzeitig passende Angebote erhalten und eine niedrigschwellige Inanspruchnahme ermöglicht werden.

Literatur

Bethge, M., Egner, U., Streibelt, M. et al. (2011). Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR). Bundesgesundheitsbl. 54, 1221–1228. https://doi.org/10.1007/s00103-011-1366-2

Deutsche Rentenversicherung Bund (2022). Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2022. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistike

n-und-Berichte/statistikpublikationen/erwerbsminderungsrenten_zeitablauf.html (abgerufen am 18.10.2022)
Kobelt, A., Grosch, E., Hesse, B., Gebauer, E., & Gutenbrunner, C. (2009). Wollen psychisch erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden?. PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 59(07), 273-280.
v. Kardorff, E., Klaus, S., & Meschnig, A. (2021). WEMRE: Wege psychisch Kranker in die EM-Rente und Rückkehrperspektiven aus der EM-Rente in Arbeit: Ansatzpunkte zu frühzeitiger Intervention in biografische und krankheitsbezogene Verlaufskurven. Abschlussbericht Januar 2021.
Zink, L. & Brussig, M. (2022): Erwerbsminderungsrente und Erwerbstätigkeit. Altersübergangs-Report 2022-01. Duisburg: Institut Arbeit und Qualifikation. Online unter https://www.unidue.de/iaq/auem-report-info.php?nr=2022-01 (abgerufen am 19.10.2022)

Post-COVID-Syndrom und Arbeitsfähigkeit: eine Studie mit über 9000 Arbeitnehmern aus der Allgemeinbevölkerung

Stefanie Braig[1]; Raphael S. Peter[1]; Alexandra Nieters[2]; Stefan O. Brockmann[3]; Jürgen M. Steinacker[4];Winfried V. Kern[4]; Dietrich Rothenbacher[1];
für die EPILOC Phase 1 Study Group

[1] Universität Ulm; [2] Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; [3] Landesgesundheitsamt, Regierungspräsidium Stuttgart; [4] Universitätsklinikum Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Die gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen gesundheitsbezogener Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion und deren Konsequenzen für die Arbeitsfähigkeit sind schwerwiegend (Peter et al. 2022). In einer deutschen Studie, die 30950 COVID-19 Patienten umfasste, lag die Prävalenz von vier- oder mehrwöchiger Krankschreibung beispielsweise bei 5.8% (Jacob et al. 2021). Die systematische Erforschung dieser Erkrankung steht aber noch in den Anfängen. Insbesondere gilt dies für die Häufigkeit, die Determinanten und den spezifischen Rehabilitationsbedarf nach COVID-19 und Post-COVID. Ziel der beschriebenen Auswertungen ist es, die Arbeitsfähigkeit von Probanden sechs bis 12 Monate nach akuter SARS-CoV-2-Infektion zu charakterisieren und assoziierte Risikofaktoren wie den Verlauf der Erkrankung zu identifizieren.

Methoden

Grundlage der Analysen ist eine multizentrische Querschnittsstudie mit Teilnehmern, die zwischen Oktober 2020 und April 2021 mit einem PCR-Test positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurden. Die Studienzentren wurden aufgrund ihrer geographischen Lage ausgewählt. Erhoben wurden sozio-demographische und berufliche Faktoren, Komorbiditäten, krankheitsbedingte Symptome und Symptom-Cluster (sechs bis 12 Monate nach der Infektion) sowie eine modifizierte Version des Work Ability Index ((van den Berg et al. 2008), mWAI). Adjustierte logistische Regressionsanalysen wurden durchgeführt mit mWAI<15. Perzentil (P15) als abhängige Variable.

Ergebnisse

Wir berichten die Ergebnisse von 9752 erwerbstätigen Teilnehmern im Alter von 18 bis 65 Jahren, mit einem mittleren Alter von 45,6 Jahren (Response der Studie 24%). Etwa 27,2% der untersuchten Population gab sechs bis 12 Monate nach der Infektion (Median 8,6 Monate) eine wiedererlangte Arbeitsfähigkeit von ≤80% im Vergleich zu vor COVID-19 an. Unter Berücksichtigung unserer Rücklaufquote (und der Annahme, dass alle Nichtteilnehmer wieder vollständig genesen waren), lag der minimal mögliche Wert der wiedergewonnenen Arbeitskapazität von ≤80% bei 5,2%. Adjustierte Modelle zeigten, dass eine ambulante medizinische Behandlung (Odds Ratio (OR): 3,6, 95% Konfidenzintervall (KI) (3,1; 4,1)), eine stationäre Behandlung (OR 3,7 (95%-KI 2,8; 4,9)) sowie die Aufnahme in eine Intensivstation während der akuten Infektion (OR 6,7 (95%-KI 4,0; 11,2)) signifikant mit einer höheren Odds von mWAI<P15 im Vergleich zu keiner Behandlung während der Infektion assoziiert waren. Ebenso Alter ≥60 Jahre versus <30 Jahre (OR 2,6 (95% KI 1,9; 3,4)). Post-COVID-Symptom-Cluster, die stark mit mWAI<P15 verknüpft sind, waren neurokognitive Beeinträchtigungen und Erschöpfung. Auch bestand eine starke Assoziation zwischen psychischen Erkrankungen vor der Infektion (OR 3.6 (95% KI 3,0; 4,3)) bzw. während/nach der Infektion (OR 8.0 (95% KI 6,1; 10,4)) und mWAI<P15. Die Ergebnisse unterschieden sich geringfügig in Abhängigkeit von den Arbeitsanforderungen der Studienteilnehmer.

Diskussion und Fazit

Unsere Resultate weisen eine hohe individuelle und gesamtgesellschaftliche Belastung durch das Post-COVID-Syndrom und eine daraus resultierende starke Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nach. Zusammenhänge von neurokognitiven Beeinträchtigungen und Erschöpfung sowie psychischen Erkrankungen und dem Post-COVID-Syndrom wurden evident und bilden einen potentiellen Anknüpfungspunkt für Rehabilitationsmaßnahmen.

Take-Home-Message

Auch unter Berücksichtigung einer geringen Response-Rate, ist mit starken gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen von Post-COVID auf die Arbeitsfähigkeit zu rechnen, dies insbesondere unter Älteren, Hospitalisierten und Infizierten mit langanhaltenden neurokognitiven Symptomen bzw. Erschöpfung.

Literatur

Jacob, L., Koyanagi, A., Smith, L., Tanislav, C., Konrad, M., van der Beck, S., Kostev, K. (2021): Prevalence of, and factors associated with, long-term COVID-19 sick leave in working-age patients followed in general practices in Germany. Int J Infect Dis. 2021;109:203–8; doi:10.1016/j.ijid.2021.06.063.

Peter, RS., Nieters, A., Kräusslich, H.-G., Brockmann, S.O., Göpel, S., Kindle, G., Merle, U., Steinacker, J.M., Rothenbacher, D., Kern, W.V, (2022): Post-acute sequelae of covid-19 six to 12 months after infection: population based study. BMJ. 2022;379:e071050; doi: 10.1136/bmj-2022-071050.

van den Berg, T.I.J., Elders, L.A.M., de Zwart, B.C.H, Burdorf, A. (2008): The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. Occup Environ Med. 2008;66:211-20; doi: 10.1136/oem.2008.039883.

Reha in der Rente – Themaverfehlung oder sinnvoll?

Birgit Senft[1]; Caroline Jaritz[2]; Doris Petz[2]; Sigurd Hochfellner[2]

[1] statistix; [2] Privatklinik St. Radegund Betriebs GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitation soll die Wiedergewinnung der Fähigkeit zur Berufsausübung steigern und die aktive Teilhabe am Leben in Familie und Gesellschaft fördern. Erwerbstätigen und arbeitslosen Personen sowie Empfängern einer Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitspension wird in Österreich eine Rehabilitation durch die Pensionsversicherungsanstalt (PV) gewährt, für Pensionist*innen (Rentenbezieher*innen) ist der Zugang durch den jeweiligen Krankenversicherungsträger möglich.

Ähnlich wie ein Kuraufenthalt kann eine Rehabilitation zur Verminderung von Risikofaktoren beitragen (Sekundärprävention) und insbesondere bei älteren Menschen helfen eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (Pensionsversicherungsanstalt [PV], 2017), vor allem, wenn eine geriatrische Rehabilitation noch nicht angezeigt ist.

In der Privatklinik St. Radegund haben in den letzten beiden Jahren zunehmend Pensionist*innen eine Rehabilitation absolviert. Zielsetzung dieser Analyse ist die Charakterisierung dieser Klientel in Hinblick auf Symptomatik, Rehabilitationserfolg und Nachhaltigkeit der Rehabilitation sowie ein Vergleich mit Rehabilitand*innen im erwerbsfähigen Alter.

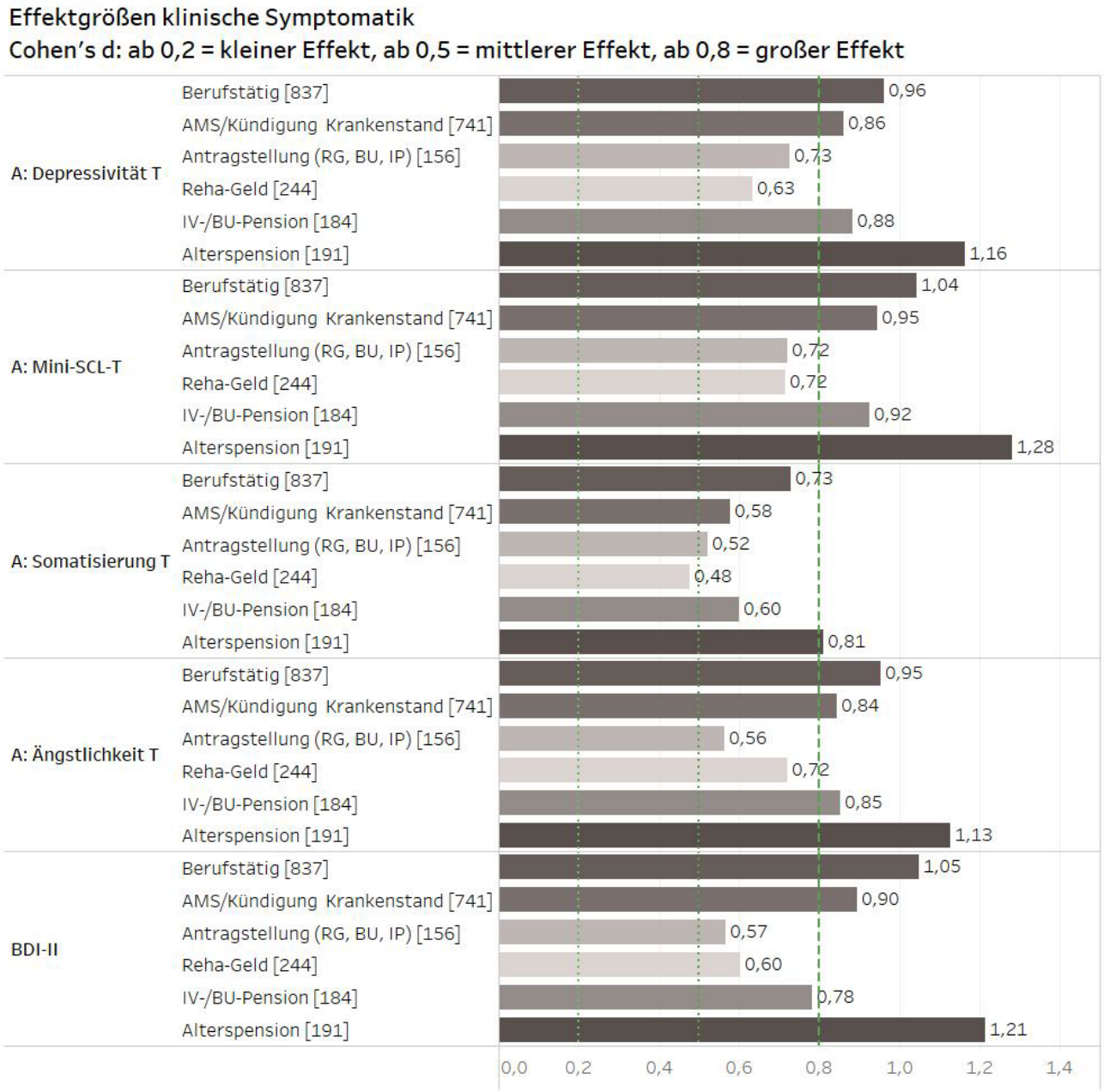
Methoden

Im Zeitraum Jänner 2020 bis Juni 2022 wurden 2.953 Heilverfahren durchgeführt, der Anteil an Pensionist*innen lag bei 8,9%. Einbezogen wurden regulär abgeschlossene Heilverfahren bei Vorliegen der Ergebnisse aus der Standardevaluation bei Beginn und Ende der Rehabilitation. Abgebrochene Heilverfahren (N=343), Fälle mit unklarem (N=27) oder sonstigem beruflichen Status (N=71) sowie mit fehlenden Daten der Patient Reported Outcomes(PROs, N=159) wurden ausgeschlossen. Die Analysestichprobe setzt sich aus 2.353 Rehabilitand*innen mit folgendem beruflichen Status zusammen: 36% berufstätig, 31% arbeitslos, 10% Reha-Geld, 8% Berufsunfähigkeitspension, 7% Antrag auf Reha-Geld oder Berufsunfähigkeitspension und 8% Alterspension. An PROs wurden das Beck Depressions-Inventar (Hautzinger, Keller F., & Kühner, 2006), das BSI-18 (Franke et al., 2017), der ICF 3F AT (Nosper, 2008) und das WHO DAS 2.0 (Üstün, Kostanjsek, Chatterji, & Rehm, 2010) vorgegeben.

Ergebnisse

In der Gruppe der Pensionist*innen finden sich mit signifikant weniger Männer (23,0%) als in der restlichen Gruppe mit 42,7% ($p < .001$) und signifikant weniger Diagnosen aus der Gruppe F4 aber mehr Diagnosen aus der Gruppe F3 ($p=.006$). Bei Rehabeginn weisen Pensionist*innen im BDI-II eine ähnliche Symptomschwere auf wie Berufstätige und geringere Beeinträchtigungen in der Selbstwirksamkeit als alle übrigen Gruppen nach beruflichem Status. Beeinträchtigungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit und in der sozialen Kompetenz sind geringer, ebenso wie in den Dimensionen der WHO DAS 2.0.

Tab. 1.: Effektgrößen



Signifikante Unterschiede zeigen sich bei den Rehabilitationszielen. Älteren Patient*innen ist die Verbesserung der körperlichen Gesundheit und des Umgangs mit privaten Belastungen sowie die Wiederaufnahme von geselligen Aktivitäten/Freundschaftspflege signifikant wichtiger, der Umgang mit beruflichen Belastungen und eine Vorbereitung auf den beruflichen Wiedereinstig sind naturgemäß weniger wichtig.

In allen PROs zeigen sich bei Pensionist*innen die größten Effekte, insbesondere in der depressiven Symptomatik im BDI-II. Die Effektgröße für Pensionist*innen liegt bei d = 1,21 obwohl sie die geringste Ausgangsbelastung aufweisen (Effektgrößen: Berufstätige d=1,05; Arbeitslose d=0,90, Reha-Geld-Bezug d=0,60, Antragstellung d=0,57, und BU/IP-Pension d=0,78).

Diskussion und Fazit

Ältere Menschen sind eine relevante Zielgruppe für die Rehabilitation, weil im Rahmen einer Kur psychische und psychiatrische Aspekte nicht hinreichend im Fokus stehen und alternative Behandlungsangebote fehlen. Zur Bewertung der Nachhaltigkeit liegen noch zu wenige Daten vor, einige Pensionist*innen geben an, dass die Therapiezeit in der Reha für sie sehr wichtig war, dass sie medikamentös gut eingestellt wurden und sich stabiler fühlen. Sie konnten Freundschaften schließen und haben erkannt, dass sie zu Hause etwas mutiger für sich selbst einstehen können und dürfen. Dafür spricht auch der große Effekt in der Skala Teilnahme am gesellschaftlichen Leben/Partizipation in der WHO DAS 2.0.

Take-Home-Message

Pensionist*innen profitieren in hohem Ausmaß von einer Rehabilitation und bereichern das Gruppensetting. Von einer signifikanten Verminderung der klinischen Symptomatik und einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität ist auszugehen, die Effekte liegen über jenen von Rehabilitand*innen im erwerbsfähigen Alter.

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.

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. DRV-Schriften, Bd 77. 127–128.

Pensionsversicherungsanstalt (2017). Medizinische Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge. Retrieved from http://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.577843&version=1487746716, Abruf: 31.10.2022

Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule; WHODAS 2.0. Geneva.

Welche Rolle spielen Gesundheitskompetenz und körperliche Gesundheit in der Beziehung von Bildungsniveau und subjektivem Rehabilitationsbedarf?

Jean-Baptist du Prel[1]; Max Rohrbacher[1]; Chloé Charlotte Schröder[1]; Hans Martin Hasselhorn[1]; Oliver Razum[2]; Jürgen Breckenkamp[2]

[1] Bergische Universität Wuppertal; [2] Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Auf Grund des demographischen Wandels altert die deutsche Erwerbsbevölkerung. Mit Renteneintritt der geburtenstarken Jahrgänge wird die Dauer des Erwerbsverbleibs zunehmend zu einer zentralen Frage bezüglich der Aufrechterhaltung der sozialen Sicherungssysteme. Medizinische Rehabilitation kann zur Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und

zum Erwerbsverbleib älterer Beschäftigter beitragen. Hierzulande muss zur Gewährung einer medizinischen Rehabilitation die Antragstellung durch die betroffene Person selbst erfolgen. Dabei kann der subjektive Rehabilitationsbedarf eine wichtige Rolle spielen. Vorangegangene Studien haben gezeigt, dass ein niedriges Bildungsniveau mit schlechterer Gesundheit, geringerer Gesundheitskompetenz und einer geringeren Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen assoziiert ist (Lampert, 2020). Vor diesem Hintergrund gehen wir der Frage nach, ob Gesundheitskompetenz und körperlicher Gesundheit eine vermittelnde Rolle zwischen dem Bildungsniveau und dem subjektiven Rehabilitationsbedarf zukommt.

Methoden

In die Analyse gingen Daten von 3.130 sozialversicherten älteren Beschäftigten der Jahrgänge 1959 und 1965 ein, die an den ersten drei Studienwellen der repräsentativen, prospektiven lidA-Kohortenstudie 2011, 2014 und 2018 teilnahmen. Der subjektive Rehabilitationsbedarf wurde durch die Frage parametrisiert, ob sich der Beschäftigte wünscht, an einer Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen. Das Bildungsniveau wurde durch eine Kombination aus schulischer und beruflicher Bildung erfasst. Gesundheitskompetenz wurde durch die „Coping mit Krankheit“-Dimension des „HQL16“ und körperliche Gesundheit durch den „PCS-SF12“ parametrisiert. Eine kausale Mediationsanalyse via Inverser-Odds-Gewichtung (engl. „inverse odds weighting“) wurde durchgeführt (Tchetgen Tchetgen, 2013). Für Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und die vorangegangene Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation wurde im Mediationsmodell adjustiert.

Ergebnisse

In der bivariaten Analyse zeigte sich ein signifikant höherer subjektiver Rehabilitationsbedarf bei älteren Beschäftigten mit geringem Bildungsniveau, unzureichender Gesundheitskompetenz und schlechter Gesundheit. Ein höherer subjektiver Rehabilitationsbedarf fand sich auch bei Frauen und Beschäftigten mit vorangegangener Rehabilitationsinanspruchnahme. Beim Vergleich von geringem mit hohem Bildungsniveau in Bezug auf subjektiven Rehabilitationsbedarf fand sich ein signifikanter partiell mediierender Effekt von Gesundheitskompetenz und körperlicher Gesundheit. Allerdings war der kombinierte Mediationseffekt von Gesundheitskompetenz und körperlicher Gesundheit niedriger als die Summe der Einzeleffekte. Bei älteren Beschäftigten mit mittlerem im Vergleich zu jenen mit hohem Bildungsniveau war nur Gesundheit, nicht aber Gesundheitskompetenz ein Mediator.

Diskussion und Fazit

Der vermittelnde Effekt von Gesundheit in der Beziehung von niedrigem Bildungsniveau und subjektivem Rehabilitationsbedarf ist wahrscheinlich partiell auf eine geringe Gesundheitskompetenz zurückzuführen. Damit wäre erklärbar, dass der kombinierte Mediationseffekt von Gesundheitskompetenz und Gesundheit niedriger ausfällt als die Summe ihrer Einzeleffekte. Die Förderung von gesundheitsbezogener Schulung hätte bei älteren Beschäftigten mit niedrigem Bildungsniveau den Vorteil, dass sie sowohl Gesundheitskompetenz als auch Gesundheit positiv beeinflussen könnte. Beides könnte den subjektiven Rehabilitationsbedarf senken. Ältere Beschäftigte mit mittlerem Bildungsniveau könnten diesbezüglich gleichfalls von solchen Gesundheitsschulungen profitieren: Über eine Änderung des Gesundheitsverhaltens könnte bei ihnen die Gesundheit positiv beeinflusst

werden, was gleichfalls einen verringerten subjektiven Rehabilitationsbedarf zur Folge hätte (Mielck, 2000).

Take-Home-Message

Der höhere subjektive Rehabilitationsbedarf bei älteren Beschäftigten mit niedrigem Bildungsniveau im Vergleich zu denen mit höherem Bildungsniveau ist zum Teil durch schlechtere körperliche Gesundheit und zum Teil durch geringere Gesundheitskompetenz erklärbar. Dabei sind Gesundheitskompetenz und Gesundheit nicht ganz unabhängig voneinander zu sehen. Gesundheitsbezogene Schulungen könnten bei älteren Beschäftigten mit niedrigem Bildungsniveau Gesundheitskompetenz und Gesundheit fördern und den subjektiven Rehabilitationsbedarf senken.

Literatur

Lampert, T. (2020): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Razum O., Kolip P. (Hrsg.) Handbuch Gesundheitswissenschaften (7. Aufl.). Weinheim Basel: Beltz Juventa. 530-559.

Mielck, A. (Hrsg.) (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit (1. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

Tchetgen Tchetgen, E. J. (2013): Inverse odds ratio-weighted estimation for causal mediation analysis. Statistics in Medicine, 32. 4567-4580.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Narkolepsie Reha: Etablierung eines Rehabilitationsmodells für krankhaft „verschlafene“ Patienten

Peter Young; Sabine Krause; Charlotte Young; Kathrin Pahlke; Thomas Rohbeck

Medicalpark Bad Feilnbach, Reithofpark

Hintergrund und Zielstellung

Die Narkolepsie (ICD G47.4) ist eine seltene Erkrankung, die als Hauptsymptom eine krankhafte Tagesschläfrigkeit aufweist. Der Erkrankungsgipfel findet sich in der 2. und 3. Lebensdekade. Die Auswirkungen des Symptoms der krankhaften Schläfrigkeit hat weiterreichende sozialmedizinische Auswirkungen für die Betroffenen, da trotz der derzeitig zur Verfügung stehenden medikamentösen Behandlungsansätze keine komplette Symptomfreiheit oder gar Heilung zu erzielen ist. Therapiekonzepte, die medikamentöse Therapieoptionen, Copingstrategien, Selbstmanagement zur Symptom-Kontrolle und psychosoziale Aspekte integrieren, fehlen national wie auch international, obwohl die Narkolepsie mit einem anerkannt erheblichen Grad der Einschränkung von Teilhabe einhergeht.

Ziel: Etablierung eines national innovativen Rehabilitationsprogramms zur Verbesserung der Teilhabe von Patienten mit Narkolepsie und als zukünftiges Rehabilitations-Modell für Erkrankungen, die mit pathologischer Tagesschläfrigkeit einhergehen (Aldrich, 1998).

Methoden

Etablierung eines integrierten Rehabilitationsprogramms mit den Komponenten: spezifische psychologische und verhaltenstherapeutische Begleitung, körperliches Training zur Regulierung um den sogenannten Schlafdruck zu regulieren, Selbstmanagement für den Bereich Schlaf-Wachregulation und Schlafedukation. Es wurden im Verlauf des Programms Narkolepsie- spezifische Parameter (Narcolepsy specific scale), Lebensqualitäts-Merkale wie (SF36) (Goswami, 2012), Depressivität (Becks Depressions Index, BDI) (Alasim u. a., 2020) und Schlafparameter mittels nächtlicher Polygraphie mit erweiterter Bestimmung der Schlafqualität erhoben.

Ergebnisse

Seit dem 1.1.2020 wurden 103 Patienten über die Deutsche Rentenversicherung mittels eines spezifischen Rehabilitationsprogramms in einer neurologisch und schlafmedizinisch ausgerichteten Rehabilitationsklinik behandelt. Signifikante Verbesserungen zeigen sich in den Bereichen Depressivität und Lebensqualität. In den Narkolepsie- und Schläfrigkeits-spezifischen Parametern lassen sich ebenfalls Verbesserungen erkennen. Die Akzeptanz des Programms ist durchgehend gut und es lässt sich deutschlandweit ein zunehmender Bedarf bei Narkolepsie-Patienten feststellen.

Diskussion und Fazit

Das hier vorgestellte innovative Modell der integrierten Rehabilitation von Patienten mit Narkolepsie ist geeignet, um für diese Patienten-Gruppe erstmalig durch spezifische Maßnahmen die Verbesserung der Teilhabe zu erreichen (Ingravallo u. a., 2012). Eine Übertragbarkeit auf andere Erkrankungen, die mit einer krankhaften gesteigerten Tagesschläfrigkeit einhergehen, ist denkbar. Zu dieser Gruppe gehören Patienten mit schlafbezogen Atmungsstörungen (insb. das obstruktive Schlafapnoesyndrom mit einer Prävalenz von 6-12%), die trotz einer Atmungstherapie keine relevante Reduktion der Tagesschläfrigkeit erreichen (Bonsignore, 2021).

Take-Home-Message

DIE innovative Narkolepsie-Reha ist geeignet die Teilhabe von Patienten mit Narkolepsie zu verbessern, da klinisch relevante Effekte auf Depressivität und Lebensqualität zu verzeichnen sind.

Literatur

Alasim, H., Salman, Al. Q., Saleh A., Abdulaziz, A., Alwalid, B., Awad, H. O., Aljohara, S. A., Fahad, D. A., Ahmad, Al. H., und Ahmed S. B. (2020). „Comorbid Psychiatric Disorders among Patients with Narcolepsy“. Sleep and Breathing 24(2). doi: 10.1007/s11325-019-01890-8.

Aldrich, M. S. (1998). „Diagnostic Aspects of Narcolepsy“. Neurology 50(2 SUPPL.1). doi: 10.1212/wnl.50.2_suppl_1.s2.

Bonsignore, M. R. (2021). „Pathophysiology of Obstructive Sleep Apnea (OSA)“. in Advances in Sleep Apnea: Detection, Diagnosis and Treatment.

Goswami, M. (2012). „Quality of Life in Narcolepsy“. Sleep Medicine Clinics 7(2).

Ingravallo, F., Gnucci, V., Pizza, F., Vignatelli, L., Govi, A., Dormi, A., Pelotti, S., Cicognani, A., Dauvilliers, Y., und Plazzi, G. (2012). „The Burden of Narcolepsy with Cataplexy: How Disease History and Clinical Features Influence Socio-Economic Outcomes“. Sleep Medicine 13(10). doi: 10.1016/j.sleep.2012.08.002.

Public Reporting von PROMs-Ergebnissen

Annabelle Neudam[1]; Alexander Mühlhause[1]; Holger Schulz[2]; Volker Beierlein[2]

[1] 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH; [2] Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Hintergrund und Zielstellung

Die Erfassung der Ergebnisqualität medizinischer Leistungen erfährt weltweit steigende Bedeutung. Hierfür werden zunehmend Patient Reported Outcome Measurements (PROM) verwendet, die den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand im Behandlungsverlauf messbar machen, Vergleiche zulassen und ein wichtiges Qualitätsmerkmal zur Beurteilung des Behandlungserfolgs darstellen (Kumpunen et al., 2014). PROMs werden in Deutschland bisher überwiegend zur internen Qualitätssicherung genutzt. Eine wachsende Bedeutung für die gemeinsame Entscheidungsfindung von Patient:innen und Ärzt:innen, die externe Qualitätssicherung, für Benchmarking sowie die Bewertung der Versorgungsqualität ist

festzustellen. Eine nationale Berichterstattung von PROM-Ergebnissen erfolgt im internationalen Vergleich lediglich in England (Ernst et al., 2021).

Public Reporting Portale weisen oft erhebliche Schwächen auf. Damit Patient:innen komplexe Ergebnisse verstehen, einordnen und eine Einrichtungsauswahl treffen können, ist gutes Informationsdesign, ein geringer Fachwortanteil und eine aggregierte Darstellung erforderlich (Sander, 2013, Sander et al., 2016).

DAS REHAPORTAL ist eine Public-Reporting-Plattform mit jährlich rund 4,6 Mio. Nutzer:innen, die seit 2013 Qualitätsergebnisse von Rehakliniken veröffentlicht und dabei u. a. jährlich knapp 60.000 Patient:innen nach der Zufriedenheit mit den Kliniken befragt. Ziel ist es, Patient:innen bei der Auswahl einer geeigneten Rehaklinik Orientierung zu geben und die Patientenautonomie zur Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts zu stärken. Das Portal fördert zudem die transparente, vergleichende Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen im Wettbewerb.

In mehreren Piloterhebungen wurde die Eignung von PROMs für die Ergebnismessung in der Rehabilitation in verschiedenen Indikationen getestet. Pojektbeteiligte sind Vertreter:innen des REHAPORTALS, des UKEs, der DRV Bund und Expert:innen aus Rehakliniken. Die Auswahl der Messinstrumente erfolgt unter Berücksichtigung von ICHOM-Empfehlungen. Die Ergebnisse wurden in die öffentliche Plattform integriert.

Methoden

Unter wissenschaftlicher Leitung des UKE sollte ein Indexwert entwickelt werden, der einen direkten Vergleich von Rehakliniken hinsichtlich der Ergebnisqualität zielgruppengerecht ermöglicht. Die Einbindung in die bestehende Bewertungsmethodik des REHAPORTALS war Voraussetzung.

Als Ergebnis wurde der Patient Reported Outcome Quality Index (ProQI) erarbeitet. Grundlage des ProQI sind die standardisierten Residuen als Ergebnis der Risikoadjustierung der Outcome-Werte: Die Residuen sind die Differenzen zwischen den beobachteten und den aufgrund der Patientenmerkmale erwarteten Outcomes zum Entlassungszeitpunkt. Je höher die durchschnittlichen Differenzen in einem Patientenkollektiv im Vergleich zu anderen Patientenkollektiven in Richtung Verbesserung abweichen, desto besser schneidet die entsprechende Rehaklinik im Benchmark ab.

Der ProQI wurde indikationsbezogen im REHAPORTAL veröffentlicht und das Nutzungsverhalten der User:innen erfasst.

Ergebnisse

Als Beispiel konnten in der Pilotphase Orthopädie, an der 24 Rehakliniken teilgenommen haben, u. a. ProQIs für den Bereich Hüft-TEP veröffentlicht werden. Diese umspannen einen Wertebereich von 75,4 bis 100,0. Dabei erreichen 10 Kliniken Werte > 90 und 11 Kliniken Werte < 90.

Der Index konnte in die Public Reporting Plattform zusammen mit Interpretationshinweisen bzgl. des ProQI für User:innen und umgangssprachlichen Krankheitsbegriffen eingebettet werden.

Diskussion und Fazit

Mit dem ProQI ist es gelungen, einen aggregierten Indexwert zu entwickeln, der eine verständliche vergleichende Darstellung der Ergebnisqualität erlaubt. Die Veröffentlichung der Ergebnisse auf der Internetplattform REHAPORTAL werden von User:innen kontinuierlich genutzt.

Aufrufe im ersten Halbjahr 2022:

- Orthopädie: 28.309 Aufrufe
- Psychosomatik: 40.747 Aufrufe
- Onkologie: 968 Aufrufe (seit März 2022 veröffentlicht)

Eine geringe Absprungrate (18 %) und mittlere Lesedauer (1:30) deuten ein großes Interesse der Nutzer:innen hin.

Die Eignung der bisher gewählten Darstellungsform der Ergebnisqualität muss durch Nutzertests weiter überprüft werden. Eventuell kann durch eine farbliche Darstellung die Differenzierung der Ergebnisse verdeutlicht und die Vändlichkeit weiter erhöht werden. Ebenso könnte untersucht werden, welchen direkten Einfluss die PROMs-Ergebnisse auf die Auswahl einer Rehaklinik haben.

Take-Home-Message

Eine vergleichende Darstellung von patientenzentrierter Ergebnisqualität ist im Sinne des Public Reporting möglich. Dabei ist die gleichsam korrekte wie laienverständliche Darstellung der Ergebnisse grundlegend. Über Plattformen mit einer hohen Sichtbarkeit können die Resultate Patient:innen niedrigschwellig zugänglich gemacht werden.

Ausblick:

Die Veröffentlichung von PROMs im REHAPORTAL wird in weiteren Indikationen fortgeführt und schrittweise in Routineerhebungen überführt. Die Ergebnisqualität wird zunehmend bedeutender Bestandteil der Gesamtbewertung der aktuell 260 ambulanten und stationären Einrichtungen im REHAPORTAL.

Literatur

Ernst, S.-C., Pross, C, Steinbeck, V. (2021). Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): ein internationaler Vergleich. Bertelsmann Stiftung, 74-85.

Kumpunen, S., Trigg, L., Rodrigues, R. (2014). Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. World Health Organization.

Sander, U. (2013). Krankenhaussuche und Klinikvergleich im Internet - 7. Hamburger KommGe.

Sander, U., Kolb, B., Christoph, C., Emmert, M. (2016). Verständlichkeit der Texte von Qualitätsvergleichen zu Krankenhausleistungen. Gesundheitswesen 2016; 78(12): 828-834. DOI: 10.1055/s-0034-1396848.

Reallabor Klinik Möhnesee: Transformation von Behandlungskonzepten in Bezug auf „Planetary Health“

Lea Dohm

KLUG - Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V.

Hintergrund und Zielstellung

Umweltfaktoren wie Klimawandel oder Covid-19 Pandemie und gesellschaftliche Umbrüche führen zu einer Zunahme von psychischer und körperlicher Belastung und bedrohen die Gesundheit und Resilienz der Menschen. Wie können Teilhabefähigkeit von Rehabilitand*innen bei sich stark wandelnden Kontextfaktoren erhalten und Vulnerabilitäten präventiv gemindert werden?

Im Rahmen des vorgestellten Projekts sollen Rehakliniken lernen, sich zügig schrittweise und multidimensional auf veränderte Kontextfaktoren wie die Klimakrise auszurichten. Ziel ist eine bessere Resilienz durch anpassungsfähigere Organisationen und adaptierte Konzepte (WHO, 2022; Whitmore-Williams et al., 2017). Zur Zielgruppe gehören dabei sowohl die Rehabilitand*innen als auch die Mitarbeitenden - im Wissen darum, dass die Klinikbeschäftigten durch ihr berufliches Handeln Kontextfaktoren mitbeeinflussen, mit Blick auf äußere Krisen die gleiche Betroffenheit erleben und hinsichtlich ihrer Bewältigungsstrategien als wirkungsstarkes Vorbild fungieren (Dohm et al., im Druck).

Ein wesentlicher inhaltlicher Schwerpunkt ist neben der Ausrichtung des Klinikbetriebs auf Klimaneutralität vor allem die inhaltliche Anpassung der Behandlungskonzepte. Die Agilität von Rehakliniken soll auf diese Weise sowohl inhaltlich und organisatorisch-institutionell erhöht werden – hin zu flexiblen, proaktiv und initiativ handelnden, Herausforderungen antizipierenden Einrichtungen. Ein erhöhter Rehabilitand*innen-Nutzen, hier ergänzt durch die gesunde Verarbeitung der äußeren Krisen, bleibt dabei stets im Fokus des Projekts (Stockholm +50, 2022; Traidl-Hoffmann et al., 2021).

Methoden

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) erprobt die Dr. Becker Klinikgruppe in der Dr. Becker Klinik Möhnesee im Rahmen eines sogenannten „Reallabors“ die Umsetzung eines auf wirksame Rehabilitation, Planetary Health und Resilienz ausgerichteten Behandlungskonzepts.

Zu diesem Zweck wird ein Konzeptpapier erarbeitet, das die bestehenden „best practices“ herausarbeitet und in Zusammenarbeit mit Expert*innen weiter ausdifferenziert, um auf diese Weise als „Wegweiser“ für mögliche Umsetzungspfade dienen zu können. Dieses Positionspapier kann über den Rahmen der Dr. Becker Klinikgruppe hinaus nutzbar gemacht werden.

Gleichzeitig werden aus den bestehenden Teams der Dr. Becker Klinik Möhnesee (Psychosomatik, Kardiologie, Pflege, Ernährung, Physiotherapie,…) sogenannte „Labs“ zusammengestellt, die fortlaufend teils fachgruppenübergreifend weitergebildet und gleichzeitig in der praktischen Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse und Ideen begleitet werden.

Der Gesamtprozess ist zunächst auf eine Dauer von ca. einem Jahr ausgelegt (siehe Abb.1).

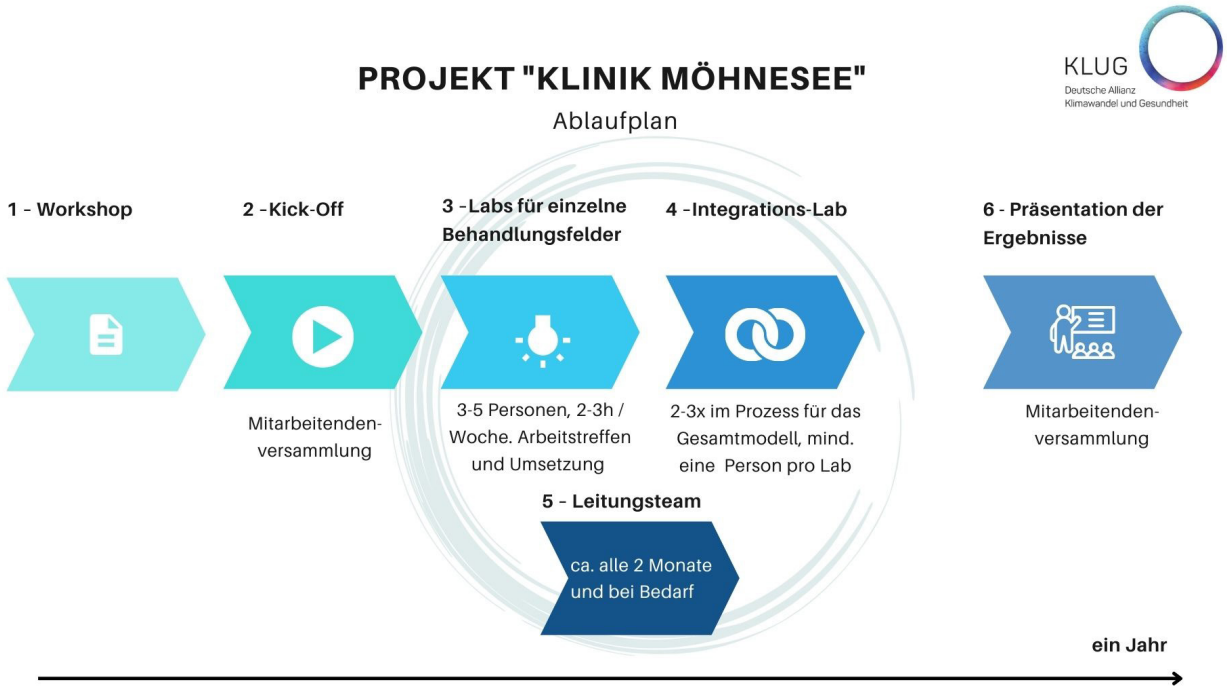


Abb. 1: Projekt „Klinik Möhnesee“ Ablaufplan

Ergebnisse

Nach einer Einführung in das Planetary Health - Konzept wurden in Interviews und Workshops mit Mitarbeitenden aus verschiedenen Behandlungsbereichen niedrigschwellige Handlungsfelder definiert, aus denen sich erste Ideen bereits in die Umsetzung überführen ließen. Gleichzeitig wurde eine Übersicht der größeren Veränderungen erstellt, die aus Sicht des Teams sinnvoll scheinen (z.B. aus den Bereichen Kommunikation, Interdisziplinarität). Ein Überblick über das Vorhaben, die ersten Ideen und Erkenntnisse aus Workshops und Interviews wurden in einer Mitarbeiterversammlung dem gesamten Klinikteam vorgestellt, Feedback eingeholt und interaktiv erweitert. Aus den bisherigen Ergebnissen formen sich die Labs für die einzelnen Behandlungsfelder.

Aus den Gesprächen mit Expert*innen wurde deutlich, dass v.a. auch eine fortlaufende Sensibilisierung der Mitarbeitenden hinsichtlich ihrer Mitbetroffenheit, der Abwägung des Individuumsfokus und dem Umgang mit Gefühlen (den eigenen und denen der Patient*innen) stattfinden muss. Zudem erscheint es sinnvoll, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken und den Behandlungsalltag beziehungs-, erfahrungs- und wertebasiert weiterzuentwickeln. Möglichkeiten der verstärkten Öffentlichkeitsarbeit werden eruiert.

Das Projekt „Dr. Becker Klinik Möhnesee“ dauert an, so dass aus den Erfahrungen vor Ort mit fortlaufend neuen Erkenntnissen gerechnet werden kann.

Diskussion und Fazit

Die gesellschaftlichen Herausforderungen aus Klimawandel und Umweltkrisen machen auch in der Rehabilitation eine aktive Mitgestaltung von Veränderungsprozessen erforderlich. Im Reallabor der Dr. Becker Klinik Möhnesee wird erprobt, wie der Rehabilitationserfolg bei sich

schnell verändernden Kontextfaktoren beziehungsorientiert und flexibel gesichert und gestärkt werden kann.

Take-Home-Message

Es ist heute eine zentrale Herausforderung des Gesundheitswesens, neben einer messbaren Emissionsreduktion das vorhandene Wissen auch in eine zukunftsweisende Transformation der Patientenversorgung zu übersetzen.

Literatur

American Psychological Association, Climate for Health & EcoAmerica (Hg.). Clyton Whitmore-Williams, S., Manning, C., Krygsman, K. & Speiser, M. (2017). Mental Health and our Changing Climate: Impacts, Implications, and Guidance.

Dohm, L., Chmielewski, F., Peter, F. & Schulze, M. (im Druck). Klimaangst und ökologischer Notfall. Psychotherapeutische Implikationen und Handlungsmöglichkeiten. In: Ärztliche Psychotherapie 1/23.

Stockholm +50 Side Event, Co-Hosted by WHO (2022): Together for a healthy, resilient, & green recovery. https://www.stockholm50.global/events/together-healthy-resilient-and-green-recovery (07.10.2022).

Traidl-Hoffmann, C. et al. (Hrsg.) (2021): Planetary Health – Klima, Umwelt und Gesundheit im Anthropozän; Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

WHO (2022). Mental Health and Climate Change: Policy Brief. https://www.who.int/publications/i/item/9789240045125 (07.10.2022).

Förderung: Marie-Luise und Ernst Becker Stiftung

Smarte Diagnostik in der Rehabilitation – RehaCAT als innovative Plattform für computer-adaptive patient-reported outcome measures

Johannes Knauer; Yannik Terhorst; Paula Philippi; Selina Kallinger; Sandro Eiler; Harald Baumeister

Universität Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Entsprechend der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation ist eine umfassende, zuverlässige und valide Diagnostik von Patient*innen zur Erfassung von Gesundheitsproblemen und deren Ursachen unabdinglich und für alle Phasen der rehabilitativen Behandlung von Relevanz (Baumeister, 2016; Härter et al., 2007). Eine flächendeckende standardisierte und ökonomische Diagnostik in der Rehabilitation stellt dabei eine zentrale Grundlage für künftige bedarfsgerechte, personalisierte und optimierte Behandlungen dar.

Gerade zeit- und ortsunabhängige digitale Plattformen für eine Erst- und Verlaufsdiagnostik könnten in der Rehabilitation eine ökonomische und ressourcensparende Erfassungsmöglichkeit bieten. Zudem ermöglichen sie erstmals die Verwendung von

Computer-adaptiven Tests (CAT), die durch eine adaptive Auswahl bestmöglicher Items Erhebungszeiten minimieren und Messgenauigkeit sowie Änderungssensitivität maximieren (Gorin et al., 2005). Für die Integration solcher Verfahren in den medizinischen Alltag bedarf es komplexer technischer Lösungen, welche weltweit bislang kaum realisiert sind und mitunter erstmals in Forschungsprojekten wie RehaCAT+ (Knauer et al., 2022) in der deutschen Rehabilitation exploriert werden.

In dem vorliegenden Beitrag zur Innovationswerkstatt soll mit allen Interessensgruppen der Rehabilitation wie z.B. Vertretern von Einrichtungen, behandelndem Personal oder Patient*innenvertretungen, über Möglichkeiten diskutiert werden, wie angesichts limitierter Ressourcen in der Rehabilitation eine reliable und valide Diagnostik implementiert werden kann.

Methoden

In dem aktuellen Forschungsprojekt RehaCAT+ wird eine open-source entwickelte, web-basierte, computer-adaptive Testplattform zur Erst- und Verlaufsdiagnostik, in orthopädischen und kardiologischen Einrichtungen implementiert und untersucht. Die Plattform beinhaltet ein einfaches Patient*innenmanagementsystem, anwenderfreundliche Befragungen für Patient*innen, ein ganzheitliches Screening von verschiedenen gesundheitlichen Dimensionen (z.B. Depression, Angst, somatische Aspekte, Teilhabe) und integriert Persuasive und UX-Design Prinzipien (z.B. Erinnerungssystem für verfügbare Befragungen), Personalisierungsmöglichkeiten, sowie die unmittelbare Bereitstellung von Ergebnisberichten. Im Kern bietet RehaCAT durch die unterschiedlichen Rollen (Mitarbeitende und Patient*innen) die Möglichkeit, effiziente Diagnostik durchzuführen und Ergebnisse direkt dem verantwortlichen Personal zur Verfügung zu stellen. Das System wird aktuell in N=12 rehabilitativen Einrichtungen implementiert und über eine Laufzeit von 24 Monaten getestet. Der Fokus liegt auf der Frage, ob RehaCAT+ Rehabilitation in Zukunft verbessern kann, indem es skalierbare, hochwertige Diagnostik ermöglicht.

Ergebnisse

In einem Vorgängerprojekt mit einer computer-adaptiven Testplattform (N=12.785 Patient*innen in der Rehabilitation) zeigten sich eine hohe Akzeptanz und Benutzerfreundlichkeit für Mitarbeitende und Patient*innen sowie sehr gute Ausschöpfungsraten der Befragungen (74-85%) (Baumeister et al., 2020).

In der aktuellen Studie stieß RehaCAT+ bisher ebenfalls auf hohe Akzeptanz und sehr positive Rückmeldungen von Patient*innenvertretung und Mitarbeitenden. In dem Beitrag werden vorläufige Ergebnisse vorgestellt.

Diskussion und Fazit

Eine digitale Diagnostik, insbesondere eine Integration von CATs, hat vielseitige Vorteile für Behandelnde und Patient*innen. Dabei bieten adaptive Fragen eine ökonomische Möglichkeit, ganzheitliche Diagnostik zu unterstützen. Die grundsätzliche Digitalisierung ermöglicht zudem automatisierte und ressourcensparende Prozesse, um Ergebnisse an relevante Beteiligte (behandelndes Personal, Patient*innen, Hausärzt*innen) weiterzuleiten. Durch Konzepte wie RehaCAT+ könnte somit eine flächendeckende und standardisierte Diagnostik in der medizinischen Rehabilitation erreicht werden. Dies ist insbesondere unter

den Gesichtspunkten von Nachsorge und Qualitätssicherung äußerst relevant. Zudem eröffnen adaptive Aspekte digitaler Plattformen die Möglichkeit von personalisierter Behandlung oder Just-in-Time Interventionen.

Take-Home-Message

Ganzheitliche Diagnostik ist von großer Bedeutung, um bedarfsgerecht zu behandeln. In diesem Zusammenhang bieten digitale Diagnostiksysteme (inklusive CATs) einen äußerst anwenderfreundlichen und ökonomischen Ansatz. Diese haben das Potential den Alltag von Patient*innen und Personal in der Rehabilitation hinsichtlich Diagnostik effizienter zu gestalten.

Literatur

Baumeister, H., (2016). Diagnostik und Indikationsstellung bei psychischen Belastungen und Störungen. Bengel, J. & Mittag, O. (Ed.): Psychologie in der medizinischen Rehabilitation (pp. 39-49). Heidelberg: Springer.

Baumeister, H., Kallinger, S., Scharm, H., Boecker, M., Forkmann, T., Wirtz, M., et al. (2020). Abschlussbericht: Implementierung einer Computer-adaptiven Erst- und Verlaufsdiagnostik zur Erfassung der funktionalen Gesundheit in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation (DRV-Bund gefördert); 1–124.

Gorin, J., Dodd, B., Fitzpatrick, S., Shieh, YY. (2005). Computerized Adaptive Testing With the Partial Credit Model: Estimation Procedures, Population Distributions, and Item Pool Characteristics. Appl Psychol Meas. 29(6):433–456.

Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (2007). Psychische Störungen bei Rehabilitanden mit einer somatischen Erkrankung. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Eds.), Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen (pp. 55-69). Heidelberg: Springer.

Knauer, J., Terhorst, Y., Philippi, P., Kallinger, S., Eiler, S., Kilian, R., Waldmann, T., Moshagen, M., Bader, M., & Baumeister, H. (2022). Effectiveness and cost-effectiveness of a web-based routine assessment with integrated recommendations for action for depression and anxiety (RehaCAT+): protocol for a cluster randomised controlled trial for patients with elevated depressive symptoms in rehabilitation facilities. BMJ open, 12(6), e061259.

Interessenkonflikt: Autor*innen des Manuskripts waren teilweise an der Entwicklung von RehaCAT(+) beteiligt. HB erhielt Studienunterstützung (Drittmittel) von mehreren öffentlichen Förderorganisationen im Zusammenhang mit der Forschung zu computeradaptiven Tests und patientenberichteten Ergebnissystemen.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung - BMBF

Standardisierung des Visitationsprozesses im QS-Reha®-Verfahren

Wiebke van Rees[1]; Edith Andres[1]; Eva Maria Bitzer; Björn Broge[1]; Gwendolyn Schmitt[2]; Simone Telenga[2]

[1] aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH; [2] Pädagogische Hochschule Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

Im QS-Reha®-Verfahren, dem externen Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, dienen Visitationen primär dazu, die Angaben der Fachabteilungen zu Aspekten der Struktur- und Prozessqualität vor Ort zu validieren.

Um aussagekräftige Ergebnisse zu generieren, muss die Bewertung der Kriterien standardisiert und möglichst objektiv durchgeführt und dokumentiert werden, auch wenn mehrere Visitor*innen im Verfahren tätig sind. Dazu wurde in diesem Zyklus erstmals ein digitales Dokumentations- und Schulungskonzept implementiert, das im Folgenden beschrieben und dessen Beitrag zur Verbesserung des Visitationsprozesses diskutiert wird.

Methoden

Dokumentationskonzept: Das QS-Reha®-Verfahren umfasst für die 14 Indikationsbereiche spezifische Strukturerhebungsbögen mit ca. 150 Merkmalen pro Bogen. Die Fachabteilungen dokumentieren diese Merkmale digital in einer eigens dafür programmierten Plattform (sog. Extranet). Durch einen mobilen Online-Zugang können die Visitor*innen unmittelbar während der Visitation diese Eintragungen aufrufen, vor Ort abgleichen und ggf. bestehende Abweichungen direkt online vermerken bzw. korrigieren. Es erfolgt ein automatischer Abgleich der Kriterien in Echtzeit, sodass den Visitor*innen die Ergebnisse unmittelbar bereits am Tag der Visitation zur Verfügung stehen und sie diese im Abschlussgespräch den Fachabteilungen präsentieren und mit diesen diskutieren können. Bei fehlender Internetverbindung steht den Visitor*innen die bisherige Paper-Pencil-Methode zur Verfügung.

Die Erstellung des Visitationsberichts erfolgt auf der Grundlage des Abgleichs und einem strukturierten Formular im Extranet, in das die Visitor*innen ihre Beobachtungen und Bewertungen dokumentieren. Anschließend haben die Fachabteilungen sechs Wochen Zeit, eine Stellungnahme abzugeben. Nach Ablauf der Frist steht der Visitationsbericht den Fachabteilungen final im Extranet zur Verfügung.

Schulungskonzept: Dieses beinhaltet insgesamt vier digitale Workshops: vor (W1 & W2), während (W3) und nach Abschluss aller Visitationen (W4) mit einer Dauer jeweils zwischen 90 und 180 Minuten. Teilgenommen haben die Visitor*innen sowie Vertreter*innen der unabhängigen Auswertungsstelle. W1 und W2 diente der „Kalibrierung“ der Visitor*innen sowie der Schulung im Umgang mit dem Online-Formular und der Berichterstellung, W3 dem internen Austausch über technische und inhaltliche Aspekte und W4 einem den Zyklus abschließenden Resümee. Zudem bestand jederzeit die Möglichkeit sich bei Fragen an die unabhängige Auswertungsstelle zu wenden.

Die Fachabteilungen wurden gebeten, den Visitationsprozess nach Abschluss der Visitation anonym über einen standardisierten Evaluationsbogen zu bewerten.

Ergebnisse

Im 4. Zyklus des QS-Reha®-Verfahrens wurden zwischen November 2021 und Juli 2022 81 zufällig ausgewählte Fachabteilungen von sechs erfahrenen Visitorinnen (u.a. DIN EN ISO, EPA (Europäisches Praxisassessment), QS-Reha®) visitiert.

Insgesamt wurden in den Visitationen durchschnittlich 123 Kriterien abgeprüft, in 3,2% wurden Abweichungen im Vergleich zu den Angaben der Fachabteilungen festgestellt (32% positive, 68% negative). 27 (33,3%) Fachabteilungen machten von der Möglichkeit Gebrauch, eine Stellungnahme zur Visitation abzugeben. In diesen thematisierten die Fachabteilungen insgesamt 41 Aspekte. Kritische Äußerungen betrafen insbesondere die in diesem Zyklus erstmalig ausgewiesenen dialogrelevanten Kriterien, die bei Nicht-Erfüllung einen Qualitätsdialog auslösen (n=8 Facharztqualifikation, n=4 geeigneter Ort zur Notfallversorgung, n=2 Mehrkanal-EKG). Weitere thematisierte Aspekte waren Kooperationsverträge (n=7) und die personelle Ausstattung (n=5). In einem Viertel (n=10) der Stellungnahmen bedankten sich die Fachabteilungen explizit für die konstruktive Visitation.

In den Evaluationsbögen (Rücklauf n=59, 72,8%) bewerteten die Fachabteilungen die Visitationen insgesamt gut (n=49 „stimme völlig zu“, n=10 „stimme eher zu“) und stimmten der Aussage, dass die Strukturkriterien sachlich korrekt überprüft wurden, „völlig“ (n=57) bzw. „eher“ (n=2) zu.

Auch die Rückmeldungen der Visitorinnen in den Workshops waren überwiegend positiv. Der digitalisierte Visitationsprozess mit unmittelbar angegliederter Berichterstellung stellte eine Arbeitserleichterung dar. Insbesondere die Nachbereitungszeit sei durch die Möglichkeit Anpassungen während der Visitation im Extranet vornehmen zu können, deutlich geringer gewesen. Erfreulich war auch, dass in nahezu allen Fachabteilungen eine flächendeckende Internetverbindung zur Verfügung stand, sodass nur wenige Visitationen in der Form Paper-Pencil durchgeführt werden mussten. Vereinzelt berichteten die Visitorinnen von technischen Problemen (z.B. automatisches Ausloggen). Durch die Workshops konnten zudem unpräzise Formulierungen identifiziert und ein gemeinsames Verständnis für die Strukturkriterien geschaffen werden.

Diskussion und Fazit

Bis auf wenige Ausnahmen funktionierte das Extranet problemlos. Die Akzeptanz für dieses innovative Vorgehen in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation war sowohl bei den Visitorinnen als auch visitierten Fachabteilungen hoch. Die Schulungen unterstützten ein einheitliches Vorgehen und damit zuverlässige Ergebnisse. Die Kombination aus digitalem Dokumentations- und Schulungskonzept stellt somit ein gelungenes Beispiel der Digitalisierung der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation dar.

Take-Home-Message

Das digitale Dokumentations- und Schulungskonzept führt zu einer Standardisierung des Visitationsverfahrens, macht dieses unabhängiger von der Person der Visitor*in und ermöglicht eine unmittelbare, transparente Ergebnisdarstellung.

Literatur

-

Förderung: GKV-Spitzenverband

Verbundvorhaben Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige (PuRpA) – Konzeptentwicklung und -erprobung

Martina Brinker[1]; Nele Marie Buschsieweke genannt Großeotto[1]; Alexandra Hirschmann[1]; Martina Böhler[2]; Verena Ising-Volmer[3]; Christa Büker[1]; Norbert Seidl[1]

[1] Fachhochschule Bielefeld; [2] AW Kur und Erholungs GmbH, Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Westliches Westfalen e.V.;
[3] Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V., Stiftung Wohlfahrtspflege NRW

Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland gelten 4,1 Millionen Menschen als pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuch XI. Die überwiegende Mehrzahl (ca. 80%) wird zu Hause durch Familienangehörige versorgt, davon wiederum zwei Drittel ohne Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst (Statistisches Bundesamt, 2020). Ein Großteil der pflegenden Angehörigen ist gesundheitlich beeinträchtigt und physisch sowie psychisch belastet (Bom et al., 2019). Daher ist es bedeutsam, die Gesundheit und Pflegefähigkeit von Angehörigen zu stärken. Aktuell fehlen praxis- und wissensbasierte Konzepte, die helfen können, diese Pflegearrangements langfristig zu erhalten. Vor diesem Hintergrund verfolgt das Verbundvorhaben PuRpA in drei Modellprojekten das Ziel, nutzer*innenorientierte und modular aufgebaute Konzepte für pflegende Angehörige zu entwickeln, zu erproben und zu validieren. Die Erprobung erfolgt aktuell in kooperierenden Einrichtungen und Standorten in NRW.

In Modellprojekt 1 handelt es sich um ein speziell an den Belastungen pflegender Angehöriger ausgerichtetes Rahmenkonzept für die stationäre Vorsorge/Rehabilitation, das sich in das bestehende stationäre Angebot integrieren lässt. In Modellprojekt 2 geht es um ein Case Management-Konzept für pflegende Angehörige sowie ein Curriculum für die Qualifizierung zum/zur Case Manager*in für pflegende Angehörige. Das Rahmenkonzept in Modellprojekt 3 thematisiert Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen, die parallel zur Vorsorge/Rehamaßnahme des/der pflegenden Angehörigen stattfinden. Die Konzeptentwicklungen der Modellprojekte 1 und 2 erfolgen durch die AW Kur und Erholungs GmbH, das Konzept von Modellprojekt 3 wird durch den Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V. entwickelt. Die wissenschaftliche Begleitung wird von der Fachhochschule Bielefeld durchgeführt. Gefördert wird das Verbundvorhaben durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW.

Methoden

Konzeptentwicklung Die Rahmenkonzepte wurden in Anlehnung an die Medical Research Council Guidance erstellt (Craig et al., 2008). Zunächst wurden internationale, systematische Literaturrecherchen durchgeführt. Zudem fanden Fokusgruppen oder Interviews mit

Nutzer*innen sowie mit Expert*innen statt. In Modellprojekt 2 wurde eine zusätzliche Fokusgruppe zur Curriculumsentwicklung durchgeführt. Validierung Um die Nutzer*innenorientierung und die Machbarkeit der Rahmenkonzepte zu überprüfen, werden die pflegenden Angehörigen in einem vorexperimentellen Prä-Post-Design durch Fragebögen und Telefoninterviews zu der Maßnahme befragt. Hierbei werden Hinweise zur Umsetzung und Akzeptanz der Konzepte generiert, um diese abschließend zu überarbeiten. Die schriftliche Befragung erfolgt zu zwei Zeitpunkten (t0 und t1) – zu Beginn (Modellprojekt 2) bzw. vier Wochen vor der Maßnahme (Modellprojekte 1 und 3) und vier Wochen nach der Maßnahme. Zudem wird im Rahmen eines Assessments die Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person zu Beginn und zum Abschuss des Aufenthaltes erfasst (Modellprojekt 3).

Ergebnisse

In Modellprojekt 1 nahmen 130 pflegende Angehörige an der t0 Befragung und 53 pflegende Angehörige an der t1 Befragung teil. Die Zufriedenheit mit der speziellen Ausrichtung der Maßnahme ist gut. Als hilfreich wird die Ermutigung zu mehr Selbstfürsorge und die Darstellung der gesetzlichen Ansprüche empfunden. Zu verbessern ist aus Sicht der pflegenden Angehörigen der Umfang der psychologischen Betreuung. In Modellprojekt 3 nahmen 66 pflegende Angehörige an der t0 Befragung und 35 pflegende Angehörige an der t1 Befragung teil. Ein Assessment wurde bei 69 pflegebedürftigen Personen durchgeführt. Die Tandem-Maßnahme wird überwiegend von zumeist älteren (Ehe-)Paaren genutzt, für die eine zeitgleiche Versorgung der pflegebedürftigen Person eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme darstellt. Pflegende Angehörige wünschen sich eine bedarfsgerechte Gestaltung der Begleitangebote und eine umfassende Information über die Inhalte. In Modellprojekt 2 wurde die Schulung für Case Manager*innen für pflegende Angehörige im Frühjahr 2022 durchgeführt. Da das Konzept eine mehrmonatige Begleitung pflegender Angehöriger vorsieht, liegen aktuell noch keine Ergebnisse zur Validierung vor.

Diskussion und Fazit

Um die gesundheitliche Benachteiligung pflegender Angehörigen zu verringern, bedarf es Strategien zu ihrer Entlastung. Dazu gehören Angebote der stationären Vorsorge/Rehabilitation, für die sich viele pflegende Angehörige eine zeitgleiche Versorgungsmöglichkeit der pflegebedürftigen Person wünschen. Auch im ambulanten Sektor bzw. als Vor- und Nachsorge im Rahmen einer stationären Vorsorge/Rehabilitation wünschen sich pflegende Angehörige eine*n persönliche*n Ansprechpartner*in zur Unterstützung und Begleitung.

Take-Home-Message

Entsprechende Konzepte müssen auf die Bedürfnisse des Tandems (pflegende Angehörige und pflegebedürftige Person) ausgerichtet sein. Die Entwicklung und Umsetzung passgenauer Konzepte gehören zu den Aufgaben aller Akteure in der Versorgungsgestaltung: Politik, Kostenträger, Institutionen und Wissenschaft.

Literatur

Bom, J., Bakx, P., Schut, F., van Doorslaer, E. (2019): The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. The Gerontologist, 59(5). e629–e642.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M. (2008): Medical Research Council Guidance. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. British Medical Journal, 29. 337:a1655.

Statistisches Bundesamt (2020): Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade 2019. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html, Abruf: 27.10.2022.

Förderung: Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen

Chancen in Anpassungsbedarfen erkennen – praktische Beispiele am SEMRES-Projekt

Lea Jürgens; Knut Tielking; Christina Diekhof

Hochschule Emden-Leer

Hintergrund und Zielstellung

Seit 2012 werden trotz steigender Zahlen von Menschen mit Suchterkrankung immer weniger Rehabilitationsbehandlungen beantragt (vgl. DRV, 2021). Deshalb ist davon auszugehen, dass es eine Unterversorgung zur Behandlung von stoffgebundenen (vgl.Schwarzkopf et al., 2021) und stoffungebundenen (Meyer, 2022) Abhängigkeitserkrankungen gibt, die sich in der Inanspruchnahme von Rehabilitations- und Präventionsangeboten zeigt. Beispielsweise beträgt die Zeit zwischen der Entstehung einer Alkoholabhängigkeitserkrankung und dessen Behandlung im Durchschnitt zehn Jahre (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2021). Da ein verlängerter Substanzkonsum neben neurologischen Veränderungen auch dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster zur Folge hat, ist von einer Chronifizierung der Erkrankung über einen solch langen Zeitraum auszugehen (Stavro et al., 2020). Somit sind Maßnahmen, die Betroffene frühzeitig identifizieren, ansprechen und motivieren, von zentraler Bedeutung.

Ziel des SEMRES-Projektes ist es, Menschen mit Suchtproblemen frühzeitig zu erreichen und durch niedrigschwellige Zugangswege in passende Präventions- und Behandlungsleistungen zu lotsen und somit die Inanspruchnahme von Präventions- und Rehabilitationsangeboten zu stärken. Es geht darum, chronische Erkrankungen vorzubeugen, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, einer drohenden (Teil-)Erwerbsminderung entgegenzuwirken sowie die soziale und berufliche Teilhabe der Betroffenen zu verbessern. Als Zielgruppe sind Menschen mit zu erwartenden oder beginnenden Rehabilitationsbedarfen sowie Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen definiert, die über 18 Jahren sind und in den letzten vier Jahren keine Erfahrungen mit der Entwöhnung im Rahmen der Sucht-Rehabilitation gemacht haben.

Die frühzeitige Intervention wird durch innovative Bausteine umgesetzt. Zum einen steht die Etablierung von so genannten Rehalots*innen im Fokus, die zur Koordination, Information und Motivation beitragen und der Deutschen Rentenversicherung gegenüber den Versicherten durch persönliche Beratung "ein Gesicht verleihen". Zum anderen sind die Vernetzungsaktivitäten in vielfältigen Settings und die Vermittlung in einen Sucht-Rehakompass (SRK) als zweitägiges Assessment in der Fachklinik Weser-Ems in Oldenburg sowie im RehaCentrum Alt-Osterholz in Bremen als Innovationen zu betrachten.

Methoden

Das SEMRES-Projekt wird wissenschaftlich durch die Hochschule Emden/Leer begleitet. Die Studie umfasst qualitative und quantitative Teile. Untersucht werden die Teilnehmenden am

SRK als Interventionsgruppe und Menschen mit Suchtproblemen, die eine herkömmliche Suchtberatung aufsuchen als Kontrollgruppe. Die Daten werden in beiden Untersuchungsgruppen quantitativ zu drei Zeitpunkten gemessen. Eine Prämessung als Erstbefragung, eine Zwischenbefragung nach der Teilnahme am SRK bzw. nach der Beratung in der Fachstelle sowie die Postmessung als Nachbefragung sechs Monate nach der Erstbefragung. Zudem werden qualitative Daten in Form von Expert*inneninterviews und Fokusgruppeninterviews erhoben und ausgewertet. Dabei werden Mitwirkende des Projektes wie die Rehalots*innen, Zugehörige der Kontrollgruppe und der Steuerungsgruppe sowie weitere Netzwerkpartner*innen befragt. Außerdem werden Interviews mit den Teilnehmenden der Interventionsgruppe während des Therapieprozesses geführt, um einen umfassenden Einblick in den Ablauf und die Akzeptanz des SRK zu gewinnen.

Ergebnisse

Nach der Implementierung der innovativen Bausteine im SEMRES-Projekt und den damit gemachten Erfahrungen wurden in der Überarbeitungsphase des Projektes Anpassungsbedarfe deutlich. Hier stand insbesondere die Steigerung des Zugangs der Zielgruppe in den SRK im Fokus. Um dieses Ziel besser zu erreichen wird der Fokus auf die Weiterentwicklung der Netzwerkarbeit gelegt, um den Kreis der Mitwirkenden zu vergrößern und einen Gewinn an Zuweisungen zu akquirieren. Zudem wurde eine sogenannte „Öffnung der Direktvermittlung“ mit der Fachstelle Sucht der Stadt Oldenburg und der Ambulanten Suchthilfe Bremen beschlossen. Hierzu werden die Rehalots*innen der Deutschen Rentenversicherung nun nicht mehr nur im Hause der DRV beraten, sondern zusätzlich in wöchentlichen Sprechstunden innerhalb dieser beiden Facheinrichtungen in den SRK vermitteln. Die Präsenz vor Ort soll helfen Hilfesuchende, die sonst auf einen Termin der Fachstelle warten müssten, durch die Beratung der Reha-Lots*innen frühzeitiger zu erreichen.

Diskussion und Fazit

Die für den Erfolg des SEMRES-Projektes so entscheidende Frage der frühzeitigeren Erreichbarkeit von Menschen mit Suchtproblemen soll im Vortrag der „Innovationswerkstatt“ entlang der innovativen Bausteine ausführlich vorgestellt werden. Dabei werden bisherige Effekte und weiter bestehende Herausforderungen in der Erreichbarkeit der Zielgruppe problematisiert und neue Lösungsansätze zur Diskussion gestellt.

Take-Home-Message

Es müssen innovative Ansätze eingeführt werden, die Menschen mit Suchtproblemen frühzeitiger erreichen und in das Hilfesystem einbinden.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2021): Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin: DRV-Bund. S.27.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2021): Jahresbericht. Berlin.

Meyer, G. (2022): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2022. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Schwarzkopf, L., Künzel, J., Murawski, M., Specht, S. (2021): Suchthilfe in Deutschland 2020. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. (DSHS). München: IFT.

Stavro, K., Pelletier, J., Potvin, S. (2020): Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. AddictBiol. S. 203-213.

Förderung: rehapro, gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Entwicklung, Erprobung und Evaluierung einer app-basierten Psychosozialen Präventionsleistung (PE³PP)

Johannes Stephan; Jan Gehrmann; Matthias Richter

Technische Universität München

Hintergrund und Zielstellung

In den letzten Jahren ist ein Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsfälle, bedingt durch psychische Störung, zu verzeichnen (Marschall et al., 2019). Damit einhergehen höhere Kosten für Kranken- wie auch Rentenversicherungen. Die OECD (2018) berichtet, dass die Kosten für psychische Erkrankungen im Jahr 2015 nach Schätzungen 4,8 % des Bruttoinlandsprodukts betrugen, was bedeutet, dass Deutschland hierbei nach Dänemark die zweithöchsten Ausgaben in Europa hat. Im Rahmen des Projekts PE³PP soll eine psychosoziale Präventionsmaßnahme, die aus einer stationären Initialphase und einer anschließenden App-gestützten Trainingsphase besteht, entwickelt werden – die zum Ziel die Stärkung und Förderung der Teilhabe von Versicherten in der Arbeitswelt hat. PE³PP wird im Rahmen des Modellvorhabens rehapro durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert und in Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV), zweier Kliniken sowie der AOK durchgeführt und durch die Technische Universität München wissenschaftliche begleitet. Das Projekt gliedert sich in eine Entwicklungs-, Erprobungs- und Evaluierungsphase, bei den es für die Phasen entsprechende Forschungsziele gibt. Ziel der Entwicklungsphase ist es, Erkenntnisse über unterschiedliche Dimensionen des Entwicklungsprozesses zu gewinnen sowie die konzeptionierte Präventionsleistung, in Bezug auf die stationäre und App-gestützte Phase, in deren Konstruktion und Inhalt zu untersuchen. In der Erprobungsphase soll die Umsetzung der Präventionsleistung gemäß den Bedarfen und Erwartungen der Teilnehmenden untersucht werden, um die Präventionsleistung zu optimieren. Anschließend wird anhand der Evaluierungsphase die Wirksamkeit sowie der Erfolg der Maßnahme untersucht.

Methoden

Für die Gesamtevaluation des Projektes PE³PP wird ein Mixed-Methods-Ansatz verwendet (Kuckartz, 2014). In der qualitativen Befragung werden, im Sinne eines Längsschnittdesigns, Expert:inneninterviews mit den beteiligten Akteuren der DRV, der teilnehmenden Kliniken wie auch der AOK geführt. Weiterhin wird in der Entwicklungsphase, im Rahmen des App-Pretests, eine Fokusgruppe mit potenziellen Präventionsleistungsempfänger*innen durchgeführt. In der Erprobungsphase werden Fokusgruppen mit den ersten Kohorten und in der Evaluierungsphase Fokusgruppen im halbjährlichen Rhythmus durchgeführt. Die qualitative Analyse der Expert:inneninterviews und Fokusgruppen erfolgt mittels qualitativer

Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015). In die quantitative Befragung werden über den gesamten Projektzeitraum bis zu 920 Präventand*innen eingeschlossen und die erhobenen Daten mittels statistischer Analyseverfahren ausgewertet.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Entwicklungsphase liefern Bedingungen und Determinanten für die erfolgreiche Entwicklung einer innovativen psychosozialen Präventionsleistung und eruiert Erfolgsbedingungen der Annahme durch die Zielgruppe. Die Ergebnisse der Erprobungsphase treffen Aussagen über die Umsetzungen der Präventionsleistung und beschreiben Chancen und Herausforderungen, die eine Optimierung der Maßnahme erlauben. Die Ergebnisse der Evaluierungsphase zeigen, neben der möglichen Wirksamkeit, Erfolgsdimensionen und Barrieren hinsichtlich der Frage auf, ob die Umsetzung der Maßnahme erreicht wird und welche Bedingungen für eine mögliche Verstetigung bestehen. Die gesamten Projektergebnisse liefern Erkenntnisse zum Themenkomplex Entwicklung einer innovativen Präventionsleistung und geben Anhaltspunkte für Chancen, Barrieren und Herausforderungen, bezüglich der Teil-Digitalisierung der Gesundheitsprävention.

Diskussion und Fazit

In diesem Projekt soll eine bessere Passung zwischen den Bedürfnissen der Versicherten und den bestehenden Leistungsangeboten geschaffen werden, indem kollaborativ eine innovative psychosoziale Präventionsmaßnahme konzipiert und umgesetzt wird. Diese Maßnahme soll die Gesundheit im beruflichen Kontext fördern und die Erwerbsfähigkeit erhalten. Um die Präventionsleistung zielgerichtet zu entwickeln und ihre Inanspruchnahme zu erhöhen, verfolgt das Projekt die folgenden Innovationen: Erstens, wird eine innovative Präventionsdienstleistung entwickelt, erprobt und evaluiert – die psychosoziale Aspekte von berufs- und beschäftigungsbedingten Teilhabestörungen in den Mittelpunkt stellt; zweitens umfasst die Intervention eine 2-wöchige stationäre Eingangsphase, an die sich eine digitale, über eine App durchgeführte, Trainingsphase von drei Monaten anschließt. Ein wesentlicher Schwerpunkt unseres Ansatzes ist, eine intensivierte therapeutische Betreuung während der stationären als auch App-gestützten Trainingsphase; drittens sollen über proaktive Zugangswege spezifische Versichertengruppen für die neue Präventionsdienstleistung gewonnen werden. Bei erfolgreichem Aufbau einer psychosozial-orientierten Präventionsdienstleistung könnte die neue Dienstleistung in das Leistungsportfolio der DRV Mitteldeutschland aufgenommen werden und eine Ausweitung der neuen Dienstleistung auf andere Rentenversicherungsträger initiiert werden. Voraussetzung für eine solche Weiterführung wäre eine entsprechende inhaltliche und formale Anpassung des Rahmenkonzepts und der Leitlinien für die Präventionsdienstleistung der DRV.

Take-Home-Message

Die kollaborative Entwicklung, Erprobung und Evaluierung einer app-gestützten psychosozialen Präventionsleistung im Rahmen des Projekts PE³PP bietet vielfältige Potentiale eine qualitativ hochwertige, zielgruppengerechte wie wirksame Intervention im Bereich von Mental Health zu konzipieren und dem Themenkomplex psychische Belastungen im Arbeitskontext wirkungsvoll zu begegnen.

Literatur

Kuckartz, U. (2014). Mixed Methods: Mehtodologie, Forschungsdesings und Analyseverfahren. Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93267-5.

Marschall, J., Hildebrandt, S. y Nolting, H.-D. (2019). DAK-Gesundheitsreport 2019. https://www.dak.de/dak/download/dak-gesundheitsreport-2019-sucht-pdf-2073718.pdf.

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (12., aktualisierte und überarb. Aufl.). Beltz Pädagogik. Beltz. http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1136370.

OECD. (2018). Health at a Glance: Europe 2018. OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/health_glance_eur-2018-en https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

KontextSucht-Begleitforschung (KSB) – Eine Intervention zur Verbesserung der stationären Entwöhnungsbehandlung für abhängigkeitserkrankte Eltern mit und ohne Begleitkinder

Ananda Stullich; Laura Hoffmann; Matthias Richter

Technische Universität München

Hintergrund und Zielstellung

Schätzungen ergeben, dass in Deutschland mindestens drei Millionen Kinder und Jugendliche mit mindestens einem abhängigkeitserkrankten Elternteil zusammenleben (Klein et al., 2017). Kinder in abhängigkeitsbelasteten Kontexten sind vielschichtigen Risiken ausgesetzt, welche beispielsweise zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung (psychischer) Erkrankungen führen (Klein et al., 2017; Moesgen et al., 2017). Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, die Versorgung abhängigkeitserkrankter Eltern zu verbessern. In der stationären Entwöhnungsbehandlung fehlen hierfür bisher evidenzbasierte Konzepte, sodass der Therapiebedarf für diese Personengruppe hinsichtlich des Themas Kinder und Familie in Deutschland nicht ausreichend gedeckt wird. Die Intervention KontextSucht soll diese Lücke schließen, um die Stabilität der Eltern (mit und ohne Begleitkinder ≤ 14 Jahren) hinsichtlich ihrer Suchterkrankung zu verbessern und infolgedessen die Gesundheit der Eltern und Kinder positiv zu beeinflussen. KontextSucht wird im Rahmen des Modellvorhabens rehapro in Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Mitteldeutschland, zwei Interventionskliniken und vier Vergleichskliniken durchgeführt und durch die Technische Universität München durch eine multizentrische Evaluationsstudie wissenschaftlich begleitet. Gefördert wird das Projekt vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Ziel der wissenschaftlichen Begleitung ist es, die Intervention in einer ersten Phase einer Machbarkeitsuntersuchung und in einer zweiten Phase einer Nutzenabschätzung zu unterziehen. Das Ergebnis der Analyse wird darauf Einfluss nehmen, ob die Intervention verstetigt wird.

Methoden

Zur Evaluation der Intervention kommt ein Mixed-Methods-Ansatz zum Einsatz. In die quantitative Befragung werden über den Evaluationszeitraum ca. 790 Rehabilitand*innen eingeschlossen. Zusätzlich werden im Rahmen einer qualitativen Untersuchung etwa 100 leitfadengestützte (Expert*innen-)Interviews geführt. An den Datenerhebungen können alle deutschsprechenden Interventionsbeteiligten teilnehmen. Die Mitarbeitenden der Interventionskliniken sind aktiv in die Entwicklung der Intervention involviert. Daher wird davon ausgegangen, dass eine hohe Teilnahmebereitschaft sowohl bei der Rekrutierung von Teilnehmer*innen als auch bei den Interviews besteht. Eine Besonderheit besteht darin, dass auch Personen aus Einrichtungen befragt werden sollen, die im Kontext der Behandlung abhängigkeitserkrankter Eltern im ambulanten Versorgungsbereich Schnittstellen bilden. In den Vergleichskliniken werden Personen teilnehmen, die Eltern von Kindern ≤ 14 Jahren sind oder sich als Personal mit dem Thema Kinder und Familie auseinandersetzen.

In der ersten Phase, der Machbarkeitsuntersuchung, werden Optimierungsbedarfe identifiziert. Dies geschieht durch die Analyse der (Expert*innen-)Interviews aus Interventions- und Vergleichskliniken sowie zusätzlicher Zielgruppenbeschreibung durch eine quantitative Erhebung. In der zweiten Phase, der Nutzenabschätzung, wird eine Längsschnittuntersuchung (qualitativ und quantitativ) mit drei Erhebungszeitpunkten (t1: Beginn der Intervention, t2: Ende der Intervention, t3: 12 Monate nach Ende der Intervention) in den Interventionskliniken durchgeführt. Zweck ist es, den mittelfristigen Nutzen der Intervention hinsichtlich der Abstinenzsicherung sowie den Veränderungen hinsichtlich des Themas Familie und Kinder zu identifizieren. Die qualitative Analyse der (Expert*innen-)Interviews erfolgt deduktiv mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2015). Die quantitativen Daten werden mittels statistischer Verfahren ausgewertet, die an die jeweilige Fragestellung angepasst werden.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Machbarkeitsuntersuchung werden genutzt, um die neue Intervention zu verbessern und durch wertvolle Bausteine, auch aus den Vergleichskliniken, zu ergänzen. Die Ergebnisse der Nutzenabschätzung treffen eine Aussage über den Nutzen der Intervention und tragen dazu bei, eine Entscheidung über die Verstetigung der Intervention über den Projektzeitraum hinaus zu treffen. Außerdem fließen alle Ergebnisse der Studie in das Konzept der Intervention ein, um bei identifiziertem Nutzen eine Erweiterung der Anwendungen in weiteren Zentren zu ermöglichen.

Diskussion und Fazit

Mögliche negative Auswirkungen von suchterkrankten Eltern auf ihre Kinder sind international unstrittig. Der daraus abgeleitete Bedarf einer evidenzbasierten Intervention im stationären Setting wird durch bisher fehlende Konzepte begründet. Im Rahmen dieser Begleitstudie wird multiperspektivisch evaluiert, inwieweit die Intervention die Situation von Familien mit Abhängigkeitserfahrung verbessert. Dieses bedarfsorientierte Vorgehen beinhaltet das Potential langfristig die Lebensqualität und Funktionalität betroffener Familien zu verbessern sowie deren Folgeerkrankungen zu reduzieren. Da alle Rehabilitand*innen durch das standardisierte Antragsverfahren der DRV in die Kliniken aufgenommen werden, kann die Intervention zukünftig auch auf andere Zentren der DRV übertragen werden.

Take-Home-Message

Kontext Sucht liefert einen Ansatz der evidenzbasierten Verbesserung der familienfokussierten, stationären Entwöhnungsbehandlung von Rehabilitand*innen mit Abhängigkeitserkrankungen.

Literatur

Klein, M., Thomasius, R. & Moesgen, D. (2017). Kinder von suchtkranken Eltern - Grundsatzpapier zu Fakten und Forschungslage. In Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Kinder aus suchtbelasteten Familien. Rostock.

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (12., überarbeitete Auflage). Beltz Verlagsgruppe.

Moesgen, D., Klein, M. & Dyba, J. (2017). Abhängigkeitserkrankungen und Elternschaft – Herausforderungen und Möglichkeiten der Hilfe. Suchttherapie, 18(02), 65–72. https://doi.org/10.1055/s-0043-103060.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Überführungsverbesserungen vom Jobcenter zur Rentenversicherung in der beruflichen Rehabilitation mithilfe eines neuartigen Screening-Verfahrens

Thomas Roßnagel; Stefan Zapfel; Bartholomäus Zielinski; Bernhard Schrauth

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hintergrund und Zielstellung

„RETURN TO LEARN“ (ELAN) ist ein Modellprojekt im Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ und verfolgt das Ziel, Langzeitarbeitslosen mit gesundheitlichen und sozialen Vermittlungshemmnissen, die in Bayern Leistungen nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) beziehen, den Zugang zur beruflichen Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung zu erleichtern und die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu verbessern. Die Zielgruppe des Projekts gilt als besonders vulnerabel, auch weil bei ihr häufig mehrere Problemlagen zusammentreffen (Kuhnert, 2021). Mit den bestehenden Gesundheits- und Rehabilitationsangeboten wird sie bisher nur schwer erreicht (Hollederer, 2021).

ELAN umfasst ein neuartiges dreistufiges Screening-Verfahren bestehend aus einem Vorscreening im Jobcenter (Stufe 1), einer einrichtungsübergreifenden Fallberatung (Stufe 2) und einem Hauptscreening im Berufsförderungswerk (Stufe 3), mit dem Rehabilitationskandidat*innen im SGB II besser als bisher erkannt werden sollen.

Methoden

Aus den neun am Modellprojekt beteiligten Jobcenterbezirken in Bayern liegen aus den ersten beiden Projektjahren sowohl qualitative als auch quantitative Datenbestände vor. Erstere umfassen neun Pretestinterviews mit Jobcenter-Mitarbeiter*innen zum Vorscreening-

Instrument, zwei Fokusgruppendiskussionen mit Jobcenter-Personal zum Verlauf des Vorscreenings, 30 teilnehmende Beobachtungen von Fallberatungen mit 94 anschließenden Kurzinterviews der beteiligten Fachkräfte, 14 problemzentrierte Interviews mit Rentenversicherungs-, Jobcenter- und BFW-Fachkräften zum gesamten Screening-Verfahren und 75 Leitfadeninterviews mit Rehabilitand*innen zu deren Wahrnehmung des Screening-Prozesses.

Auf quantitativer Ebene liegen Sekundärdaten der beteiligten Berufsförderungswerke und Jobcenter vor. Die qualitativen Daten wurden nach dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. z.B. Kuckartz, 2018) ausgewertet, die quantitativen Daten anhand deskriptiver Methoden analysiert.

Ergebnisse

Auf Stufe 1 des Screening-Verfahrens werden mithilfe eines Vorscreening-Bogens Personen im Kundenkreis der Jobcenter identifiziert, die für eine Rehabilitation in Frage kommen. Zu den Voraussetzungen gehören u.a. ein Arbeitslosengeld II-Bezug, das Vorliegen dauerhafter Gesundheitsbeeinträchtigungen und weiterer Vermittlungshemmnisse, eine Rehabilitationszuständigkeit des lokalen Rentenversicherungsträgers sowie ein angemessenes Sprachniveau.

Der zur Prüfung dieser Voraussetzungen verwendete Vorscreening-Bogen wird von den Mitarbeiter*innen der Jobcenter als klar strukturiert und gut verwendbar beschrieben. Einige der angelegten Kriterien werden von ihnen aber als besonders einschränkend kritisiert, darunter das benötigte Sprachniveau und die Erfordernisse, die mit der Zuständigkeit der Rentenversicherung als Rehabilitationsträger einhergehen.

Auf der zweiten Stufe werden die im Vorscreening identifizierten Teilnahmekandidat*innen zu einer Fallberatung eingeladen, an der neben den Rehabilitand*innen Mitarbeiter*innen des örtlichen Jobcenters, des Rentenversicherungsträgers und des BFWs teilnehmen – dieses Vorgehen konnte aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie allerdings nur regional begrenzt praktiziert werden. Die Fallberatungen erfordern hinreichende Abstimmungsprozesse zwischen den beteiligten Organisationen, fördern aber auch erkennbar die Zusammenarbeit zwischen Jobcentern, DRV und BFW.

Entscheiden sich die Beteiligten für eine Projektteilnahme, so durchlaufen die Rehabilitationskandidat*innen in der dritten Stufe des Screening-Verfahrens ein vierwöchiges Hauptscreening im BFW, bevor sie schließlich in die einjährige Hauptmaßnahme überführt werden. Im Hauptscreening wird ein eigens entwickeltes psychologisches bzw. sozialpädagogisches Instrumentarium zur Anwendung gebracht, das größtenteils positiv aufgenommen wird. Einige Rehabilitand*innen kritisieren jedoch den Umfang der durchgeführten Testungen.

Durch das Vorscreening konnten in den am Modellprojekt beteiligten Jobcenterbezirken innerhalb von zwei Projektjahren 232 Rehabilitationskandidat*innen identifiziert werden. Insgesamt wurden nach Abschluss des Screening-Verfahrens 29 % der der vorgeschlagenen Teilnehmer*innen in die Hauptmaßnahme überführt.

Die ins Projekt eingemündeten Personen sind zu 74,1 % männlich und weisen ein Durchschnittsalter von 52 Jahren auf. Der häufigste Schulabschluss unter ihnen ist der

Hauptschulabschluss, den 57,8 % der Rehabilitand*innen erlangt haben, gefolgt von der Mittleren Reife (16,9 %) und ausländischen Schulabschlüssen (14,5 %).

Diskussion und Fazit

Das vorgestellte Screening-Verfahren verbessert den Übergang vom Jobcenter zur Rentenversicherung, so dass mehr Personen, denen Rehabilitationsmaßnahmen im Zuständigkeitsbereich des SGB VI zustehen, der beruflichen Rehabilitation zugeführt werden und den betreffenden Personen neue Perspektiven bzw. Chancen zur Wiedereingliederung eröffnet werden können. Allerdings ist das Verfahren mit einem erhöhten Organisations- und Abstimmungsbedarf und damit auch mit zusätzlichen Kosten verbunden.

Das Screening-Verfahren kann prinzipiell bundesweit überall dort umgesetzt werden, wo sich Netzwerke aus Rentenversicherungsträgern, Jobcentern und Berufsförderungswerken bilden lassen.

Take-Home-Message

Das neue Screening-Verfahren verbessert die Bedarfserkennung und Überführungen zwischen den involvierten Rechtskreisen, geht aber mit einem erhöhen Ressourceneinsatz einher.

Literatur

Hollederer, A. (2021): Gesundheit und Krankheit von Arbeitslosen sowie Chancen und Grenzen arbeitsintegrativer Gesundheitsförderung. In: Hollederer, A. (Hrsg.): Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag. 12-35.

Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Kuhnert, P. (2021): Gesundheits- und beschäftigungsfördernde bei Arbeitslosigkeit – Stabilisierende Gruppen als Teil sozialraumbezogener Sozialarbeit. In: Hollederer, A. (Hrsg.): Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag. 232-264.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (rehapro)

Vorbereitung von Arbeitsmarkt(Re-)Integrationsversuch für Langzeitarbeitslose mittels Fähigkeitsprofilen

Celine-Chantal Elster; Michael Wendt; Pia Borchers; Beate Muschalla

Technische Universität Braunschweig

Hintergrund und Zielstellung

Langzeitarbeitslose haben es besonders schwer hinsichtlich der Rückkehr in eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dabei spielen u.a. der Rückgang von arbeitsrelevanten Fähigkeiten und die Fähigkeitseinschätzungen der Arbeitgeber eine entscheidende Rolle (Rebien, 2016). Durch Erfahrungen in der praktischen Tätigkeit von Reha-Fachberatern der DRV BS-H wird diese Erkenntnis bestärkt: für bestimmte Versichertengruppen gebe es keine

adäquaten Maßnahmen oder sie würden aus dem Radar verschwinden, weil sie in erschwerenden Lebenssituationen festhingen.

Im Rahmen des rehapro-Projekts LeiTAR soll eine niedrigschwellige, aufsuchende Sozialarbeit (Arbogast, 2021) den Teilnehmern helfen, die Mobilitätsbarriere zu überwinden, trotz hemmender Kontextfaktoren, wie soziale Kompetenzen und chronische Erkrankungen (Sucht, Schulden; z.B. Schäfer, 2018).

Anhand einer individuellen, fähigkeitsorientierten Bedarfsermittlung wird untersucht, welche Merkmale, insbesondere Förderfaktoren und Risiken, die Zielgruppe der Langzeitarbeitslosen mitbringt.

Methoden

Langzeitarbeitslose werden von der DRV BS-H zu einer zweimonatigen niederschwelligen, beruflichen Trainingsmaßnahme eingeladen. Die Inhalte der zweimonatigen Kleingruppen-Maßnahme werden entsprechend des bio-psycho-sozialen Modells auf individuelle Bedürfnisse abgestimmt. Mit einem non-direktiven, an persönlichen Interessen orientierten Ansatz wird bereits im persönlichen Erstgespräch und Diagnostik der Einbezug der lebensweltorientierten, subjektiv relevanten Alltagsumstände ermöglicht. Dadurch ist eine Erhöhung der Motivation zu erwarten, da die Teilnehmenden stärker eingebunden werden (Arbogast, 2021). Neben soziodemografischen Daten werden zu Beginn der Maßnahme kognitive Fähigkeiten (Intelligenz, Konzentration), körperliche und psychische Belastungen, sowie Arbeitsbewältigungsfaktoren erfasst.

Im Fokus steht das Mini-ICF-APP(-S), welches mit 13 Dimensionen der arbeitsbezogenen Fähigkeitsevaluation dient und im Sinne einer Verlaufsbeobachtung zu drei Messzeitpunkten im Maßnahmenverlauf erhoben wird: Prä-, Post- und Follow-Up Messung (Linden et al., 2009, 2015, 2018). Entsprechend der Zielgruppe Langzeitarbeitslose werden als Referenzkontext ungelernte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes definiert. Hierbei wird die Hotel-Metapher genutzt: Jeder Mensch könnte anhand seiner bisherigen Lebens- und Berufserfahrung und Ausbildung(en) an irgendeiner Position in einem Hotel eingesetzt werden. Auch ungelernte Tätigkeiten, wie bspw. Küchenhilfe, Handwerksassistenz, Reinigung und Rezeptionshilfe, stellen vielfältige Fähigkeitsanforderungen und können daher gut für eine individuelle Exploration des Fähigkeitsprofils genutzt werden.

Ergebnisse

Es sollen prototypische Fallkonstellationen aus der Gesamtheit von etwa 250 Teilnehmern identifiziert werden, die Förderfaktoren und Risiken für den beruflichen Wiedereinstieg veranschaulichen. Gleichzeitig sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welche Voraussetzungen und Fähigkeitsprofile Langzeitarbeitslose haben, die von beruflichen Rehamaßnahmen profitieren können und mit welchem Integrationsziel dies geschehen kann.

Wir geben einen Einblick in erste Ergebnisse zu Fähigkeitsprofilen eines Pilotdurchgangs der Maßnahme (n = 5 Teilnehmende).

Diskussion und Fazit

Die prototypischen Arbeitsfähigkeitsprofile im vielfältigen Spektrum der „Arbeitslosen“ stellen ein praktisches Projektergebnis dar, welches neue, epidemiologienahe Daten einer bislang nicht hinreichend untersuchten Population liefert. Weisen Langzeitarbeitslose in ihren

arbeitsrelevanten Fähigkeiten wesentliche Beeinträchtigungen auf? Welche bislang unbekannten Potenziale haben sie, um dennoch wiedereingegliedert zu werden, und unter welchen Bedingungen ist dies möglich?

Take-Home-Message

Mittels Fähigkeitsprofilen im Sinne des Mini-ICF-APP können prototypische Fallgruppen beschrieben werden. Das Fähigkeitsprofil eines Teilnehmers liefert Aufschluss darüber, welche Tätigkeiten zu den Fähigkeitsprofilen der Teilnehmer passen könnten. Aufgrund ihrer langjährig fehlenden beruflichen Erfahrung können bei Langzeitarbeitslosen „Anlerntätigkeiten in einem Hotel“ als Referenzkontext genutzt werden.

Literatur

Arbogast, M. (2021). Aufsuchende Soziale Arbeit als sozialräumliche und lebensweltorientierte Schadensminderung. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera, Soziale Arbeit und Sucht, 175- 192. Wiesbaden: Springer Verlag.

Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2009, 2015). Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

Linden, M., Keller, L., Noack, N. & Muschalla, B. (2018). Die Selbstbeurteilung von Fähigkeiten und Fähigkeitsbeeinträchtigungen im Kontext psychischer Erkrankungen: Das "Mini-ICF-APP-S". Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 31(101). 14-22.

Rebien, M. (2016). Langzeitarbeitslose aus Sicht der Betriebe. Fit genug für den Arbeitsmarkt? (IAB-Forum, Hrsg.) Langzeitarbeitslosigkeit und Langzeitleistungsbezug, 297. 18-25. doi: 10.3278/IFO1601W018.

Schäfer, H. (2018). Langzeitarbeitslosigkeit: Entwicklung, Ursachen und Lösungsansätze. IW-Policy Paper, (6).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Barrieren für bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung als Gefährdung von Teilhabe und Selbstbestimmung

Cornelia Weiß[1]; Jana Stucke[2]; Thorsten Meyer[1]

[1] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; [2] Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Menschen mit schweren geistigen oder mehrfachen Behinderungen sind regelhaft auf eine bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln angewiesen, um ihre Chance auf gleichberechtigte Teilhabe an allen Lebensbereichen zu wahren (BMAS, 2021). Ziel dieser Versorgung ist die im Gesetz zur (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen angestrebte weitgehende persönliche Selbstbestimmung und Unabhängigkeit. Aktuell stellt die bedarfsgerechte Versorgung mit geeigneten Hilfsmitteln jedoch eine andauernde bzw. wiederkehrende Herausforderung dar, die die Selbstbestimmung und Teilhabe der Betroffenen nachhaltig gefährdet.

Methoden

Das Projekt MeZEB (Laufzeit 01/2019 bis 08/2022) hat die Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen vor und nach Einführung von Medizinischen Zentren untersucht. Herzstück der Mixed-Methods-Studie sind 75 leitfadengestützte Interviews mit Patient*innen und/oder ihren Angehörigen zu ihren Versorgungserfahrungen. Das Datenmaterial wurde transkribiert, pseudonymisiert, thematisch codiert (Flick, 2009), in Fallvignetten zusammengefasst und inhaltsanalytisch für fallbezogene und fallvergleichende Auswertung aufbereitet.

Ergebnisse

Die Mehrzahl unserer Teilnehmer*innen nutzt langfristig mehrere Hilfsmittel und verfügt daher über vielfältige Erfahrungen im Zusammenhang mit ihrer Hilfsmittelversorgung. Sie erleben Barrieren im Zugang, der Anpassung und Beschaffung bedarfsgerechter Hilfsmittel. Darüber hinaus kann die Beschaffung von Hilfsmitteln entwürdigende Facetten haben, wenn bspw. die Vor- und Nachteile von Inkontinenzmaterial oder anderen Utensilien, die bei Entleerungsstörungen von Blase oder Darm benötigt werden, vor fremden Sachbearbeiter*innen dargestellt und begründet werden müssen. Ursächlich für diese Hindernisse sind u.a.:

- fehlendes Wissen der Versorgenden über Produkte jenseits der Standardlösung
- hoher bürokratischer Aufwand bei Begründung und Beantragung der Kostenübernahme bzw. -beteiligung gegenüber den Kostenträgern
- fehlende Transparenz bei ablehnenden Bescheiden
- regelhaft zusätzliche Arbeit durch notwendige Widersprüche
- mangelnde Koordination der an der Versorgung beteiligten Instanzen.

Diese Rahmenbedingungen schaffen zusätzliche Barrieren und gefährden die selbstbestimmte Teilhabe der Betroffenen, die eine bedarfsgerechte Versorgung außerdem regelhaft nur mit Unterstützung durch Fürsprecher erhalten können. Gerade die Beantragung der Kostenübernahme wird als „wiederkehrender Kampf“ mit regelhaften Ablehnungsbescheiden und Widerspruchsverfahren beschrieben, der durch seinen entwürdigenden Charakter emotional belastend ist. Die Versorgung wird dadurch nicht nur erschwert (und in manchen Fällen auch abgebrochen und damit verhindert), sondern zeitlich enorm in die Länge gezogen. In diesen schwebenden Versorgungszeiträumen haben Betroffene bei nachgewiesenem Bedarf keinen Zugang zu geeigneten Hilfsmitteln und damit erkennbar eingeschränkte Möglichkeiten der Teilhabe.

Selbst bei erfolgreicher Anpassung, Bewilligung und Lieferung von geeigneten Hilfsmitteln können auf die Teilnehmer*innen erhebliche Kosten zukommen, die wirtschaftlich herausfordernd sind. Die wiederkehrend erlebte Abhängigkeit von Versorgenden und Kostenträgern ist für die Patient*innen und ihre Angehörigen zusätzlich emotional belastend. Die Betroffenen schildern außerdem, dass auch nach Erhalt des Hilfsmittels der Zugang immer wieder neu erkämpft werden muss, da Reparaturen, Maßnahmen zur Instandhaltung und verschleißbedingte Neuversorgungen an einer wiederkehrenden Begründungs- und Nachweispflicht der Nutzer*innen hängen.

Unterstützung erhalten Betroffene in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB). Diese können je nach fachlichem Schwerpunkt wirksame Hilfe bei Anpassung, Erprobung und Beantragung von Hilfsmitteln leisten. Jedoch sind entsprechende MZEB nicht flächendeckend verfügbar und zeigen insgesamt in ihren Leistungsangeboten eine große Bandbreite. Andererseits muss auch für Patient*innen ohne Zugang zum MZEB eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung erreichbar sein.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse unserer Interviewstudie hinsichtlich Versorgungserfahrungen im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zeigen, dass die für eine selbstbestimmte Teilhabe unabdingbare bedarfsgerechte Ausstattung mit Hilfsmitteln für Betroffene nur schwer erreichbar ist. Abhilfe und Unterstützung können entsprechend spezialisierte MZEB schaffen. Diese sind leider nicht im entsprechenden Umfang verfügbar. Daher ist zu wünschen, dass auch im Rahmen der Regelversorgung die Möglichkeiten für eine bedarfsgerechte Versorgung außerhalb des Standards weiter ausgebaut werden. Außerdem sind hinsichtlich des Antrags- und Bewilligungsverfahrens der Kostenträger erhebliche Potenziale zur Optimierung im Sinne der Antragsteller*innen erkennbar.

Take-Home-Message

Chancen zur selbstbestimmten Teilhabe an allen Lebensbereichen sind auch von einer bedarfsgerechten Versorgung mit Hilfsmitteln abhängig. Diese ist aktuell geprägt von ganz eigenen Barrieren, die deutlich erkennen lassen, wie gefährdet Selbstbestimmung und Teilhabe für Menschen mit Beeinträchtigungen sind. Das gemeinsame Ziel von allen an der Versorgung Beteiligten und verantwortlichen Akteuren der Kostenträger muss darin bestehen, diese Hürden konsequent abzubauen, um einen Beitrag zu Selbstbestimmung und Teilhabe zu leisten.

Literatur

BMAS (2021). Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn. URL: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=5, Abruf 08.09.2022.

Flick, U. (2009). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek: Rowohlt.

Förderung: Innovationsfond G-BA; Förderkennzeichen: 01VSF18040

Beratung, Begleitung und Vermittlung von (Poli-)Trauma-Patient:innen und Berufserkrankten durch Sportcoaching im Rehabilitationsmanagement

Elisa Weber[1]; Ruud Vreuls[1]; Isabel Stolz[1]; Vera Tillmann[1]; Ralf Janello[2]; Volker Anneken[1]

[1] FIBS gGmbH; [2] BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Hintergrund und Zielstellung

Für die gesamte Teilhabe sowie für die Rehabilitation spielen Mobilität und Selbstständigkeit eine bedeutsame Rolle (Schliermann et al., 2014). Sie werden in sport- und bewegungsbezogenen Rehabilitationsmaßnahmen innerhalb der medizinischen Rehabilitation effektvoll angebahnt, wobei ein Sportcoaching für eine erfolgreiche Genesung und weitere Verletzungsprophylaxe empfohlen wird. Eine dauerhafte Verankerung der sportlichen Aktivitäten in den Alltag der Patient*innen scheint jedoch oftmals problematisch.

Das Projekt „Inklusion durch Sport“ – der Sportcoach für Beratung, Begleitung und Vermittlung von Verletzten und Erkrankten in Sport und Bewegung, welche durch die Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) initiiert und beauftragt wurde, bietet eine Ergänzung nach der Akutversorgung oder medizinischen Reha, zur Erreichung und Erhaltung der beruflichen und sozialen Teilhabe der Versicherten im Alltag. Das Ziel des Projektes ist es, ein Sportcoaching-System in Verbindung mit dem Reha-Management in der Rehabilitation und Teilhabe zu erproben und die Realisierung einer Begleitung, Beratung und Vermittlung von (Poli-)Trauma-Patient:innen und Berufserkrankten in Bewegungs- und Sportangebote in Wohnortnähe zu untersuchen. Dafür soll Bewegung und Sport für diesen versicherten Personenkreis erfolgreich angebahnt, aufrechterhalten und nachhaltig in deren Alltag verankert werden.

Methoden

Es wurde innerhalb einer 18-monatigen Interventionsphase zu vier Messzeitpunkten anhand eines Mixed-Methods Ansatzes qualitatives sowie quantitatives Datenmaterial von 52 (Poli-) Trauma-Patient:innen aus sechs Standorten der BGW innerhalb Deutschlands erhoben. Im Fokus der Analysen standen die Effekte des Sportcoachings im Kontext der Teilnahme an Bewegungs- und Sportangeboten sowie die Auswirkungen der Teilnahme an Bewegungs- und Sportangeboten auf das soziale Netzwerk der (Poli-)Trauma-Patient:innen und Berufserkrankten. Konkret wurden anhand von Fragebögen die Auswirkungen der Teilnahme

an Bewegungs- und Sportangeboten auf Lebensqualität, Selbstwirksamkeit und Fitness sowie auf die Beschäftigungsfähigkeit der (Poli-)Trauma-Patient:innen analysiert. Zusätzlich wurden quantitative Daten von Angehörigen der (Poli-)Trauma-Patient:innen zu allen vier Messzeitpunkten per Fragebogen sowie qualitative Daten der Sportcoaches mit Hilfe von Fokusgruppen-Interviews erhoben.

Ergebnisse

Insgesamt haben 52 Proband:innen (m = 9; w = 43) im Alter von 32 – 75 Jahren (M = 54,6 Jahre) an der Studie teilgenommen. Bezüglich des Sportcoachings zeigten sich insgesamt positive Ergebnisse, die auf Aspekte der Motivation und Aktivierung gepaart mit einem hohen Fachwissen und Authentizität der Sportcoaches zurückgeführt werden können. Die Proband:innen beschrieben das Projekt als einen wertvollen Beitrag zur Förderung und Aufrechterhaltung ihrer funktionalen Gesundheit. Dies zeigte sich auch in einer Steigerung der körperlichen Aktivität (zu Hause sowie in Sportvereinen), was durch eine Mitgliedschaft in einem Sportverein oder Fitnessstudio bedingt sein kann, und einer Steigerung der Lebensqualität, körperlich sowie sozial. Aus Sicht der Angehörigen konnte lediglich nur eine Steigerung auf der sozialen Ebene bestätigt werden. Hinzu kommt, dass die Befragungen der Angehörigen einen signifikanten Anstieg im sozialen Bereich in der anfänglichen Arbeit mit dem Sportcoach zeigten. Außerdem stellte sich in den Gesprächen mit den Proband:innen sowie Sportcoaches heraus, dass die Betreuung der Sportcoaches häufig über die sportliche Tätigkeit hinaus geht und auch auf anderen Ebenen Unterstützung notwendig ist (z.B. eine regelmäßige psychische Unterstützung).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen positive Tendenzen bezüglich des Sportcoachings, welches ein nachhaltiges kognitives und motorisches Training zum Zweck der Gesunderhaltung und Förderung der individuellen Fähigkeiten beinhaltet. Anstiege im Bereich der körperlichen Aktivität, der Lebensqualität sowie auf der sozialen Ebene zeigen, dass sich die Teilhabe am Sport auch positiv auf die Teilhabe an der Gesellschaft und an der Beschäftigungsfähigkeit auswirken kann.

Take-Home-Message

Die Einführung von Sportcoaches in der BGW hat das Potenzial, die Rehabilitation und Teilhabe von Unfallverletzten und Berufserkrankten zu verbessern und zu stärken. Die Ermöglichung einer selbstbestimmten Teilnahme an Sportangeboten, soll zu einer Teilhabe am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft führen. Durch die Förderung von Sport und körperlicher Aktivität und damit einhergehend der Gesundheit, kann perspektivisch eine Steigerung der Beschäftigungsfähigkeit und sozialen Teilhabe angebahnt werden.

Literatur

Schliermann, R., Anneken, V., Abel, T., Scheuer, T. & Froböse, I. (2014). Sport von Menschen mit Behinderungen. Grundlagen- Zielgruppen, Anwendungsfelder. München: Urban & Fischer.

Förderung: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

ICF-basierte Handlungsempfehlungen für die Patientenversorgung nach schweren muskuloskeletalen Verletzungen – von der Akutversorgung bis zur Nachsorge

Michaela Coenen[1]; Sandra Kus[1]; Stefan Simmel[2]

[1] Ludwig-Maximilians-Universität München; [2] BG Unfallkrankenhaus Murnau

Hintergrund und Zielstellung

Patient:innen mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen werden in einem vielfältigen Gefüge verschiedener Einrichtungen und von Behandlern unterschiedlicher Berufsgruppen und Versorgungssektoren medizinisch/therapeutisch versorgt. Nach erfolgter Akutversorgung sind in der Regel ambulante und stationäre rehabilitative Maßnahmen, gefolgt von einer Nachsorgebehandlung im niedergelassenen Sektor indiziert (Ruchholtz et al., 2014; Simmel & Bühren, 2013). Die Versorgung dieser Patientenpopulation stellt aufgrund der Komplexität der Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit eine Herausforderung dar. Es bedarf einer Abstimmung und Koordination der Versorgung über die verschiedenen Versorgungssektoren hinweg sowie eines berufsgruppenübergreifenden Agierens, um die Funktionsfähigkeit dieser Patient:innen zu verbessern und so deren Lebensqualität und eine erfolgreiche und nachhaltige Rückkehr in das Arbeitsleben sicherzustellen (Angerpointner et al., 2021).

Methoden

In einem mehrstufigen Konsensusverfahren wurden im Projekt „ICF-basierte Prädiktion des Outcomes in der Rehabilitation nach Trauma“ (icfPROreha) evidenzbasiert berufsgruppenübergreifende Handlungsempfehlungen für die Versorgung von Patient:innen mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen entwickelt. Datengrundlage für die Erarbeitung der Empfehlungen bildeten die Ergebnisse einer prospektiven multizentrischen Längsschnittstudie, in die 775 Patient:innen mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen eingeschlossen wurden, die in stationärer unfallchirurgisch-orthopädischer Rehabilitation versorgt und im Anschluss über einen Zeitraum von 78 Wochen nach Entlassung aus der Rehabilitation nachbeobachtet wurden. In der Studie wurde, basierend auf dem biopsychosozialen Verständnis von Funktionsfähigkeit und Behinderung, eine breite Datengrundlage an potenziellen Prädiktoren der Arbeitsfähigkeit generiert, anhand derer ein „Risikoprofil“ für eine verzögerte Rückkehr an den Arbeitsplatz bzw. eine langfristige Arbeitsunfähigkeit entwickelt bzw. berechnet werden konnte. Dieses Risikoprofil bildete für die multidisziplinär zusammengesetzten Projektgruppe ICF-basierte Traumarehabilitation die Grundlage für die Erarbeitung der ICF-basierten Handlungsempfehlungen.

Ergebnisse

Die Projektgruppe ICF-basierte Traumarehabilitation erarbeitete aus den Studienergebnissen und dem berechneten Risikoprofil 22 berufsgruppenübergreifende, ICF-basierte Handlungsempfehlungen für eine optimierte Versorgung von Patient:innen mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen, die über die verschiedenen Versorgungssektoren hinweg greifen. Für jede der 22 Handlungsempfehlungen wird unter anderem angegeben (1) welcher Komponente der ICF (z.B. Kontextfaktor, Funktionsfähigkeit, Gesundheitsproblem) diese zugeordnet werden kann, (2) wie der Prädiktor in der zugrundeliegenden Studie erfasst

wurde, (3) an welche Zielgruppe (Patient:innen mit entsprechender Ausprägung des Prädiktors) sich die jeweiligen Handlungsempfehlungen richten und (4) an welche Berufsgruppen sich die Handlungsempfehlungen richten. Adressaten sind Behandler der Akutversorgung, Therapeut:innen und Ärzte bzw. Ärztinnen der ambulanten und stationären Rehabilitation sowie Personen, die in der Nachsorge tätig sind und die Fallsteuerung übernehmen (z. B. Berufshelfer, Mitarbeiter:innen im Sozialdienst, Peers). Ziel der Handlungsempfehlungen ist es, eine koordinierte Fallsteuerung und nachhaltige sowie gelingende Rückkehr an den Arbeitsplatz bereits ab der Akutversorgung sicherzustellen.

Diskussion und Fazit

Im Vortrag werden die berufsgruppenübergreifenden ICF-basierten Handlungsempfehlungen vorgestellt, die für die Patientenversorgung von großer Relevanz sind und Patient:innen in den Blick nehmen, die ein erhöhtes Risiko für einen verzögerten Heilverlauf oder Probleme mit der Rückkehr in das Arbeitsleben haben.

Take-Home-Message

Die in einem mehrstufigen Konsensusverfahren erarbeiteten, ICF-basierten Handlungsempfehlungen für die Patientenversorgung nach schweren muskuloskeletalen Verletzungen dienen der Unterstützung für eine koordinierte Fallsteuerung nach schwerem Verletzungstrauma.

Die ICF-basierten Handlungsempfehlungen sind berufgruppenübergreifend ausgerichtet und sollen dazu beitragen, die Abstimmung der Versorgung über die verschiedenen Sektoren und Phasen der Versorgung hinweg fördern.

Ziel der Handlungsempfehlungen ist es, berufsgruppenübergreifendes Agieren zu unterstützen, eine koordinierte Fallsteuerung und nachhaltige sowie gelingende Rückkehr an den Arbeitsplatz bereits ab der Akutversorgung und über die Versorgungsschnittstellen hinweg sicherzustellen.

Literatur

Angerpointner, K., Ernstberger, A., Bosch, K., Zeman, F., Koller, M., & Kerschbaum, M. (2021). Quality of life after multiple trauma: results from a patient cohort treated in a certified trauma network. European Journal of Trauma and Emergency Surgery, 47. doi:10.1007/s00068-019-01160-y.

Ruchholtz, S., Lewan, U., Debus, F., Mand, C., Siebert, H., & Kühne, C. (2014). TraumaNetzwerk DGU (R): Optimizing patient flow and management. Injury, 45, S89–S92. doi:10.1016/j.injury.2014.08.024.

Simmel, S. & Bühren, V. (2013). Unfallfolgen nach schweren Verletzungen. Der Chirurg; Zeitschrift fur alle Gebiete der operativen Medizen, 84. doi:10.1007/s00104-013-2579-8.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Rehabilitation nach Trauma – Identifizierung von Faktoren, die mit der Rehabilitationsdauer assoziiert sind: eine biopsychosoziale Perspektive

Sandra Kus[1]; Cornelia Oberhauser[1]; Michaela Coenen[1]; Stefan Simmel[2]

[1] Ludwig-Maximilians-Universität München; [2] BG Unfallkrankenhaus Murnau

Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland werden jährlich knapp 1,7 Millionen Menschen nach Verletzungen im Krankenhaus behandelt (Statistisches Bundesamt, 2021). Aus dem Jahresbericht 2020 des TraumaRegisters DGU der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) geht hervor, dass jedes Jahr rund 30.000 Menschen eine schwere Verletzung erleiden (TraumaRegister DGU®, 2020). Die auf die Akutversorgung folgende rehabilitative Behandlung von Personen mit schweren Verletzungen ist äußerst komplex und setzt die Kenntnis über mögliche Folgen, die mit einer schweren Verletzung einhergehen können, voraus, um die Rehabilitation nach Trauma adäquat planen und durchführen zu können (Simmel & Bühren, 2013). Es hat sich gezeigt, dass neben der Verletzungsschwere und den physischen Beeinträchtigungen sowohl personbezogene als auch soziodemografische Aspekte sowie soziale und mentale Faktoren den Rehabilitationserfolg maßgeblich beeinflussen können. Welche Faktoren hingegen mit der Dauer der Rehabilitation nach schweren Verletzungen assoziiert sind, wurde noch nicht umfassend untersucht bzw. wurde nicht auf Grundlage eines biopsychosozialen Verständnisses von Gesundheit und Behinderung betrachtet. Ziel dieser Arbeit war es, Faktoren zu identifizieren, die mit der Dauer der ersten stationären Rehabilitation nach schwere Verletzung bzw. Trauma assoziiert sind, unter Berücksichtigung einer biopsychosozialen Perspektive.

Methoden

Multizentrische Längsschnittstudie in zehn Kliniken in Deutschland. Eingeschlossen wurden schwer verletzte Personen, die in die Rehabilitationsabteilungen oder -zentren einer der beteiligten Kliniken stationär aufgenommen wurden und dabei folgende Einschlusskriterien erfüllten: (1) Alter: 18 bis 65 Jahre, (2) Diagnose gemäß Verletzungsartenverzeichnis (VAV) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), (3) erste stationäre Rehabilitation seit Unfall oder Verletzung, (4) Aufnahme in die stationäre Rehabilitation innerhalb von 16 Wochen nach Unfall oder Verletzung. Daten zu möglichen Faktoren, die mit der Rehabilitationsdauer assoziiert sein können, wurden bei der Aufnahme in die Rehabilitation mithilfe eines umfassenden Bewertungsinstruments erhoben. Im ersten Schritt wurde mittels bivariater Analysen eine Vorselektion der möglichen Faktoren vorgenommen. Faktoren, die mit der interessierenden Zielgröße Rehabilitationsdauer assoziiert waren (Signifikanzniveau von $p < 0,1$) wurden in die Vorauswahl für die multivariable Analyse aufgenommen. Im zweiten Schritt wurden unter Anwendung eines gemischten Modells die Faktoren identifiziert, die einen signifikanten Zusammenhang ($p < 0,05$) mit der Zielgröße Rehabilitationsdauer aufwiesen.

Ergebnisse

Insgesamt 775 Patient:innen (73,9% männlich; mittleres Alter: 47,2 Jahre) mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen wurden in die Studie eingeschlossen. Die Patient:innen

hatten vor allem schwere Verletzungen der großen Gelenke und komplexe Frakturen der großen Röhrenknochen erlitten. Die durchschnittliche Rehabilitationsdauer betrug 40,8 Tage (SD: 25,28), der Median lag bei 32 Tagen. Von den insgesamt 58 berücksichtigten Faktoren konnten zehn als mit der Rehabilitationsdauer assoziiert final identifiziert werden: Verletzungsart, Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe], Zeitdauer zwischen Unfall und Aufnahme in die Rehabilitation, Unfallart, Behandlung vor Rehabilitationsbeginn, sportliche Aktivität, auf seine Gesundheit achten, Geschlecht, allgemeine Lebenszufriedenheit (vor dem Unfall).

Diskussion und Fazit

Bei der Planung und Durchführung der Rehabilitation nach Trauma kann es, neben dem Fokus auf den Rehabilitationserfolg (z.B. Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit), bedeutsam sein auch die Faktoren im Blick zu haben, welche mit der Dauer einer Rehabilitation in Zusammenhang stehen können. Neben einer stärkeren Beeinträchtigung in Aspekten der Aktivität und Partizipation, die nach unseren Ergebnissen mit einer längeren Rehabilitationsdauer einhergeht, zeigte sich auch, dass das generelle Gesundheitsverhalten mit der Rehabilitationsdauer in Zusammenhang steht. Patient:innen die angaben sich sportlich zu betätigen und Personen die nach subjektiver Einschätzung auf ihre Gesundheit achteten, hatten eine signifikant kürzere stationäre Rehabilitationsdauer als Personen die ein weniger gesundheitsförderliches Verhalten aufwiesen. Werden von den in den Rehabilitationsprozess eingebundenen Fachpersonen auch biopsychosoziale Aspekte bei der Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses berücksichtigt, so kann sich ein zügigeres Erlangen des Rehabilitationserfolges befördern lassen.

Take-Home-Message

Nicht nur verletzungsspezifische Faktoren zeigen einen Zusammenhang mit der Dauer der Rehabilitation nach schweren Verletzungen, sondern auch Kontextfaktoren und personbezogene Faktoren sind mit der Rehabilitationsdauer assoziiert.

Bei der Planung und Durchführung der Rehabilitation nach Trauma kann es, neben dem Fokus auf den Rehabilitationserfolg bedeutsam sein auch die Faktoren im Blick zu haben, welche mit der Dauer einer Rehabilitation in Zusammenhang stehen können, um ein zügigeres Erlangen des Rehabilitationserfolges zu befördern.

Literatur

Simmel, S., & Bühren, V. (2013). Unfallfolgen nach schweren Verletzungen. Der Chirurg; Zeitschrift fur alle Gebiete der operativen Medizen, 84. doi:10.1007/s00104-013-2579-8.

Statistisches Bundesamt. (2021). Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung - Tabellenband - Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2019. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/_inhalt.html#_md4qfl0hm

TraumaRegister DGU®. (2020). Jahresbericht 2020 - TraumaRegister DGU® für den Zeitraum bis Ende 2019. Sektion Notfall- & Intensivmedizin & Schwerverletztenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V., AUC - Akademie der Unfallchirurgie GmbH. Retrieved from https://www.traumaregister-dgu.de/fileadmin/user_upload/TR-DGU_Jahresbericht_2021.pdf.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Übergangsmanagement in der Medizinischen Rehabilitation – Status Quo

Madeline Richter; Hans-Dieter Wolf; Heiner Vogel

Universitätsklinikum Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Medizinische Rehabilitation stellt ein Ausschnitt des Behandlungsverlaufs eines/r Patient*in dar. Im Verlauf dieses Versorgungs- und Therapieprozesses durchläuft dieser einige Übergänge zwischen Behandler*innen, Behandlungseinrichtungen und Kostenträgern. Reibungsverluste an Schnittstellen im Gesundheitssystem können zu Über-, Unter- oder Fehlversorgung führen. Es bedarf daher einer interprofessionellen Kooperation und Koordination (Appelrath & Messerle, 2018). Um die Übergänge bestmöglich zu gestalten, bedarf es eines guten Übergangsmanagements.

Das gegenwärtige Projekt zielt auf die Entwicklung, exemplarische Implementation und formative Evaluation eines strukturierten Konzeptes zum Übergangsmanagement in der medizinischen Rehabilitation ab (Petermann, 2014). Zunächst wurde der Status Quo in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation erhoben.

Methoden

Die Online-Befragung mithilfe der Befragungs-Software EvaSys fand von September bis Ende Januar 2022 statt. Hierfür wurden DRV-eigene bzw. von der DRV belegte Reha-Einrichtungen durch die DRV Bund angeschrieben. Das Anschreiben enthielt einen Link sowie mindestens eine TAN. Insgesamt wurden 1.252 TANs an Reha-Einrichtungen aller Indikationen verschickt (Ausschluss: Einrichtungen zur Entwöhnungsbehandlung sowie Kinder- und Jugendlichenrehabilitation). Ein weiterer Aufruf zur Teilnahme erfolgte durch die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG).

Zuvor waren im Rahmen einer Literaturrecherche thematische Schwerpunkte erarbeitet worden (Umsetzungsformen und Rahmenbedingungen des Übergangsmanagements sowie Förderfaktoren und Hindernisse). Der Online-Fragebogen enthielt geschlossene sowie offene Items (inkl. Filterführung). Nach einem Prätest wurde die Anzahl der geschlossenen Items erhöht, um das Vorgehen im Rahmen des Übergangs detaillierter zu erfassen. Der Fragebogen zielte inhaltlich auf das derzeitige Vorgehen im Rahmen des Übergangsmanagements ab (z. B. Organisation, Kommunikationswege, Übergang im medizinischen und beruflichen Kontext). Beste-Practice-Beispiele wurden erfragt, ebenso wie Meinungen zu einem optimalen Übergangsmanagement.

Ergebnisse

Der Fragebogen wurde insgesamt 84-mal bearbeitet (professionsübergreifend: primär Chefärzt*innen sowie Sozialdienste). Übergangsmanagement wird in 62,7% der antwortenden Einrichtungen dezentral organisiert, d. h. durch mehrere Professionen ohne zentrale Verantwortlichkeit. Zentrales Übergangsmanagement wird vom Sozialdienst (97,5%), medizinischen oder psychologischen Dienst bzw. der Pflege (40,9%; 23,9% bzw. 36,3%) von 3,3 Übergangsmanager*innen (SD = 1,8) im Umfang von 2,5 Vollzeitstellen (SD = 2,0) realisiert. Im Schnitt sind 4,5 Berufsgruppen an der Organisation beteiligt. Hierbei findet

eine professionsübergreifende Kommunikation im Rahmen von regelmäßigen Teamsitzungen statt, bei denen die Ziele oder Empfehlungen zum Übergangsmanagement besprochen werden.

Ein Assessment zur Bedarfsfeststellung erfolgt entweder zu Beginn oder in der Mitte der Rehabilitation (43,3% bzw. 44,6%). Jede zweite Einrichtung (50%) verwendet Leitfäden oder Checklisten für die Organisation des Übergangsmanagements: z. B zur Entlassungsplanung (68,3%) oder zur Einschätzung des Behandlungsbedarfs nach der Rehabilitation (65,9%). Neben eigenen Leitfäden (63,8%) werden für das initiale Assessment das Würzburger Screening (55,3%; Löffler et al., 2008) sowie der SIMBO (23,4%; Streibelt, 2018) genutzt.

Mehr als die Hälfte der Einrichtungen erstellt häufig oder immer einen Entlassungsplan, während jede vierte Einrichtung angibt, nie einen Entlassungsplan zu erstellen. Der poststationäre Bedarf wird im Verlauf der Rehabilitation in den meisten Einrichtungen häufig oder immer angepasst (80,1%). Arbeits- und teilhabebezogene Ziele, welche zu Beginn der Reha entwickelt wurden, werden in 41,5% der Einrichtungen immer und in 45,1% der Einrichtungen häufig weiterentwickelt. Ein Abschlussgespräch wird in 98,8% der Fälle immer geführt. Im Abschlussgespräch werden Empfehlungen zu weiteren Behandlungen, Wünschen und Bedürfnissen sowie weiterführende Ansprechpartner*innen besprochen. Das Angebot sich an die Einrichtung zu wenden wird selten unterbreitet (21,7%). Kontakte bzw. Betreuung nach der Entlassung findet nie bis selten statt (76,1%; Ausnahme: Nachsorgeangebote).

Der Entlassungsbericht wird 73,4% der Rehabilitand*innen ausgehändigt. Um ein optimales Übergangsmanagement zu realisieren, geben 50-70% der Befragten an, dass Personal, Zeit, finanzielle Ressourcen sowie Kontaktdaten/Informationen aus dem ambulanten Bereich fehlen.

Diskussion und Fazit

Angesichts des begrenzten Rücklaufs der Befragung können die Ergebnisse zwar keine Repräsentativität beanspruchen. Es darf aber angenommen werden, dass bevorzugt Einrichtungen teilgenommen haben, für die das Übergangs- und Entlassmanagement zu den wichtigen Reha-Aufgaben zählt. Auch hier zeigt sich: Die Umsetzung von Übergangsmanagement in den Reha-Einrichtungen, die implizit zu den zentralen Aufgaben der medizinischen Rehabilitation gehört, erfolgt im Alltag der Rehabilitation offensichtlich sehr unterschiedlich.

Take-Home-Message

Es besteht Bedarf an konzeptioneller Unterstützung der Reha-Einrichtungen für die sachgerechte Umsetzung von Übergangs- und Entlassmanagement.

Literatur

Appelrath, M. & Messerle, R. (2018). Entlassmanagement aus Sicht des SVR – Ein Ansatz zur Überwindung der Sektorengrenzen. Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Löffler, S., Wolf, H-D., Gerlich, C. & Vogel, H. (2008). Benutzermanual für das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen. http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/_downloads/WuerzburgerScreening_Manual.pdf.

Petermann, F. (2014). Implementationsforschung: Grundbegriffe und Konzepte. Psychologische Rundschau, 65, 122-128.

Streibelt, M. (2018). Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen mittels des Screening-Instrumentes SIMBO. Eine Synopse von vier Kohortenstudien. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 28(5), 264-274. DOI: 10.1055/a-0606-5535.

Computerlinguistische Ermittlung von Funktionsstörungen in der onkologischen Rehabilitation und deren Auswirkungen auf die Erwerbsprognose

Rainer Kaluscha[1]; Alex Liebert[1]; Lena Tepohl[1]; Christian Duncker[2]

[1] IFR Ulm; [2] Parksanatorium Aulendorf & Sprecher der AG 06 „Rehabilitation“ der Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren, Onkologischen Schwerpunkte und Arbeitskreise in Baden-Württemberg

Hintergrund und Zielstellung

Onkologische Patienten erleiden sowohl durch die Erkrankung als auch infolge der Therapie oftmals Funktions- und Folgestörungen, die sie in ihrer weiteren Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben einschränken. Gerade bei onkologischen Erkrankungen spielen auch z.T. therapieinduzierte Funktionsstörungen wie z.B. Fatigue oder Polyneuropathie eine bedeutsame Rolle hinsichtlich der Fortsetzung einer Erwerbstätigkeit. Viele onkologische Studien legen ihre Schwerpunkte jedoch auf Endpunkte wie Überleben oder Rezidiv, so dass über Auftreten und Auswirkungen von Funktionsstörungen bisher nur wenig bekannt ist.

Hier bietet sich eine Auswertung von Entlassungsberichten onkologischer Rehabilitationseinrichtungen an, da dort die Beschäftigung mit solchen Probleme zum Behandlungsauftrag gehört und daher entsprechende Informationen im Freitext der Entlassungsberichte niedergelegt werden. Mittels computerlinguistische Analysen (Kaluscha, 2005) können auch große Mengen Freitexte computergestützt ausgewertet werden.

Methoden

Zur Analyse steht eine Gesamtstichprobe von 5.766 anonymisierten Entlassungsberichten zu onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen in Trägerschaft der DRV Baden-Württemberg aus dem Jahr 2019 zur Verfügung (Kaluscha, Duncker et al., 2021). Für 89 potentiell relevante Merkmale (Funktionsstörungen, Therapie und sozialer Kontext) wurden computerlinguistische Abfragen entwickelt (Kaluscha, Duncker et al., 2022).

Ferner lagen Routinedaten der Rentenversicherung für das Jahr nach der Rehabilitation vor, so dass die Auswirkungen von Funktionsstörungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit bzw. den Erwerbsstatus anhand der Sozialversicherungsbeiträge analysiert werden konnten (Kaluscha, Buzasi et al., 2021).

Dabei wurden mittels fraktionaler Regression die Beschäftigungstage im Kalenderjahr nach Reha analysiert. Für das Basismodell wurden aus anderen Untersuchungen bereits bekannte Einflussgrößen auf Signifikanz getestet. Dann wurde jeweils eine Funktionsstörung hinzugefügt und geprüft, ob sie relevant ist.

Ergebnisse

Als relevante Einflussgrößen für das Basismodell ergaben sich die Beschäftigungstage im Kalenderjahr vor der Reha-Maßnahme, die Altersklasse, die Staatsangehörigkeit, das Geburtsland, Anschlussheilbehandlung vs. Heilverfahren, Aufforderung durch die Krankenkasse gemäß §51 SGB V und die Krebsart (vgl. Tab. 1). Das Geschlecht hatte keinen Einfluss. Mit diesen Einflussgrößen wurden 39,8% Varianz aufgeklärt (Efron).

Tab. 1: Vorhersage der Erwerbstätigkeit nach Reha: Basismodell

Merkmal	**Ausprägung**	**Schätzer Beschäftigungstage**	**p-Wert <**
Beschäftigungstage 1 Jahr vor Reha	pro Tag	3,2	0,0001
Altersklasse	< 35	Referenz	
	35-40		0,6956
	40-45		0,0809
	45-50	-374,9	0,0006
	50-55	-315,3	0,0029
	55-60	-490,7	0,0001
	60-65	-863,7	0,0001
	65-70	-1.213,4	0,0001
Krebsart	Brust	Referenz	
	Harnblase	-249,1	0,0084
	Kehlkopf	-270,7	0,0070
	Kolon		0,3622
	Kopf	-390,7	0,0001
	Leukämie	-169,6	0,0094
	Lunge	-505,8	0,0001
	Magen	-267,6	0,0041
	Niere		0,2196
	Prostata		0,4083
	Rektum/sigmoid		0,3054
	sonst.	-195,8	0,0001
	Speiseröhre		0,1862
Verfahrensart	Anschlussheilbehandlung (Referenz: Heilbehandlung)	-262,4	0,0001
Geburtsland	Ausland (Referenz: Deutschland)	-73,2	0,0408
Staatsangehörigkeit	Ausland (Referenz: Deutschland)	-158,9	0,0004
Aufforderung durch Krankenkasse (§51 SGB V)	ja (Referenz: nein)	-381,8	0,0001

Die betrachteten Funktionsstörungen haben erwartungsgemäß negative und z.T. deutliche Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit nach der Rehamaßnahme (vgl. Tab. 2).

Tab. 2: Vorhersage der Erwerbstätigkeit nach Reha: Funktionsstörungen

Merkmal	**Klarname**	**Anteil Fälle**	**Schätzer Beschäftigungstage**	**p-Wert <**
fst_allgverschl	Allgemeinzustand verschlechtert	16,2%	-326,3	0,0001
fst_depri	Depression	22,6%	-169,1	0,0001
fst_metastase	Metastasen	7,7%	-232,8	0,0001
fst_peg	PEG-Sonde	3,3%	-362,2	0,0001
fst_lwsschmerz	LWS-Schmerzen, Lumbodorsalgie	18,2%	-129,1	0,0002
fst_wundhs	Wundheilungsstörung	3,1%	-265,3	0,0006
fst_schmerz	Schmerzen	75,6%	-112,3	0,0009
fst_blutarmut	Blutarmut, Anämie	9,0%	-174,0	0,0011
fst_fatigue	Fatigue	57,1%	-85,2	0,0028
fst_ileus	Ileus	2,2%	-289,9	0,0049
fst_stoma	Stoma	8,5%	-179,9	0,0052
fst_bewegl	Beweglichkeitsstörung	15,7%	-102,0	0,0082
fst_fistel	Fistel	2,4%	-246,5	0,0083
fst_dysphagie	Dysphagie (Schluckstörung)	5,7%	-194,7	0,0106
fst_dysgeusie	Dysgeusie (Geschmacksstörung)	4,4%	-179,7	0,0111
fst_kachexie	Kachexie (Gewichtsverlust)	20,2%	-91,0	0,0125
fst_mukositis	Mukositis (Schleimhautentzündung)	0,6%	-392,1	0,0127
fst_stuhlgang	Stuhlgangsstörung	13,7%	-107,9	0,0127
fst_thrombose	Thrombose	6,2%	-117,9	0,0404
fst_wundinfekt	Wundinfektion	0,5%	-348,5	0,0493

Diskussion und Fazit

Auch wenn sich aufgrund der Vielzahl möglicher Formulierungen bei computerlinguistischen Auswertungen keine perfekte Genauigkeit bei der Textanalyse erreichen lässt, erlaubt es die Verbindung von medizinischer und computerlinguistischer Expertise durchaus, aussagekräftige Merkmale aus Freitexten zu generieren. Die hier gefunden Zusammenhänge zwischen Funktionsstörungen und Erwerbsstatus belegen dies.

Auch wenn die Varianzaufklärung der Modelle durch die Einbeziehung von Funktionsstörungen nur relativ gering ansteigt, haben sie einen relevanten Einfluss auf die spätere Erwerbstätigkeit. Bisher noch unklar sind Wechselwirkungen von Funktionsstörungen mit Krebsart und Therapieform, mit der Art der Tätigkeit sowie mit Erwerbsminderungsrente bzw. Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit bei Ende einer Zeitrente.

Als nächstes sollen diese Wechselwirkungen untersucht sowie weitere computerlinguistisch ermittelte potentielle Einflussgrößen wie z.B. Vorbehandlung und Familienstand einbezogen werden.

Take-Home-Message

Funktionsstörungen haben auch unter Berücksichtigung etlicher weiterer Prädiktoren, insbesondere dem Erwerbsstatus vor Rehabilitation, einen relevanten Einfluss auf die spätere Erwerbstätigkeit.

Literatur

Kaluscha, R., Duncker, C., Keilmann, A., Liebert, A., Tepohl, L. (2022): Computerlinguistische Ermittlung von Funktionsstörungen in der onkologischen Rehabilitation bei Kopf-Hals-Tumoren. DRV Schriften 126, S. 293 – 296.

Kaluscha, R., Duncker, C., Jost, M., Tepohl, L. (2021): Computerlinguistische Ermittlung von Funktionsstörungen in der onkologischen Rehabilitation: Erste Ergebnisse. DRV Schriften 123, S. 86-88.

Kaluscha, R., Buzasi, T., Nübling, R., Kaiser, U., Schmidt, J., Toepler, E. (2021): Modellierung des Return to Work (RTW) anhand von Routinedaten der Rentenversicherung in der Requamo-II-Studie: Methodische Überlegungen. DRV Schriften 123, S. 91-92.

Kaluscha, R. (2005): Informationsgewinnung aus Freitexten in der Rehabilitationsmedizin. Dissertation, Medizinische Fakultät, Universität Ulm.

URL: http://vts.uni-ulm.de/doc.asp?id=5265, Abruf: 18.11.2020.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Danksagung: Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg förderte die Studie und stellte dankenswerterweise die anonymisierten Entlassungsberichte zur Verfügung. Die Mitglieder der AG 06 „Rehabilitation“ der Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren, Onkologischen Schwerpunkte und Arbeitskreise in Baden-Württemberg (ATO) unterstützen die Studie mit ihrer klinisch-fachlichen Expertise.

Gender Bias in der Rehabilitation – die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Perspektive in der Outcome Forschung

Vincent Grote[1]; David Riedl[1]; Silvia Lechner[2]; Michael J. Fischer[3]

[1] Ludwig Boltzmann Institute for Rehabilitation Research; [2] Rehaklinik Wien Baumgarten
[3] Rehabilitationszentrum Kitzbühel

Hintergrund und Zielstellung

Patient Reported Outcome Measurements (PROMs) werden in der Rehabilitation angewandt, um den Gesundheitszustand und die Genesung von Patient:innen zu bewerten. Rehabilitationsforschung und Qualitätsmanagement basieren häufig auf diesen Selbstbeobachtungsdaten und sind daher anfällig für mögliche Verzerrungen. Ziel der Studie ist es die Bedeutung unterschiedlicher Ausgangswerte von Frauen und Männern bzw. deren potentielle Auswirkungen auf die Evaluation der medizinischen Ergebnisqualität näher zu beschreiben.

Methoden

In dieser Beobachtungsstudie wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQOL) von über 3500 orthopädischen Patient:innen (64 ± 13 Jahre; 60% weiblich) retrospektiv untersucht. Die Datenanalyse umfasst routinemäßige Ergebnismessungen des European Quality of Life Questionnaires (EQ5D) und des Health Assessment Questionnaires (HAQ-DI) während einer stationären muskuloskelettalen Rehabilitation. Wir beschreiben geschlechtsspezifische Prä-Post-Veränderungen zu Studienbeginn (t1) und nach 21 Tagen stationärer Rehabilitation (t2).

Ergebnisse

Weibliche Patientinnen in der orthopädischen Rehabilitation waren in der untersuchten Analysestichprobe im Durchschnitt merklich älter als Männer (CI95%: 4.3 bis 6.0 Jahre) und berichteten über schlechtere und insbesondere heterogenere Ausgangswerte. Insgesamt führte die Rehabilitation zu einem Ergebnis mit guter Effektstärke (Cohens d = 0.40–0.80). Die deutlichsten Verbesserungen wurden in der selbst eingeschätzten Gesundheit (EQ-VAS) beobachtet. Frauen schienen besser auf die Rehabilitationsmaßnahmen anzusprechen (Differenzscore: t2 – t1), erzielten bei der Entlassung aus der Rehabilitation (t2) jedoch signifikant schlechtere Ergebnisse als männliche Patienten. Der individuelle Ausgangswert war der wichtigste Moderator für die Veränderung von t1 zu t2 ($\eta p2 = 0.82$) und ebenso für das beobachtete Ergebnis zu t2 ($\eta p2 = 0.42$). Eine geschlechtsnormierte Berücksichtigung des Ausgangszustands zu Rehabilitationsbeginn (t1) führte zu konsistenten Ergebnisurteilen zwischen den Geschlechtern.

Diskussion und Fazit

Je nach Zielgröße, Normierung, Methode bzw. Adjustierung resultieren widersprüchliche Ergebnisse zu geschlechtsspezifischen Behandlungserfolgen, die jedoch für die Gestaltung von rehabilitativen Behandlungspfaden oder für die Evaluation von Gesundheitsprogrammen eine entscheidende Rolle spielen können. Ohne Kontrolle bzw. die Berücksichtigung des individuellen Ausgangszustands der Patient:innen ist eine valide Leistungsbeurteilung nur sehr eingeschränkt möglich. Für den Einsatz von PROMs im klinischen Alltag oder in vergleichenden Beobachtungsstudien ist eine geschlechtsspezifische Normierung daher ein wichtiges Qualitätskriterium.

Take-Home-Message

Nur normierte, gender-faire Fragebögen (PROMs) und eine Berücksichtigung der individuellen Ausgangswerte liefern eine valide Grundlage zur Beurteilung von Rehabilitationsleistungen bzw. -erfolgen.

Literatur

Grote, V., Fischer, M., J. (2020): Project “Rehabilitation and Health”:
URL: www.researchgate.net/project/Rehabilitation-and-Health, Abruf 31.10.2022.

Kostenerhebung bei Brustkrebsrehabilitationsmaßnahmen

Nicole R. Heinze

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Bösartige Neubildungen im Bereich der Brustdrüsen stehen in Deutschland in den Statistiken der Krebsarten bei Frauen hinsichtlich Mortalität und Morbidität an erster Stelle. Die gesundheitsökonomische Relevanz wird durch die hohen Kosten der Diagnostik und Therapie begründet. Verschiedene Faktoren wie steigende Inzidenzen und Prävalenzen, längere Überlebenszeiten, stetige Verbesserungen und Entwicklungen insbesondere in der Medizintechnik und den individualisierten Therapeutika lassen einen erheblichen Kostenanstieg vermuten (Gundermann et al., 2010). So wird vom statistischen Bundesamt ein Anstieg der direkt der Versorgung zurechenbaren Kosten in Höhe von 2,51 Mill. Euro in 2015 auf 4,42 Mill. Euro in 2020 angegeben (Destatis Statistisches Bundesamt). Daher wird die Durchführung einer umfassenden und differenzierten Krankheitskostenanalyse basierend auf aktuellen Daten als sinnvoll erachtet.

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation der ReNaApp-Studie (Steigerung der Langzeiteffekte onkologischer Rehabilitation durch eine Nachsorge-App) wurde parallel eine Krankheitskostenanalyse für Frauen mit Brustkrebs durchgeführt.

Methoden

Für die Krankheitskostenanalyse der ReNaApp-Studie wurde ein Prävalenz-Ansatz aus gesellschaftlicher Perspektive, basierend auf einer bottom-up-Erhebung gewählt, basierend auf den mittels Rehabilitandinnen-Fragebögen erhobenen Leistungsdaten. Die Bewertung der Mengendaten erfolgte unter Berücksichtigung der Empfehlungen der „AG-Reha-Ökonomie“ (Krauth et al., 2005).

Eine umfassende Literaturrecherche attributabler Kostenparameter erbrachte keine verwertbaren Ergebnisse. Daher mussten für alle erhobenen Leistungsdaten aktuelle Vergütungssätze ermittelt werden. Die aktuellen Leistungsangebote und deren Abrechnungsmodalitäten wurden mittels einer umfassenden Recherche in Literaturdatenbanken, in öffentlich zugänglichen Aufstellungen zu Vergütungssystemen und -sätzen, von Kostenträgern und Verbänden sowie von Anbietern identifiziert. Die so ermittelten Kosten der einbezogenen Studienpopulation (n=380) wurden auf einen 12-Monats-Zeitraum adjustiert. Präsentiert werden die durchschnittlichen Kosten pro Jahr pro Person. Die Ermittlung der Kosten erfolgte unter kritischer Würdigung der Validität der vorliegenden Daten sowie der Relevanz für das Gesamtergebnis.

Ergebnisse

In Durchschnitt wurden über alle Brustkrebsrehabilitandinnen (n=380) jährliche brustkrebsassoziierte Kosten in Höhe von 88.879€ (SD 64.711€) ermittelt. Darin enthalten sind Kosten der direkten medizinischen Versorgung (ambulante, stationäre, medikamentöse Versorgung) in Höhe von 36.487,41€ und Kosten aus Leistungsminderungen in Beruf und Alltag in Höhe von 52.392€.

Diskussion und Fazit

Entsprechend der Angaben des statistischen Bundesamtes (123.420 weibliche Krankenhauspatientinnen mit Entlassungsdiagnose C50) konnte ein rechnerischer Mittelwert in Höhe von 35.837€ pro Jahr pro Fall ermittelt werden (auf Basis ausgewiesener Kosten der direkten medizinischen Versorgung) (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes). Dieser Wert ist mit denen der Teilnehmerinnen der ReNaApp-Studie vergleichbar. Die durchschnittlichen Kosten sinken auf jährlich 14.500€, unter Annahme einer 5-Jahres Prävalenz von 305.757 Frauen (Robert Koch Institut (RKI) 2019). Kostentreiber ist die krankheitsbedingte Leistungsminderung, den beruflichen wie privaten Alltag betreffend.

Die Durchführung der Krankheitskostenanalyse war mit zwei wesentlichen Herausforderungen verbunden:

- Aufgrund unterschiedlicher Kostenträger und einhergehender unterschiedlicher Vergütungssysteme mussten verschiedene Quellen zur Ressourcenverbrauchsbewertung herangezogen werden.
- Die mittels der Fragebögen erhobenen Angaben zu den beanspruchten Leistungen – insbesondere zu chirurgischen, radiologischen und chemotherapeutischen Leistungen – sind zu unspezifisch, um entsprechende Vergütungssätze zuordnen zu können. Für die ReNaApp-Studie mussten daher umfangreiche, differenzierte Tabellen erstellt, auf deren Basis aggregierte Vergütungssätze errechnet wurden.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse zeigen hohe krankheitsbedingte Kosten 12 Monate vor Rehabilitationsbeginn. Insofern ist davon auszugehen, dass insbesondere Frauen mit akuten und/oder schwereren Verläufen eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen. Der Erhalt der Leistungsfähigkeit im privaten und beruflichen Alltag ist für diese Zielgruppe von hoher Bedeutung und aus gesellschaftlicher Perspektive relevant.

Literatur

Destatis Statistisches Bundesamt: Krankheitskosten je Einwohner: Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (ICD-10). Bösartige Neubildungen. Destatis Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=1&step=1&titel=Ergebnis&levelid=1666782963158.

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten vollstationäre Patient*innen). C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse. GBE-Bund. Online verfügbar unter https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gastd&p_aid=73454312&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=550&p_ansnr=32862590&p_version=3&D.001=1000001&D.946=14516&D.011=44302, zuletzt geprüft am 31.10.2022.

Gundermann, C., Rosée, P. L., Hartmann, M. (2010): Krankheitskosten in der Onkologie im internationalen Vergleich. In: Onkologe 16 (10), S. 964–971. DOI: 10.1007/s00761-010-1903-x.

Krauth, C., Hessel, F., Hansmeier, T., Wasem, J., Seitz, R., Schweikert, B. (2005): Empirische Bewertungssätze in der gesundheitsökonomischen Evaluation -- ein Vorschlag der AG

Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation (AG MEG). In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 67 (10), S. 736–746. DOI: 10.1055/s-2005-858698.

Robert Koch Institut (RKI) (2019): Brustkrebs (Mammakarzinom). ICD-10 C50. Robert Koch Institut (RKI). Online verfügbar unter https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Brustkrebs/brustkrebs_node.html, zuletzt aktualisiert am 30.09.2022.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung

Selection bias: Teilnahme an einer Fragebogenstudie und Einwilligung zum Daten-Linkage mit Routinedaten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

Christian Hetzel[1]; Sebastian Klaus[2]; Alexander Meschnig[2]; Ernst von Kardorff[2]

[1] Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation iqpr GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln ; [2] Berliner Werkstatt für Sozialforschung

Hintergrund und Zielstellung

Im Rahmen des von der DRV Bund geförderten Projektes „InVerPsych“ sollen Versorgungsverläufe von Menschen mit psychischen Erkrankungen untersucht werden. Aus der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) der DRV Bund von 2010 bis 2018 wurden Personen mit Rehabilitationsleistungen in 2017 und einer F3- oder F4-Diagnose bei Leistungsfreiheit in 2018 eingeschlossen. Diese Personen wurden gemäß ihrer Versorgungsverläufe gruppiert (Hetzel et al., 2022). Für eine Stichprobe von n=6.000 Menschen hat die DRV Bund eine postalische Fragebogenerhebung im Querschnitt durchgeführt. Dabei wurde auch die Einwilligung erhoben, ob die Daten aus den Fragebögen über das Pseudonym an die RSD angespielt werden dürfen. Angesichts der freiwilligen Teilnahme ist Selektion zu erwarten. Analysen zum selection bias gibt es nur in anderen Settings (z.B. Enzenbach et al., 2019). Folgende Fragen sollen beantwortet werden: Wie viele Personen nehmen an der Fragebogenerhebung teil und stimmen dem Daten-Linkage zu? Unterscheiden sich die Antwortenden von den Nicht-Antwortenden?

Methoden

Anhand von Merkmalen der RSD werden die Unterschiede zwischen den Antwortenden den Nicht-Antwortenden deskriptiv und mittels logistischer Regression dargestellt. Verwendet werden die Merkmale aus der Tabelle.

Ergebnisse

Der Rücklauf beträgt n=1176 Personen (19,6%). Davon stimmten 1162 Personen (98,8%) dem Daten-Linkage zu. Die Tabelle zeigt die Strukturunterschiede zwischen Antwortenden und Nicht-Antwortenden. Häufiger antworten Frauen, Ältere, Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit, mit höherem Entgelt und geringeren Zeiten der Arbeitslosigkeit. Von

nachrangiger Bedeutung sind Diagnosen, ehemaliges Bundesgebiet, Bildung und Versorgungstypen.

Tab. 1: Selection bias der Einwilligung zum Daten-Linkage im Rahmen

		Antwortende ja (n=1162) %	nein (n=4838) %	OR	p
Geschlecht (Ref.=Frauen)	Mann	23,7	25,2	0,81	**0,011**
Iter (Ref.=unter 39 Jahre)	39-48	18,1	22,5	1,08	0,566
	49-58	49,5	43,6	1,42	**0,006**
	59-63	24,6	22,9	1,32	**0,046**
Bildung (Ref.=keine B-Ausbildung)	mit B-Ausbildung	57,7	57,0	1,14	0,467
	Hochschule	27,2	22,5	1,29	0,186
	unbekannt	11,9	16,2	1,00	0,992
Staatsang. (Ref.=Deutsch)	andere	2,2	3,9	0,62	**0,028**
Somatoformer Schmerz (Ref.=nein)	ja	11,5	13,8	0,85	0,113
		M (SD)	M (SD)		
Tage mit Arbeitslosengeld im Mittel 2014-17 (*/10)		1,39 (3,06)	2,06 (3,63)	0,97	**0,016**
Entgelt aus Beschäftigung im Mittel 2014-17 (*/10.000)		0,29 (0,19)	0,24 (0,17)	1,06	**0,042**
Entgelt aus Beschäftigung 2018 (*/10.000)		0,28 (0,21)	0,23 (0,20)	1,08	**0,001**

Logistische Regression (für Antwortende ja=1 und nein=0); adjustiert für Wohnort ehemaliges Bundesgebiet, weitere Diagnosen, Versorgungstyp, Tage Arbeitslosengeld 2018 (jeweils nicht dargestellt, weil p>0,25); $R^2_{Nagelkerke}$ = 0,0379; OR = odds ratio

Diskussion und Fazit

Die Bereitschaft zum Daten-Linkage ist nahezu 100%. Die Rücklaufquote ist angesichts der Bedingungen (u.a. Bezug zur RSD wenn auch anonym, keine Erinnerung, Angaben zu längeren Versorgungsverläufen) als akzeptabel zu werten. Dies lässt vermuten, dass die Antwortenden nicht zwischen Teilnahme an der Befragung und Einwilligung zum Daten-Linkage unterscheiden. Die Befunde zum selection bias zeigen, dass Frauen, Ältere, Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit und Menschen mit „positiveren“ Erwerbsverläufen etwas vermehrt antworten. Unauffällig scheinen Diagnosen, Versorgungsverlaufe sowie Bildung. Auch wenn im Modell die beobachteten Merkmale noch nicht maximal ausgeschöpft sind, dürften eher unbeobachtete Merkmale (z.B. Krankheitsverarbeitung, Zufriedenheit mit Leistungen) maßgeblich zu sein. Darauf deutet die sehr geringen Modellgüte hin. Dies stellt auch den Mehrwert einer statistischen Korrektur des selection bias in Frage (Copas et al., 2020; Hanley, 2017; Infante-Rivard & Cusson, 2018).

Take-Home-Message

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind sehr häufig zum Linkage von Selbstangaben mit Routinedaten bereit, insbesondere Frauen, Ältere, Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit und Menschen mit „positiveren“ Erwerbsverläufen. Der selection bias ist mit den beobachteten Merkmalen aber nur eingeschränkt zu erfassen.

Literatur

Copas, A., Burkill, S., Conrad, F., Couper, M. P., Erens, B. (2020): An evaluation of whether propensity score adjustment can remove the self-selection bias inherent to web panel

surveys addressing sensitive health behaviours. BMC medical research methodology, 20(1), 251.
Enzenbach, C., Wicklein, B., Wirkner, K., Loeffler, M. (2019): Evaluating selection bias in a population-based cohort study with low baseline participation: the LIFE-Adult-Study. BMC medical research methodology, 19. 135.
Hanley, J. A. (2017): Correction of Selection Bias in Survey Data: Is the Statistical Cure Worse Than the Bias? American journal of epidemiology, 185. 409–411.
Hetzel, C., Klaus, S., Meschnig, A., Kardorff, E. von (2022): Versorgungsverläufe von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf Basis administrativer Paneldaten der Deutschen Rentenversicherung Bund. DRV-Schriften, Bd 126. 210–212.
Infante-Rivard, C., Cusson, A. (2018): Reflection on modern methods: selection bias-a review of recent developments. International journal of epidemiology, 47. 1714–1722.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Vergleich zweier Berechnungsmethoden der Qualitätsindikatoren Zufriedenheit und subjektiver Behandlungserfolg für Reha-Fachabteilungen der Kinder- und Jugendrehabilitation

Johannes Schmidt[1]; Sarah Leinberger[1]; Anna Luise Kaczerowsky[2]; Robert Simon[2]; Magdalena Zielinska[2]; Rainer Kaluscha

[1] IFR Ulm; [2] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die Befragung von Rehabilitanden/-innen ist seit jeher ein fester Bestandteil im Programm der Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Die DRV-eigenen sowie alle von der DRV federgeführten Reha-Fachabteilungen nehmen verpflichtend am Reha-QS-Programm der DRV teil (Weinbrenner et al., 2022). Durch die Befragung werden die Zufriedenheit und der subjektive Behandlungserfolg von Rehabilitanden/-innen im Bereich der Erwachsenen- als und im Bereich der Kinder- und Jugend-Reha erhoben (Klosterhuis et al., 2010). Die beiden Fragebögen aus dem Bereich der Kinder- und Jugend-Reha (einer für 12- bis unter 18-jährige Jugendliche, einer für unter 12-jährige Kinder, ausgefüllt durch ein Elternteil) wurden in einem vorangegangenen Projekt umfassend überarbeitet und sind seit 2017 im QS-Programm der DRV implementiert.

Im Rahmen des Projekts „Entwicklung eines Bewertungskonzeptes für die Rehabilitandenbefragung im Bereich der Kinder- und Jugend-Reha“ lagen Befragungsdaten aus der Kinder- und Jugendrehabilitation vor.

Die Angaben der Rehabilitanden/-innen werden für jede Reha-Fachabteilung zu den übergeordneten Qualitätsindikatoren „subjektiver Behandlungserfolg“ und „Zufriedenheit“ aggregiert. Dabei ist allerdings zu beachten, dass an manchen Angeboten nur ein Teil der Rehabilitanden/-innen teilnimmt. Dies betraf zum einen häufig die noch nicht schulpflichtigen Kinder im Bereich der schulischen Leistungen. Zum anderen wurde z.B. bei Items zur

Ergotherapie oder zu psychologischen Gesprächen öfter mit „kann ich nicht beantworten“ oder „daran habe ich nicht teilgenommen“ geantwortet, so dass dort scheinbar Werte fehlen. Hier muss eine Lösung für eine adäquate Aggregation auf den Subskalen gefunden werden, da bei einem simplen Ausschluss solcher Fälle die vorhandenen Antworten bei den anderen Items der Subskala nicht berücksichtigt würden.

Methoden

Beleuchtet werden im Rahmen dieses Beitrags zwei Berechnungsmethoden: Einerseits käme die Ersetzung scheinbar fehlender Werte durch die Mittelwerte der jeweiligen Reha-Fachabteilungen in Betracht, anderseits könnte z.B. der Mittelwert der vorhandenen Antworten gebildet werden, sofern eine Mindestanzahl an Fragen der Subskala auswertbar ist. Die Ansätze wurden einerseits theoretisch und anderseits praktisch anhand des vorliegenden Datensatzes verglichen.

Ergebnisse

Insgesamt umfassen die Daten Antworten von 8.177 Kindern und von 5.736 Jugendlichen. Der durchschnittliche Anteil echter fehlender Werte ist mit unter drei Prozent pro Variable sehr gering. Allerdings haben z.B. zwischen 30% und 40% der Kinder und Jugendlichen angegeben, keine Ergotherapie erhalten zu haben. Insgesamt weisen für beide Qualitätsindikatoren fast 90% der Fragebögen mindestens eine „fehlende“ Angabe auf, so dass sie ohne Kompensationsverfahren ausgeschlossen werden müssten.

In Abbildung 1 sind die Verteilungen der Qualitätsindikatoren „Zufriedenheit“ und „subjektiver Behandlungserfolg“ auf Reha-Fachabteilungsebene für die verschiedenen Berechnungsmethoden dargestellt. Dabei wird deutlich, dass sich diese bei der Zufriedenheit praktisch nicht und beim subjektiven Behandlungserfolg nur wenig unterscheiden.

Eine Möglichkeit für tiefere Vergleiche wäre dabei auch eine Simulationsstudie, bei der die Ergebnisse der Verfahren auf den vollständigen Datensätzen durch das Einfügen künstlicher Lücken erprobt werden. Dadurch könnten die Verfahren auf Daten angewandt und verglichen werden, bei denen die tatsächlichen Strukturen und Berechnungsergebnisse bekannt sind.

Eine weitere Option wäre es, ein hybrides Verfahren anzuwenden, das die Aggregation auf Basis der vorhandenen Daten vornimmt, solange eine vorher definierte Schwelle an fehlenden Werten nicht überschritten wird. Sollte dies doch der Fall sein, können die fehlenden Werte durch die entsprechenden Mittelwerte der Fachabteilungen ersetzt werden, um die Bewertungen von möglichst vielen Rehabilitanden/-innen in die Berechnung der Qualitätsindikatoren einzubeziehen. Damit könnte der Informationsverlust im Rahmen der Berechnungen so klein wie möglich gehalten werden.

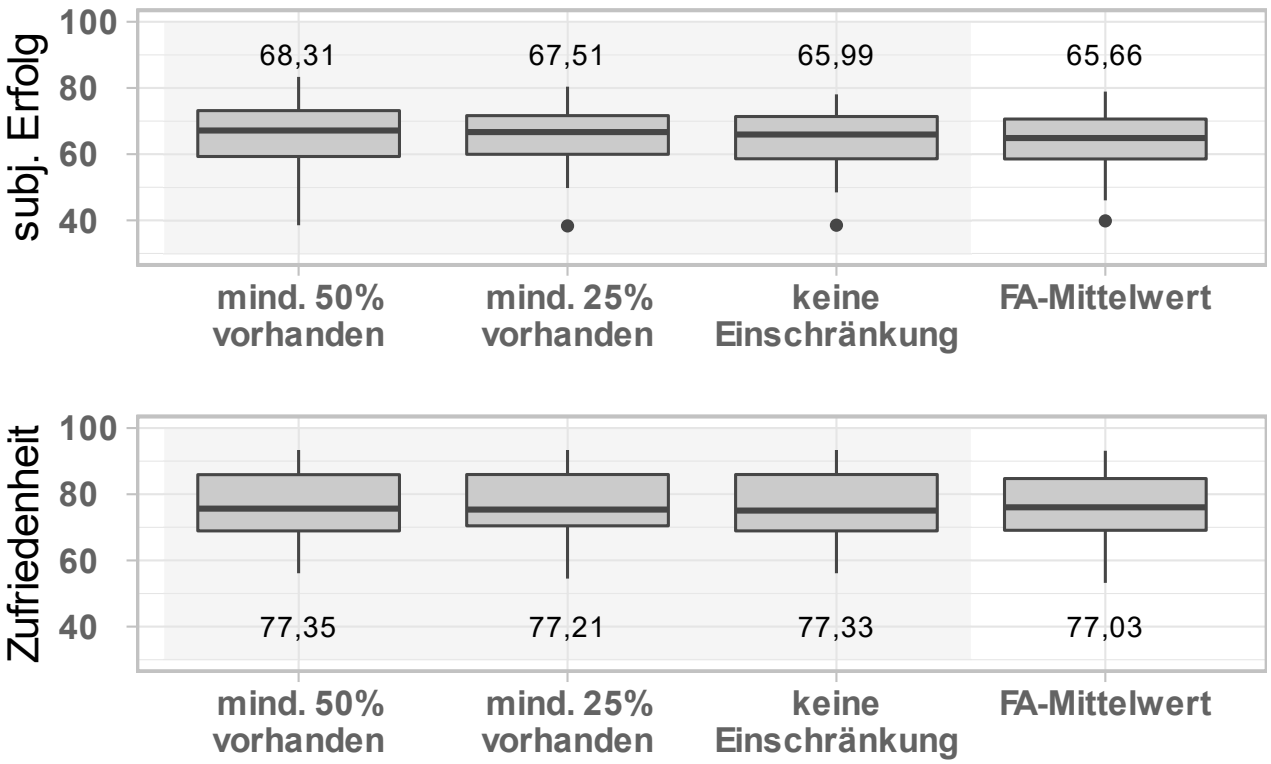


Abb. 1: Die Boxplots zeigen die Verteilung der Qualitätsindikatoren „subjektiver Behandlungserfolg“ und „Zufriedenheit“ in den einzelnen Kinder- und Jugend-Reha-Fachabteilungen. Die 3 Boxplots links entstehen durch Berechnung der Qualitätsmerkmale jeweils nur auf den verfügbaren Bewertungen, während die Prozente angeben, wie viele Bewertungen mindestens abgegeben sein worden müssen, damit der Mittelwert bestimmt wird. Beim rechten Boxplot werden fehlende Bewertungen konsequent durch den Fachabteilungsmittelwert der entsprechenden Frage ersetzt. In jedem Fall ist zusätzlich der Mittelwert oberhalb bzw. unterhalb der Box angegeben. Die Skala der Qualitätsindikatoren reicht von 0-100, wobei die Zufriedenheit bzw. der subjektive Behandlungserfolg mit aufsteigenden Werten zunimmt. Mind. = mindestens, FA = Fachabteilung, subj. = subjektiv.

Take-Home-Message

Die hier vorgestellten unterschiedlichen Verfahren bieten praktikable Lösungen für den Umgang mit scheinbar fehlenden Bewertungen und erlauben eine Nutzung der gesamten Information aus den Fragebögen.

Literatur

Klosterhuis, H., Baumgarten, E., Beckmann, U., Erbstößer, S., Lindow, B., Naumann, B., Widera, T., Zander, J. (2010). Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 49 (06), 356–367.

Weinbrenner, S., Kayser, E. L., Moser, N.-T. & Siebert, T. (2022). Qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl in der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 65 (3), 319–326. https://doi.org/10.1007/s00103-022-03501-6.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Arbeitsteiliges (Reha-)Fallmanagement. Beispiele aus dem Bundesprogramm rehapro

Stefan Zapfel; Clemens Kraetsch

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hintergrund und Zielstellung

Mit Fallmanagementansätzen wird in der Rehabilitation versucht, Zugang und Ablauf der Rehabilitation erfolgreich zu koordinieren und Aktivitäten und Angebote verschiedener Träger und Dienstleister besser miteinander abzustimmen. Damit sollen Schnittstellenprobleme behoben, Teilnehmer*innen eine bedarfsgerechte Hilfestellung und Orientierung in versäulten Unterstützungsstrukturen gegeben und hierbei die unterschiedlichen Zuständigkeiten der verschiedenen am Prozess beteiligten Organisationen im Blick behalten werden (Löcherbach, 2018; Zapfel et al., 2021). Im Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ werden mehrere Modellprojekte durchgeführt, in denen neue Fallmanagementvarianten erprobt werden (Brussig et al., 2021). Dazu gehört auch das arbeitsteilige Fallmanagement, dessen Besonderheit darin besteht, dass mehrere Ansprechpartner*innen in der Betreuung unterschiedliche Aufgaben übernehmen.

Methoden

Im Rahmen der Programmevaluation rehapro wurden in fünf Modellprojekten des ersten Förderaufrufs Fallstudien, die ein arbeitsteiliges Fallmanagement zur Anwendung bringen, durchgeführt. Im Zuge der Fallstudien wurden 37 Leitfadeninterviews abgehalten. Die Interviewpartner*innen variierten je nach Modellprojekt, stets wurden aber Personen aus der Leitungsebene, das in der Klientenbetreuung eingesetzte Personal und Rehabilitand*innen selbst befragt. Das Material wurde daraufhin einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen (Kuckartz, 2018). Besonderes Interesse galt in der Auswertung den Motiven und Zielen für die Einrichtung eines arbeitsteiligen Fallmanagements, den Umsetzungsformen und welche Herausforderungen und Problemlösungsoptionen in der Umsetzung bestehen.

Ergebnisse

Arbeitsteilige Fallmanagementverfahren können sehr unterschiedliche Formen annehmen. Sie variieren nach Größe, Verankerung, Aufbau und Komplexität. In den behandelten Fällen sind meist mehrere Professionen, teilweise auch Peers eingebunden. Mitunter gehören die Teammitglieder auch unterschiedlichen Organisationen an. Das arbeitsteilige Fallmanagement ermöglicht es, eine größere Zahl von Perspektiven, Expertisen und Kompetenzbereichen, die nicht ohne weiteres in einer Person gebündelt werden können, in das Fallmanagement zu integrieren. Individuellen Unterstützungsbedarfen kann mit ihm umfassender Rechnung getragen werden. Ggf. lässt sich mit ihm auch eine größere lebensweltliche Nähe zu den Klient*innen herstellen, sofern auch Peers eingebunden sind. Wegen der größeren Zahl von Ansprechpartner*innen haben die Klient*innen außerdem

bessere Chancen, mit dem Fallmanagementpersonal in Kontakt zu kommen. Andererseits verbinden sich mit diesem Ansatz auch spezifische Herausforderungen. Sie ergeben sich zum einen unmittelbar aus der höheren Zahl von Ansprechpartner*innen, die den Klient*innen mitunter die Orientierung erschwert. Hier wird versucht, die Arbeitsteilung für die Klient*innen möglichst nachvollziehbar zu gestalten und/oder ihnen einen hauptverantwortlichen Ansprechpartner bzw. eine hauptverantwortliche Ansprechpartnerin zuzuordnen. Zum anderen ergeben sich Herausforderungen auf der organisatorischen Ebene hinsichtlich der Zuständigkeitsverteilung im Team und der oft komplexen Arbeits- und Organisationsabläufe. Bewältigungsstrategien hierbei sind die Verabschiedung von formalisierten Beschreibungen der Zuständigkeiten und Abläufe, die Entwicklung neuer Abstimmungs- und Kommunikationsformate, die Schaffung von Gelegenheiten für informellen Austausch im Team, Teamfindungsangebote sowie die Implementierung von datenschutzkonformen Optionen des Informationsaustauschs, der gerade in interorganisational verankerten Fallmanagementteams ein Problem darstellt. Zum Teil wird dies durch die Herstellung räumlicher Nähe im Arbeitsalltag der Teams ergänzt.

Diskussion und Fazit

Das arbeitsteilige Fallmanagement verspricht diverse Vorzüge und Verbesserungen, die auch außerhalb des Rehabilitationssystems und insbesondere dort, wo Schnittstellenprobleme mit intensiven Betreuungsbedarfen zusammentreffen, von Interesse sein dürften. Damit es gut funktionieren kann, gilt es, passende Lösungen für seine Herausforderungen zu finden. Dazu gibt es nun erste Erfahrungen, die in den nächsten Jahren noch vertieft werden. Für das arbeitsteilige Fallmanagement ist es daher wichtig, offen und flexibel in der Umsetzung zu bleiben, um Herausforderungen rechtzeitig zu erkennen und Möglichkeiten für eine angemessene Reaktion zu finden, die sich in der Praxis bewährt.

Take-Home-Message

Das arbeitsteilige Fallmanagement trägt dazu bei, die Begleitung von Rehabilitand*innen auf eine breitere professionelle und institutionelle Grundlage zu stellen und Schnittstellenprobleme zu beheben, bringt allerdings spezifische Herausforderungen mit sich, die es praktisch zu lösen gilt.

Literatur

Brussig, M., Karačić, A., Kraetsch, C., Zapfel, S. (2021): Handlungsansätze in Modellprojekten des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“. Eine Inhaltsanalyse der Anträge bewilligter Projekte. Die Arbeit 1/2021. 21-42.

Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Löcherbach, P. (2018): Fallmanagement in der Rentenversicherung? Vorstellung eines Entwicklungsprojektes und die Bedeutung für die Praxis der Rehabilitation; Beitrag D14-2018 unter www.reha-recht.de; 15.05.2018.

Zapfel, S., Kraetsch, C., Faßmann, H. (2021): Der Präventionsgedanke in der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit (drohender) Behinderung. In: Hollederer, Alfons (Hrsg.): Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag. 449-466.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Forschungsauftrag)

Entwicklung des PadaCura-Fragebogens zur ICF-basierten Erfassung des Erwerbsminderungsrisikos - Ergebnisse einer retrospektiven Fragebogenerhebung

Regina Weißmann; Fanny Loth; Joachim Thomas

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

Hintergrund und Zielstellung

Im Jahr 2020 bezogen in Deutschland über 1.7 Millionen Personen Rente aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit (BMAS, 2021). Bereits seit über 10 Jahren gelten psychische Erkrankungen als die Hauptursachen für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente (von Kardoff et al., 2020). Insbesondere Frauen zeigen ein erhöhtes Risiko für Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankungen, während Männer häufiger aufgrund somatischer Erkrankungen Erwerbsminderungsrente beziehen (Hagen, Himmelreiter, 2015). Die Return-to-Work-Quote aus einer Erwerbsminderungsrente ist sehr gering (Köckerling et al., 2020). Umso wichtiger sind Instrumente, die Risikopotenziale erkennbar machen und so frühzeitige Präventionsmaßnahmen ermöglichen. Hierbei können administrative Daten der Deutschen Rentenversicherung (u.A. Geschlecht, Alter, Nationalität, Einkommen, Bezug von ALG-I/ALG-II, Krankengeld) einen wichtigen Beitrag leisten (Bethge et al., 2020). Die vorliegende Studie beschreibt die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des Erwerbsminderungsrisikos von ALG-I-/ALG-II-EmpfängerInnen (PadaCura: Pass-auf-dich-auf-Fragebogen), der neben administrativen Daten insbesondere berufsrelevante Aktivitäten und Kompetenzen im motorischen, kognitiven und psychischen Bereich berücksichtigt. Um zu überprüfen, inwiefern der PadaCura-Fragebogen zwischen erwerbsgeminderten und arbeitsfähigen Personen differenzieren kann, wurde eine retrospektive Fragebogenerhebung initiiert. Die Entwicklung des PadaCura-Fragebogens ist Teil des Projekts KOPF22 (Förderung: rehapro).

Methoden

Konzeptioneller Hintergrund für die Entwicklung des PadaCura-Fragebogens ist die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), welche die Beschreibung von Funktionsfähigkeit auf verschiedenen Ebenen (Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe, Umwelt- und personbezogene Faktoren) ermöglicht. Zur Erfassung der für das Erwerbsminderungsrisiko bedeutsamen Konstrukte wurde eine umfassende systematische Literaturrecherche unter Einbeziehung von 83 wissenschaftlichen Publikationen vorangestellt. Die identifizierten Einflussfaktoren wurden entsprechenden ICF-Kapiteln zugeordnet.

Der PadaCura-Fragebogen wurde retrospektiv Berufstätigkeit von N=413 ehemaligen ALG-I-/ALG-II-EmpfängerInnen mit Blick auf die Zeit vor Beantragung der Erwerbsminderungsrente bzw. dem Wiedereinstieg in die beantwortet.

Ergebnisse

Der PadaCura-Fragebogen umfasst 51 Items (+21 Optionale bei Angabe schwerer Beeinträchtigungen) aus 6 Teilbereichen: 1) Soziodemographische Angaben, 2) Eingrenzung des Gesundheitsproblems, 3) Motorische Kompetenzen, 4) Gesundheitskompetenz, 5) Kognitive Kompetenzen/psychische Ressourcen, 6) Arbeitsfähigkeit.

Zur Überprüfung relevanter psychometrischer Kennwerte wurde eine Stichprobe von 208 BezieherInnen einer Erwerbsminderungsrente (60% weiblich, ⌀ 42+/-5 Jahre) und 205 Berufstätigen (49% weiblich, ⌀ 37+/-6 Jahre), beide Teilstichproben nach vorangegangenem ALG-I bzw. ALG-II-Bezug in die Analysen eingeschlossen. Die im PadaCura-Fragebogen erfassten Beeinträchtigungen aufgrund von Gesundheitsproblemen zeigten in beiden Teilstichproben eine klare Dominanz in den Bereichen "Muskuloskeletale Erkrankungen" sowie "psychische Erkrankung", wobei der Kontrast zu den anderen Gesundheitsbereichen (Neurologische Erkrankungen, Erkrankungen des Sehens und Hörens, des Herz-Kreislauf-Systems, der Atemwege sowie der inneren Organe) in der Teilstichprobe der Berenteten deutlich stärker ausgeprägt war (20% versus 50% bzw. 23% versus 66%). Das gleiche Bild ergab sich bei der Erfassung der motorischen und kognitiven Kompetenzen / psychischen Ressourcen sowie Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit. Hier lag in der Teilstichprobe der erwerbsgeminderten Personen der Anteil jener, die Schwierigkeiten in mindestens 50% der aufgeführten Bereiche angaben, deutlich höher als in der Teilstichprobe der (wieder) Berufstätigen (32% versus 66%, 34% versus 63% und 38% versus 62%). Der Gesamtprozentsatz für die Vorhersage des Erwerbsminderungsrisikos ergab 74% (Omnibus-Test: $p < 0.001$). Die Receiver-Operating-Characteristic (ROC)-Analyse ergab eine Area Under The Curve von 0.83 und erlaubte in einem weiteren Schritt die Bestimmung von 3 cut-off Werten, die eine mittlere Gefährdung (Erwerbsminderungswahrscheinlichkeit: 20%), eine erhöhte Gefährdung (Erwerbsminderungswahrscheinlichkeit: 40%) und eine hohe Gefährdung (Erwerbsminderungswahrscheinlichkeit: 80%) vorhersagen.

Diskussion und Fazit

In der vorliegenden Studie wurde die retrospektive Perspektive ehemaliger ALG-I-/ALG-II-EmpfängerInnen erhoben. Im nächsten Schritt ist deshalb die Validierung sowie eine Längsschnittuntersuchung mit ALG-I-/ALG-II-EmpfängerInnen zur weiteren Überprüfung der Vorhersagegenauigkeit bedeutsam. Für die Arbeit in den Jobcentern steht die Arbeit mit den Ergebnissen des PadaCura-Fragebogens im Rahmen einer gezielten Beratung von ALG-EmpfängerInnen und die Ableitung von Präventions-/Interventionsmaßnahmen im Vordergrund.

Take-Home-Message

Der PadaCura-Fragebogen zeigt in der Analyse der Vorhersagegenauigkeit zufriedenstellende Werte und kann mit ausreichender Sensitivität und Spezifität zwischen einem geringen, einem mittleren, einem erhöhten und einem hohen Erwerbsminderungsrisiko unterscheiden.

Literatur

Bethge, M., Spanier, K. & Streibelt, M. (2020): Using Administrative Data to Assess the Risk of Permanent Work Disability: A Cohort Study. Journal of Occupational Rehabilitation, 31. 376-382

BMAS (2021): Die Rentenbestände in der gesetzlichen Rentenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. URL: https://www.bmas.de/SharedDocs/Rentenbestandsstatistik-2020.pdf?__blob=publicationFile&v=1 Abruf: 25.10.2022

Hagen, C & Himmelreiter, R.K. (2014): Erwerbsminderungsrente in Deutschland: Ein unterschätztes Risiko (?). Berlin: Duncker & Humblot.
Köckerling, E., Sauzet, O. & Hesse, B. (2020): Return to Work aus einer zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente. Gesundheitswesen, 82(11). 894-900.
Von Kardoff, E., Klaus, S. & Meschnig, A. (2021): Wege psychisch beeinträchtigter Menschen in die EM-Rente und Rückkehrperspektiven aus der EM-Rente in Arbeit: Ansatzpunkte zu frühzeitiger Intervention in biografische und krankheitsbezogene Verlaufskurven. URL: https://bws-institut.de/wp-content/uploads/2017/10/Abschlussbericht_WEMRE_mit_Anhang.pdf, Abruf: 31.10.2022.

Förderung: Fachstelle rehapro

Erprobung einer ganzheitlichen Klärung von Handlungsbedarf bei Erwerbstätigen mit gefährdeter beruflicher Teilhabe: das rehapro-Modellvorhaben GIBI

Saskia Dötsch[1]; David Fauser[2]; Claudia Langer[3]; Claudia Kindel[4]; Vera Kleineke[5]; Matthias Bethge[2]

[1] Rehazentrum im Naturpark Aukrug der Deutschen Rentenversicherung Nord; [2] Universität zu Lübeck; [3] RehaCentrum Hamburg; [4] Rostocker Zentrum für ambulante Rehabilitation GmbH; [5] Deutsche Rentenversicherung Nord

Hintergrund und Zielstellung

Bei Mitarbeiter/-innen mit gefährdeter beruflicher Teilhabe ist eine ganzheitliche Diagnostik erforderlich, um Gesundheitsprobleme zu verstehen und individuelle Lösungsansätze zu finden (Specht et al., 2015). Rehabilitationseinrichtungen verfügen über ein multiprofessionelles Team, um eine intensive ganzheitliche Untersuchung durchzuführen. Aufgrund innerbetrieblicher Kenntnisse über individuelle Gegebenheiten und Anpassungsmöglichkeiten des Arbeitsplatzes können Betriebsärztinnen/-ärzten rehabilitative Prozesse erfolgreich begleiten (Völter-Mahlknecht & Rieger, 2014). Durch das rehapro-Modellvorhaben GIBI (Ganzheitliche Klärung des Interventionsbedarfs bei gefährdeter beruflicher Integration; www.gibi-rehapro.de; Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales) werden diese Expertisen miteinander verbunden und die Entwicklung, Implementierung, Erprobung und Wirksamkeitsprüfung der innovativen Intervention begleitet (Fauser et al., 2022). Dafür entstanden in drei Modellregionen Netzwerke zwischen Betriebsärztinnen/-ärzten, Betrieben und Rehabilitationseinrichtungen. Ziel der Erprobungsstudie war die Beschreibung identifizierter Personen zur Bewertung des Rekrutierungswegs durch die Betriebsärztinnen/-ärzte, die Analyse der Umsetzung der Intervention aus Sicht der Teilnehmenden sowie die Prüfung von Veränderungen von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Beginn zum Ende der Intervention.

Methoden

Die Beobachtungsstudie des Modellvorhabens (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00024522) schließt Mitarbeiter/-innen mit gesundheitlichen Einschränkungen und eingeschränkter Arbeitsfähigkeit ein, die bei der Deutschen Rentenversicherung Nord, Bund, Braunschweig-Hannover oder Knappschaft-Bahn-See versichert sind. Nach der Identifizierung geeigneter Personen erhielten die Teilnehmenden zunächst ein betriebsärztliches Erstgespräch zur Bedarfsanalyse und Erfassung der konkreten Arbeitsplatzanforderungen. Anschließend nahmen die Teilnehmenden an einem zweitägigen Teilhabeassessment in einer der drei Rehabilitationseinrichtungen teil, wo eine ganzheitliche Diagnostik durchgeführt wurde, deren Ergebnisse in einen Profilvergleich zwischen Leistungsfähigkeit und Arbeitsplatzanforderungen flossen. In den darauffolgenden sechs Monaten begleiteten die Betriebsärztinnen/-ärzte die Umsetzung der Lösungsansätze in bis zu vier Nachsorgegesprächen im Betrieb.

Fragebogendaten, die im Erstgespräch sowie im ersten und letzten Nachsorgegespräch erhoben wurden umfassten subjektive Arbeitsfähigkeit (0-10 Punkte) und allgemeine Gesundheit (0-10), sowie Daten zu den wahrgenommenen Inhalten im Erstgespräch (0-15) und im zweitägigen Teilhabeassessment (0-18), zur Konsistenz der Intervention (0-21), sowie zu Bewertungen (1-6, Schulnoten) für das Erstgespräch, das zweitägige Teilhabeassessment und die Nachsorgegespräche.

Anhand deskriptiver Analysen prüften wir die Stichprobenmerkmale und Umsetzung der Intervention. Gemischte lineare Modelle prüften Veränderungen von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit im Zeitverlauf anhand vollständig vorliegender Daten (Signifikanzniveau < 0,05).

Ergebnisse

Für die Analyse wurden Daten von 27 Teilnehmenden berücksichtigt. Zur Zweitbefragung (Beginn Nachsorge) haben 20 Personen (74,1 %), zur Drittbefragung (Ende Nachsorge) 9 Personen (33,3 %) geantwortet. Die Teilnehmenden waren zu 63 % weiblich, im Durchschnitt 46 Jahre alt (SD = 11,5), eher vollzeitbeschäftigt (81 %) und berichteten hauptsächlich eine mäßige (48 %; 28-36 Punkte Work Ability Index) und kritische (36 %; 7-27 Punkte WAI) subjektive Arbeitsfähigkeit.

Im Mittel zeigte sich eine sehr hohe wahrgenommene Therapiedosis im Erstgespräch (14,5 von 15 Punkten) und im zweitägigen Teilhabeassessment (16,7 von 18) sowie eine hohe wahrgenommene konsistente Strategie (18,7 von 21). Die Interventionselemente wurden von den Teilnehmenden im Mittel zwischen gut und sehr gut bewertet: Erstgespräch (Note: 1,3), Teilhabeassessment (1,9), Nachsorge (1,3).

Vom betriebsärztlichen Erstgespräch zu letztem Nachsorgegespräch berichteten die Teilnehmenden eine Verbesserung ihrer subjektiven Arbeitsfähigkeit um durchschnittlich 0,9 Punkte (Differenz = 0,88: 95-%-KI: -0,49 bis 2,26; p = 0,208) und ihrer allgemeinen Gesundheit um 1,4 Punkte (Differenz = 1,39: 95-%-KI: 0,20 bis 2,59; p = 0,023).

Diskussion und Fazit

Die Erprobungsstudie des Modellvorhabens GIBI zeigte erstens, dass durch die Betriebsärztinnen/-ärzte die intendierte Zielgruppe erreicht wurde. Zweitens wurde die

Intervention erfolgreich in drei Rehabilitationseinrichtungen implementiert und die Inhalte der Maßnahme wurden wie intendiert umgesetzt. Drittens konnten erste Hinweise darüber erlangt werden, dass die Intervention zu einer relevanten Verbesserung von Gesundheit führen kann. Zur Bewertung der Wirksamkeit unserer Intervention wird aktuell eine randomisierte kontrollierte Studie mit Wartekontrollgruppe und geplanter Fallzahl von 210 Personen durchgeführt (Fauser et al., 2022; DRKS00027577).

Take-Home-Message

Das Modellvorhaben GIBI bietet einen niedrigschwelligen Zugang zu einem vertrauensvollen, ganzheitlichen und arbeitsplatzorientierten Angebot, dass die berufliche Teilhabe stärken kann. Eine erfolgreiche Durchführung von GIBI erfordert eine enge und motivierte Zusammenarbeit zwischen Betriebsärztinnen/-ärzten sowie Rehabilitationseinrichtungen.

Literatur

Fauser, D., Dötsch, S., Langer, C., Kleineke, V., Kindel, C., Bethge, M. (2022): A comprehensive diagnostic service to clarify intervention needs when work participation is at risk: study protocol of a randomized controlled trial (GIBI, DRKS00027577). BMC Health Service Research, 22. 1142.

Specht, T., Roese, I., Usdrowski, G., Breiholz, J., Feddersen, D., Mux, B. Glaser-Möller, N., Alles, T. (2015): „Um den mache ich mir Sorgen“ – Erfolgreiches Kooperationsprojekt „Grundfos–Aukrug zur -Erhaltung der Beruflichen Integration“ (GABI). Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 31. 37-43.

Völter-Mahlknecht, S., Rieger, M.A. (2014): Patientenversorgung an der Schnittstelle von Rehabilitation und Betriebsärzten. Systematische Literaturübersicht zur Versorgungsgestaltung. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 139. 1609-1614.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Evaluation einer Fallmanagement-Weiterbildung bei der Deutschen Rentenversicherung

Sebastian Ehlen; Milena Arenz; Sandra Kirvel; Hans Oliva

FOGS GmbH - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich

Hintergrund und Zielstellung

Kernziel des vom BMAS geförderten rehapro Vorhabens KiT „Koordination individueller Teilhabe: Bedarfsermittlung und Leistungserbringung wie aus einer Hand“ (2020 bis 2025) ist die Implementation und Erprobung eines Fallmanagementkonzepts (Kaluscha et al., 2017) bei neun Rentenversicherungsträgern (Verbundpartner). Ferner sind weitere sechs Rentenversicherungsträger als Kooperationspartner beteiligt. In der ersten Projektphase wurde die Fachgruppe „Curriculum“ konstituiert, in der Mitarbeitende von Verbund- und Kooperationspartnern unter Anleitung von zwei Fallmanagementexperten die erste Version des Weiterbildungscurriculums „Fallmanagement in der Rehabilitation“ (Löcherbach, Schmidt, 2022) entwickelten, das den Teilnehmenden die Zertifizierung „Case Manager:in“

nach den Richtlinien der DGCC ermöglicht. Im März 2022 konnte die erste Kohorte von Reha(fach)berater:innen die Weiterbildung erfolgreich abschließen.

Methoden

Im April 2022 erhielten 63 Fallmanager:innen der ersten Weiterbildungskohorte einen personalisierten Link für eine Onlinebefragung, von denen 50 teilnahmen. Der teilstandardisierte Fragebogen beinhaltete Fragen zur Evaluation der Weiterbildung als auch zu Chancen und Hürden der Fallmanagement-Implementierung bei den Verbundpartnern. Standardisierte Fragen wurden mit der Software SPSS deskriptivstatistisch ausgewertet, offene Fragen nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) mit MAXQDA.

Ergebnisse

Die Altersspanne in der Stichprobe lag zwischen 27 und 61 Jahren und die am stärksten vertretene Altersgruppe war die von 45 bis 54 Jahre (46 %). 60,4 % der Befragten gaben an, bereits länger als neun Jahre bei der Rentenversicherung beschäftigt zu sein. Mehrheitlich hatten die Fallmanager:innen einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss (78,8 %). Von 44 Fallmanager:innen, die die Frage nach der Zufriedenheit mit der Weiterbildung beantworteten, waren 23 mit der Weiterbildung sehr zufrieden oder zufrieden (52,3 %) und 19 mittelmäßig zufrieden (43,2 %). Die Relevanz der Weiterbildungsinhalte für ihre berufliche Praxis beurteilten 20 Fallmanager:innen als sehr hoch oder hoch (40 %), 29 als durchschnittlich (58 %) und eine:r als gering (2 %). Ferner stimmten 24,5 % der Aussage zu und 59,2 % eher zu, dass sie durch die Weiterbildung ihre Fähigkeiten und Kompetenzen weiterentwickeln konnten (n = 49). Überwiegend positiv bewertet wurden außerdem die Trainer:innen und ihre Art der Wissensvermittlung, die Inhalte der Weiterbildung und die Atmosphäre in den Lerngruppen. Kritisch bewertet wurden hingegen die Reihenfolge der vermittelten Inhalte und teilweise auch ein mangelnder Praxis- bzw. Rentenversicherungsbezug. Abschließend beantworteten 33 Fallmanager:innen die offenen Fragen zu Chancen und 39 zu Hürden der Implementierung von Fallmanagement bei ihrem Träger. Im Zuge der inhaltsanalytischen Auswertung konnten jeweils drei Antwortkategorien zu Chancen und Hürden gebildet werden. Die Kategorien zu Chancen lauten „Bessere und ganzheitlichere Beratung und Betreuung“ (n = 27), „Berufliche Wiedereingliederung und Kosteneinsparungen“ (n = 7) und „Synergien durch Netzwerkaufbau und -arbeit“ (n = 7). Hürden wurden kategorisiert in „Verständnis und Akzeptanz von Fallmanagement in der Organisation“ (n = 11), „Personal- und Zeitressourcen“ (n = 21) und „Interne Verwaltungsabläufe und Bürokratie“ (n = 13).

Diskussion und Fazit

Die Durchführung der Fallmanagement-Weiterbildung unter den Bedingungen der Coronapandemie war für die Organisator:innen, Trainer:innen und Teilnehmer:innen gleichermaßen herausfordernd. Deutlich mehr Weiterbildungsmodule als ursprünglich geplant mussten als Videokonferenzen stattfinden. Zudem musste die pandemische Lage in den vier Modellregionen permanent mit den Beteiligten neu eingeschätzt und kurzfristigere Änderungen der Veranstaltungsformate umgesetzt werden. Trotz der Sorge um einen größeren Qualitätsverlust sowie didaktischer und praxisbezogener Bedenken, fällt das Resümee zur ersten Weiterbildungskohorte positiv aus. Überdies gaben die Fallmanager:innen differenzierte und realistische Einschätzungen zu Chancen und Hürden,

die sie mit der Einführung von Fallmanagement bei ihrem Rentenversicherungsträger verbinden. Als zentrale Chance von Fallmanagement sehen sie eine ganzheitlichere und personenzentrierte Beratung und Betreuung von Versicherten. Als größte Hürde und auch Sorge formulieren sie, dass bei ihren Trägern aufgrund von Zeit- und Personalmangel Fallmanagement nur in Ansätzen und konzeptionell ausgehöhlt umgesetzt wird.

Take-Home-Message

Die Weiterbildung von Reha(fach)berater:innen der Deutschen Rentenversicherung zu Fallmanager:innen wird als Chance für eine ganzheitliche und personenzentrierte Beratung und Wiedereingliederung von Versicherten eingeschätzt, jedoch sollte künftig ein noch passgenauerer Zuschnitt der Inhalte auf die Fallmanagementumsetzung im Kontext der Deutschen Rentenversicherung realisiert werden.

Literatur

Löcherbach, P. & Schmidt, S. (2022). Weiterbildungscurriculum Fallmanagement in der Rehabilitation. Medhochzwei.

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. überarbeitete Auflage. Beltz.

Kaluscha, R., Krischak, G., Schmid, L., Löcherbach, P., Rexrodt C., Toepler, E. (2017). Konzept zum “Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe” der Deutschen Rentenversicherung. Bad Buchau: Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung (ifr) an der Universität Ulm.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Fachstelle rehapro

Studie zur Wirksamkeit einer digitalen Reha-Nachsorge

Julian Fritsch[1]; Katharina Feil[1]; Susanne Weyland[1]; Lena-Marie Rittmann[2]; Detlef Schmidt[2]; Darko Jekauc[1]

[1] Karlsruher Institut für Technologie; [2] Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Hintergrund und Zielstellung

Die Rehabilitation wird als ein wichtiger Baustein angesehen, um die Arbeitsfähigkeit sowie die Gesundheit von erwerbstätigen Personen positiv zu beeinflussen. Um die nachhaltige Wirkung einer Rehabilitationsmaßnahme sicherzustellen, gibt es in Deutschland die Möglichkeit einer intensivierten Reha-Nachsorge (IRENA), die jedoch von vielen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus unterschiedlichen Gründen nicht in Anspruch genommen wird. Hier bieten digitale Angebote eine flexible Alternative, die insbesondere für solche Personengruppen interessant sein könnte, die auf Grund zeitlicher und örtlicher Gründe traditionelle Nachsorge-Angebote nicht wahrnehmen können. Eine Applikation, die eine digitale Nachsorge anbietet, ist CASPAR. Das Ziel der vorliegenden Studie war es, die Wirksamkeit dieser digitalen Nachsorge zu überprüfen. Die Studie wurde im Rahmen von rehapro über das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert.

Methoden

Die Studie hat eine Teil-Randomisierung mit drei Studiengruppen beinhaltet. Eine Studiengruppe bildeten die Personen, welche die traditionelle Reha-Nachsorge IRENA erhalten haben (IRENA-Gruppe), eine zweite Studiengruppe die Personen, welche die digitale Reha-Nachsorge digIRENA mit CASPAR erhalten haben (digIRENA-Gruppe), und eine dritte Studiengruppe war die Kontrollgruppe ohne Nachsorge. Auf Grund des Vorranges der traditionellen Reha-Nachsorge IRENA wurden Personen zunächst an der jeweiligen Klinik gefragt, ob sie daran teilnehmen möchten. Nur falls sie sich dagegen entschieden hatten, wurden sie randomisiert entweder der digIRENA-Gruppe oder der Kontrollgruppe zugewiesen. Die Studie beinhaltete insgesamt vier Messzeitpunkte. Der erste Messzeitpunkt t0 fand vor dem Start der Nachsorge, der zweite Messzeitpunkt t1 in der Mitte der Nachsorge 13 Wochen nach Verlassen der Klinik, der dritte Messzeitpunkt t2 am Ende der Nachsorge 26 Wochen nach Verlassen der Klinik und der vierte Messzeitpunkt t3 als Follow-up 43 Wochen nach Verlassen der Klinik. Dabei wurde bei allen vier Messzeitpunkten der SF-12 (Morfeld et al., 2011) verwendet, um die subjektive Gesundheit zu erfassen und der Work-Ability-Index (Hasselhorn & Freude, 2007), um die Arbeitsfähigkeit zu messen. In der IRENA-Gruppe sowie der digIRENA-Gruppe wurde zudem der Behavioural-Regulation-in-Exercise-Questionnaire-2 (Markland & Tobin, 2004) verwendet, um die Selbstbestimmtheit der Motivation zur Reha-Nachsorge zu erheben.

Ergebnisse

Es haben insgesamt 1056 Personen (MAlter = 54.18 Jahre; 711 Männer, 344 Frauen, 1 divers) an der Studie teilgenommen. Für die psychische Gesundheit (F (1.785, 1484.939) = 17.747; $p < 0.001$; $\eta 2 = 0.021$), körperliche Gesundheit (F (2.438, 1955.007) = 65.369; $p < 0.001$; $\eta 2 = 0.075$) und Arbeitsfähigkeit (F (2.652, 2111.017) = 36.617; $p < 0.001$; $\eta 2 = 0.044$) gab es einen signifikanten Zeiteffekt mit einem Anstieg in allen drei Variablen über die Zeit hinweg. Für die körperliche Gesundheit (F (4.875, 1955.007) = 2.520; $p = 0.029$; $\eta 2 = 0.006$) und Arbeitsfähigkeit (F (2.652, 2111.017) = 36.617; $p < 0.001$; $\eta 2 = 0.044$) gab es zudem einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe, wobei es in der digIRENA-Gruppe den günstigsten Verlauf gab. Diese Interaktionseffekte verschwinden jedoch, wenn Alter und Geschlecht als Kovariaten in die Analysen mitaufgenommen werden. Für die Motivation gab es einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe (F (2.796, 1434.104) = 3.420; $p = 0.019$; $\eta 2 = 0.007$), wobei die IRENA-Gruppe einen günstigeren Verlauf als die digIRENA-Gruppe hatte.

Diskussion und Fazit

Die Erkenntnisse dieser Studie legen nahe, dass eine digitale Nachsorge dabei helfen kann, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Personen zu stärken. Eine digitale Nachsorge scheint als zusätzliches Angebot zur klassischen IRENA eine gute Möglichkeit gerade die Personen zu erreichen, die auf Grund von organisatorischen Gründen (z.B. mangelnde Zeit) nicht an einer klassischen IRENA teilnehmen können. Aus motivationaler Perspektive erscheint es wichtig, dass digitale Anwendungen auf die Bedürfnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eingehen (z.B. Berücksichtigung von sozialen Aspekten).

Take-Home-Message

Die Ergebnisse dieses Projektes sprechen insgesamt dafür, dass im Vergleich zur klassischen IRENA eine digitale Reha-Nachsorge mindestens gleichwertig wirksam ist.

Literatur

Hasselhorn, H.-M., Freude, G. (2007): Der Work Ability Index ein Leitfaden. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Markland, D., Tobin, V. (2004). A modification to the behavioural regulation in exercise questionnaire to include an assessment of amotivation. Journal of Sport and Exercise Psychology. 26, 191–196.

Morfeld, M., Kirchberger, I., Bullinger, M. (2011): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Fachstelle rehapro

Barrieren bei der beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Eine Beschäftigungs- und Bedarfsanalyse zur gelingenden Umsetzung von Inklusion in Cafés

Anna-Maria Stotz

Pädagogische Hochschule Heidelberg

Hintergrund und Zielstellung

Der Bereich der Erwerbsarbeit ist ein entscheidender Ort, an dem die Inklusion von Menschen mit Behinderung gefördert und verwirklicht werden kann. Aufgrund der bedeutsamen Stellung und Funktion der Arbeit im Leben eines Menschen gilt die berufliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung als Schlüssel für eine inklusiver werdende und vielfältige Gesellschaft.

Die Branche der Gastronomie und insbesondere Cafébetriebe sind Orte, die durch die alltäglichen Berührungspunkte von Arbeitgebenden, Mitarbeitenden und Gästen von Begegnung, Austausch und Vielfalt geprägt sind und sich durch vielseitige Arbeits- und Tätigkeitsbereiche auszeichnen. Aus diesem Grund scheinen sie wertvolle Ausgangsbedingungen für die inklusive Beschäftigung zu bieten.

Trotz rechtlicher Rahmenbedingungen, wie den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) nach einem inklusiven Arbeitsmarkt und staatlicher Unterstützungs- und Fördermaßnahmen hat sich die Beschäftigungssituation von Menschen mit Behinderung, vor allem von Menschen mit einer Schwerbehinderung, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt je-doch nur unwesentlich verbessert. In Deutschland arbeitet derzeit nur eine geringe Anzahl an Cafébetrieben inklusiv.

Die Realisierung der beruflichen Teilhabe befindet sich somit in einem Spannungsfeld zwischen menschenrechtlichem Anspruch und vielfältigen Barrieren auf Seiten der Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden.

Die Masterarbeit setzt an einer Forschungslücke an, indem sie sich explizit auf die Branche der Gastronomie bezieht und insbesondere Cafébetriebe und Arbeitgebende als Ort und Gestalter der beruflichen Inklusion in den Vordergrund rückt.

Das Ziel der empirischen Arbeit besteht zunächst in einer Beschäftigungs- und Bedarfsanalyse. Diese dient der Identifikation bestehender Barrieren und Exklusionsmechanismen sowie der Erfassung des Unterstützungsbedarfs aus Perspektive der Arbeitgebenden nicht inklusiv 3 arbeitender Cafébetriebe. Ausgehend von den Forschungsergebnissen werden nachfolgend branchenspezifische Handlungsempfehlungen zur Überwindung der Beschäftigungshemmnisse abgeleitet.

Methodik

Zur Identifikation der vorhandenen Barrieren und des Unterstützungsbedarfs Arbeitgebender wurden mit der qualitativen Untersuchungsmethode des problemzentrierten und leitfadengestützten Interviews nach Witzel (1982) acht Arbeitgebende von Cafébetrieben, die

nicht von der gesetzlichen Beschäftigungspflicht betroffen sind, im städtischen und ländlichen Raum Baden-Württembergs im Zeitraum Mai bis Juni 2022 befragt. Die Interviews wurden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) ausgewertet.

Ergebnisse

Einen bedeutsamen Einfluss auf die Einstellung und Beschäftigung von Menschen mit (Schwer-) Behinderung nehmen mentale und sozialpsychologische Barrieren. Diese resultieren unter anderem aus fehlendem oder geringem Wissen in Bezug auf die Behinderungsform, Behinderungsschwere und den Umgang mit Personen mit (Schwer-) Behinderung. Unsicherheiten oder behinderungsspezifische Verallgemeinerungen und Wahrnehmungen sind die Folge, die bei der Umsetzung der beruflichen Teilhabe erschwerend wirken. Bei den institutionellen und unternehmenskulturellen Barrieren sind die Leistungsfähigkeit und berufs- bzw. tätigkeitsbezogene Qualifikationen und Anforderungen entscheidende Einstellungskriterien, die, wie Arbeitgebende antizipieren, nicht oder nicht in ausreichendem Maße von Arbeitnehmenden mit (Schwer-) Behinderung erfüllt werden können. Auch werden Befürchtungen hin-sichtlich eines vermehrten zeitlichen, finanziellen und verwaltungstechnischen Aufwandes deutlich. Strukturelle Barrieren beziehen sich auf Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Arbeitnehmenden mit (Schwer-) Behinderung. Staatliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeits-leben werden mitunter als wenig passgenau und förderlich eingestuft und resultieren aus einem Informations- und Beratungsdefizit hinsichtlich den Leistungsträgern und Leistungserbringern sowie den Unterstützungs- und Fördermaßnahmen.

Ein Vermittlungs- und Jobportal, individuelle Förderpläne, die Förderung von gesellschaftlicher Toleranz und Akzeptanz, die Expertise durch einen inklusiv arbeitenden Cafébetrieb, die Vorbereitung des Cafébetriebs auf die berufliche Inklusion durch Schulungen und die Etablierung eines privaten Inklusionsdienstes sind konkrete Verbesserungsvorschläge Arbeitgebender und verdeutlichen deren Unterstützungsbedarf.

Diskussion und Fazit

Wie auch nationale und internationale Forschungsergebnisse nachdrücklich verdeutlichen, können mentale und sozialpsychologische Barrieren als eine der größten Hemmnisse bei der Umsetzung der beruflichen Teilhabe benannt werden. Informations- und Beratungsangebote werden von Arbeitgebenden vorrangig als wirkungsvoll erachtet.

Die Masterarbeit kann der weiterführenden Forschung dienlich sein, indem in einem nächsten Schritt untersucht wird, wie und unter welchen Bedingungen die berufliche Teilhabe in unterschiedlichen Branchen oder bei unterschiedlichen Behinderungsformen umgesetzt werden kann.

Take-Home-Message

Die Verminderung von Exklusionsmechanismen sowie die Verknüpfung wirtschaftlichen Handelns mit sozialer Verantwortung beinhaltet durch die Einstellung und Beschäftigung von Menschen mit (Schwer-) Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einen Mehrwert. Der Mehrwert einer vollwertigen Inklusion lässt sich dabei, ausgehend vom Bereich des Arbeitens, auf alle gesellschaftlichen Bereiche übertragen und setzt eine Aufmerksamkeit und gesellschaftliches Umfeld voraus, das von Vielfalt und Chancengleichheit geprägt ist.

Literatur

Becker, H. (2016). … inklusive Arbeit! Das Recht auf Teilhabe an der Arbeitswelt auch für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf. Weinheim: Beltz.

Bonaccio, S., Connelly, C. E., Gellatly, I. R., Jetha, A. & Martin Ginis, K. A. (2020). The Participation of People with Disabilities in the Workplace Across the Employment Cycle: Employer Concerns and Research Evidence. Journal of Business and Psychology, 35(2), 135-158.

Eikötter, M. (2017). Inklusion und Arbeit. Zwischen Rechts- und Ermessensanspruch: Rechte und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen nach Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland (Inklusive Bildung). Weinheim: Beltz.

Kardoff, E. von, Ohlbrecht, H. & Schmidt, S. (2013). Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen. Expertise im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Zugriff am 02.05.2022. Verfügbar unter: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise_zugang_zum_allg_arbeitsmarkt_f_menschen_mit_behinderungen.pdf;jsessionid=B868B4B10162DAF3F36C1812AAB14720.intranet242?__blob=publicationFile&v=3 5.

Niehaus, Mathilde & Bauer, J. (2013). Chancen und Barrieren für hochqualifizierte Menschen mit Behinderung. Übergang in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis. Pilotstudie zur beruflichen Teilhabe. Abschlussbericht. Bonn: Aktion Mensch. Zugriff am 02.05.2022. Verfügbar unter: https://promi.uni-koeln.de/wp-content/uploads/2014/03/Niehaus-Bauer-2013-Chancen-und-Barrieren-fuer-hochqualifizierte-Menschen-mit-Behinderung-Abschlussbericht.pdf.

Die Bedeutsamkeit von Teamberatungen im Kontext der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Personen - eine qualitative Untersuchung im BTZ Leipzig am BFW Leipzig

Pauline Bart

Werkstudentin Berufliches Trainingszentrum, Technische Universität Chemnitz

Hintergrund und Zielstellung

Die Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Personen ist durch das häufige Erleben von Konflikten in komplexen sozialen Situationen und durch krankheitsspezifische Symptome der Patient:innen oder Klient:innen geprägt. Für Fachkräfte in psychosozialen Berufen stellen diese speziellen Arbeitsanforderungen eine besondere Herausforderung im Arbeitsalltag dar (Lloyd et al., 2002), was die Wahrscheinlichkeit für emotionale Erschöpfung und Depersonalisation (Merkmale des Burnout-Syndroms) erhöht (Acker, 1999). Darüber hinaus bestehen in diesen Organisationen weitere Arbeitsanforderungen, die zu einem höheren Belastungserleben bei Beschäftigten führen können und damit im schlimmsten Fall negative gesundheitliche Folgen nach sich ziehen. Zu diesen Belastungsfaktoren zählen beispielsweise Workload, Involviertheit mit Patienten, fehlende soziale Unterstützung und

Rollenkonflikte (Coyle et al., 2005). Eine entscheidende Ressource ist die Unterstützung durch Teamkolleg:innen, die sich stresspuffernd auf die Mitarbeitenden auswirken kann und somit Belastungssituationen reduziert (Burisch, 2014). Diese Unterstützung kann beispielsweise in Form von Teammeetings bzw. Teamberatungen erfolgen. Neben den positiven Auswirkungen auf die Gesundheit können sich effektive Teammeetings auch förderlich auf die Teamproduktivität und den organisationalen Erfolg auswirken (Kauffeld & Lehmann-Willenbrock, 2012).

Inwieweit Teamberatungen bedeutsam für Beschäftigte in der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen sind, wurde in dieser Bachelorarbeit untersucht. Dabei wurde speziell geschaut, wie diese umgesetzt werden und welche Faktoren sich als nützlich bzw. problematisch erweisen. Des Weiteren wurden beanspruchende Arbeitsanforderungen durch die Klientel und unabhängig von der Klientel näher beleuchtet.

Methodik

Im Beruflichen Trainingszentrum am Berufsförderungswerk Leipzig finden regelmäßig Teamberatungen im interdisziplinären Team der berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme statt. Zum Team gehören Sozialpädagog:innen, Psycholog:innen, Ergotherapeut:innen, Ökotropholog:innen und Ausbilder:innen in spezifischen Fachbereichen. Die Teamberatungen dieses Teams dienten als Grundlage der Untersuchung im Rahmen der Bachelorarbeit. Zur Datenerhebung wurde eine Kombination aus qualitativen Interviews und teilnehmender Beobachtung gewählt. Diese wurden im genannten Team der Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme (N=10) im Sommer 2022 durchgeführt und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Durch die Interviews sollte ein Einblick in die Arbeitsanforderungen und Wahrnehmung der Teamberatung sowie der sozialen Unterstützung gewonnen und gleichzeitig den Befragten Raum für ihre subjektiven Sichtweisen geboten werden. In zwei durchgeführten teilnehmenden Beobachtungen der Teamberatungen sollte das Augenmerk auf Redeanteile, soziale Unterstützung und funktionale/dysfunktionale Kommunikation gerichtet werden. Dabei diente ein Beobachtungsprotokoll dazu, Verzerrungstendenzen zu minimieren und den Fokus auf die genannten Kriterien zu lenken. Die qualitative Vorgehensweise sollte dabei unterstützen, nützliche und problematische Faktoren der Teamberatungen - unter anderem in Hinblick auf die Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen - zu identifizieren.

Ergebnisse

Die Auswertung zeigt, dass die Teamberatungen insgesamt als positiv bewertet wurden. Sie wurden als sehr hilfreich für die organisatorischen Abläufe, Abstimmungen und kollegiale Unterstützung wahrgenommen. Als verbesserungswürdige Faktoren konnten Zeitmanagement, Strukturierung und Disziplin sowie der Wunsch nach häufigeren Teamsupervisionen identifiziert werden. Die Beobachtungen lieferten darüber hinaus Erkenntnisse, dass ungleiche Redeanteile problematisch sein könnten. Außerdem waren das Überwiegen der beratenden (z.B. durch Ratschläge) und informationellen (z.B. durch fachliche Informationen) sozialen Unterstützung innerhalb der Teamberatungen sowie hauptsächlich funktionale Interaktionen (z.B. Problemlösen und Handlungsplanung) zu beobachten. Des Weiteren konnten die Teammitglieder auf weitere Ressourcen außerhalb der Teamberatungen zurückgreifen, um mit belastenden und beanspruchenden

Arbeitsanforderungen umzugehen, die durch berufsspezifische Klientel und zusätzlich beispielsweise hohen Workload zustande kamen.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse legen nahe, dass die wöchentlich durchgeführten Teamberatungen den Arbeitsalltag weit über die soziale Unterstützung hinaus positiv beeinflussen und somit essenziell für die Arbeit im beruflichen Trainingszentrum sind, jedoch durch Verbesserungen noch Potenzial für die Erhöhung der Effektivität und Zufriedenheit besteht. Die qualitative Methodik stellte sich als bereichernd heraus, da ein intensiver und erweiternder Einblick in die subjektiven Sichtweisen der Mitarbeitenden möglich war. Trotz dessen sind die Ergebnisse mit Rücksicht auf Verzerrungen und Fehler, die in persönlichen Interviews und Beobachtungen auf Seiten der Forschenden sowie der Erforschten auftreten können, zu betrachten. Es bleiben zudem weitere Fragen offen, die zukünftig beforscht werden sollten, beispielsweise wie die Effektivität von Teamberatungen verbessert werden könnte oder aberauch, welche Interventionen umgesetzt werden könnten, um außerhalb der Teamberatungen eine Beanspruchungsreduktion bei der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Personen zu bewirken. Insgesamt leiten sich Implikationen für sämtliche Institutionen ab, in denen das Augenmerk verstärkt auf die Verbesserung der Teamkommunikation durch beispielsweise Teamberatungen gelegt werden sollte, um salutogene Arbeitsbedingungen zu fördern und damit positive Wirkungen auf individueller, teambezogener und organisationaler Ebene zu erzielen.

Literatur

Acker, G. M. (1999). The impact of clients' mental illness on social workers' job satisfaction and burnout. Health & Social Work, 24(2), 112–119. https://doi.org/10.1093/hsw/24.2.112

Burisch, M. (2014). Das Burnout-Syndrom (5. Aufl.). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/3-540-29660-3

Coyle, D., Edwards, D., Hannigan, B., Fothergill, A., & Burnard, P. (2005). A systematic review of stress among mental health social workers. International Social Work, 48(2), 201–211. https://doi.org/10.1177/0020872805050492

Kauffeld, S., & Lehmann-Willenbrock, N. (2012). Meetings matter: Effects of team meetings on team and organizational success. Small Group Research, 43(2), 130–158. https://doi.org/10.1177/1046496411429599

Lloyd, C., King, R., & Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. Journal of Mental Health, 11(3), 255–265. https://doi.org/10.1080/09638230020023642

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (12., überarbeitete Auflage). Beltz.

Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation von Suchterkrankungen

Selina Jackob

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Ziel

Durch den Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie kam es in der Gesundheitsversorgung zu Veränderungen, um einerseits die akute Behandlung von an COVID-19 erkrankten Personen gewährleisten zu können und andererseits das Infektionsrisiko von vulnerablen Personen mit Vorerkrankungen zu verringern (DHS, 2021; Scheidt-Nave, 2020). Studien zu den Auswirkungen der nicht-medizinischen Infektionsschutzmaßnahmen auf den Konsum von Alkohol und illegalen Drogen zeigten, dass die Situation ebenso ein verändertes Konsumverhalten und besonders eine Zunahme der Häufigkeit des Konsums zur Folge hatte (Georgiadou et al., 2020; Kim et al., 2020). Wir haben untersucht, welchen Einfluss die Pandemie auf die Inanspruchnahme der medizinischen Suchtrehabilitation bei Betroffenen mit einer Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit hat.

Methodik

Mithilfe monatlicher Querschnittsdaten der Deutschen Rentenversicherung wurde eine Difference-in-Differences-Analyse durchgeführt, die die Inanspruchnahme der Rehabilitationen von Januar bis September 2019 und 2020 verglich. Für die Primäranalyse wurde ein Effekt der Pandemie ab April angenommen, für eine Sensitivitätsanalyse bereits ab März. Die Festlegung des Vor- und Nachbeobachtungszeitraums orientierte sich an der Erklärung des Bundestags, der am 27. März 2020 eine epidemische Lage nationaler Tragweite feststellte.

Ergebnisse

Die Zahl der durchgeführten Rehabilitation bei Suchterkrankungen ist von 23.963 im Zeitraum von Januar bis September 2019 auf 21.977 Rehabilitationen in den ersten drei Quartalen 2020 gesunken. Besonders deutlich war dieser Rückgang von März bis Mai, am stärksten im April mit 34,0 % bei Alkoholabhängigkeit und 24,8 % bei Drogenabhängigkeit. Die Difference-in-Differences-Analyse mit einem Nachbeobachtungszeitraum von April bis September konnte nur für die Männer einen statistisch signifikanten pandemiebedingten Rückgang der Rehabilitationen identifizieren. Dieser betrug 4,5 %. Die Sensitivitätsanalyse ermittelte für die Gesamtpopulation für März bis September einen statistisch signifikanten pandemiebedingten Rückgang der Suchtrehabilitationen von durchschnittlich 6,6 % gegenüber 2019. Die Sensitivitätsanalysen legten zudem einen statistisch signifikanten pandemiebedingten Rückgang für Männer (7,7 %), Personen mit Alkoholabhängigkeit (6,5 %), Personen aus den alten Bundesländern (6,5 %) und insbesondere aus Baden-Württemberg (14,1 %) und Sachsen (15,5 %) nahe.

Diskussion

Durch eine reduzierte Belegung von Akutkliniken und Krankenhäusern, verlängerte Antrittszeiten sowie teilweise komplette Aufnahmestopps auch in Einrichtungen für eine

Akutbehandlung zum körperlichen Entzug als Voraussetzung für eine Rehabilitation kam es zu einem Rückgang in Anspruch genommener Rehabilitationen. Dieser fiel allerdings geringer aus als für Rehabilitationen aufgrund anderer Gesundheitsprobleme. Neben eingeschränkten Versorgungsangeboten dürften jedoch auch Verhaltensänderungen durch einschränkende Maßnahmen sowie persönliche Einstellungen und Ängste zu einem Rückgang bei der Rehabilitationsinanspruchnahme geführt haben (DHS, 2022; Winkler et al., 2021). Durch die Pandemie wurde auch das Suchtverhalten beeinflusst. Das Sozialleben außerhalb des eigenen Haushalts wurde teilweise stark eingeschränkt. Fehlende soziale Interaktionen oder ein verändertes Zusammenleben können zu einer stärkeren psychischen Belastung führen und einen gesundheitsschädlichen Konsum begünstigen (Winkler et al., 2021). Weitere Studien sollten die Auswirkungen der Pandemie auf das Suchtverhalten berücksichtigen und das Verhältnis von inzidenten Abhängigkeitserkrankungen und durchgeführten Rehabilitationen prüfen. Die Gründe für ein verändertes Verhalten bei der Rehabilitationsinanspruchnahme sollten genauer untersucht werden, um darauf aufbauend Strategien zum Beispiel zur Steigerung der Inanspruchnahme in herausfordernden Situationen wie einer Pandemie entwickeln zu können.

Fazit und Take-Home-Message

Der Rückgang der Inanspruchnahme von Rehabilitationen und der gleichzeitige Anstieg des Substanzkonsums, besonders bei vulnerablen Gruppen, also Personen, die bereits vor der Pandemie einen erhöhten Konsum aufgewiesen haben, stellt ein Problem für die Versorgung dar. Gefährdete Gruppen müssen auch bei einer Mehrbelastung des Gesundheitssystems und besonderen Herausforderungen durch die Infektionsschutzmaßnahmen Hilfe erhalten. Um die Bedarfe und Bedürfnisse in der Versorgung suchtgefährdeter sowie bereits suchterkrankter Personen in Krisensituationen erfüllen zu können, ist es sinnvoll, basierend auf den Erfahrungen der vergangenen zwei Jahre Strategien zu entwickeln, um diese für die noch andauernde Pandemie sowie für zukünftige herausfordernde Ereignisse nutzen zu können.

Literatur

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). (2021). DHS Jahrbuch Sucht 2021. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). (2022). DHS Jahrbuch Sucht 2022. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Georgiadou, E., Hillemacher, T., Müller, A., Koopmann, A., Leménager, T. & Kiefer, F. (2020). Alkohol und Rauchen: Die COVID-19-Pandemie als idealer Nährboden für Süchte. Dtsch Arztebl, 117(25) A-1251 / B-1060.

Kim, J., Majid, A., Judge, R., Crook, P., Nathwani, R., Selvapatt, N., Lovendoski, J., Manousou, P., Thursz, M., Dhar, A., Lewis, H., Vergis, N. & Lemoine, M. (2020). Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder. Lancet Gastroenterol Hepatol, 5(10), 886-887.

Scheidt-Nave, C., Barnes, B., Beyer, A.-K., Busch, M.,Hapke, U., Heidemann, C., Imhoff, M., Mumm, R., Paprott, R., Steppuhn, H., von Berenberg-Gossler, P. & Kraywinkel, K. (2020). Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland – Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie [Themenheft]. Journal of Health Monitoring, 5 (S10).

Winkler, J., Masah, D., Moran, J., Bretz, J., Tsagkas, I., Goldschmidt, T. & Schouler- Ocak, M. (2021). Psychische Belastung während der COVID-19-Pandemie: Konsequenzen für psychiatrisch Erkrankte und therapeutische Implikationen. Nervenarzt, 92, 243-251.

Validität des Modified Spinal Function Sort (M-SFS) bei Patientinnen mit Mammakarzinom im erwerbsfähigen Alter

Sina Marquardt

Zentrum für Integrative Psychiatrie Lübeck

Hintergrund und Zielsetzung

Der Modified Spinal Function Sort (M-SFS) ist ein Fragebogen zur Messung der selbstwahrgenommenen funktionellen Leistungsfähigkeit von PatientInnen. Im Besonderen legt der M-SFS einen Fokus auf alltags- und arbeitsbezogene Aufgaben und wird von der Deutschen Rentenversicherung in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation zur Identifizierung von Teilhabe- und Aktivitätseinschränkungen vorgeschlagen (Matheson et al., 1993; Löffler et al., 2012; Janssen et al., 2016). Bisher wurde der M-SFS nur im Zusammenhang mit orthopädischen Erkrankungsbildern auf Gütekriterien untersucht (Trippolini et al., 2015, 2018). Ergebnisse zu Gütekriterien des M-SFS in der Anwendung bei Patientinnen mit Mammakarzinom liegen bisher nicht vor. Eine Rehabilitation und eine Rückkehr in die Berufstätigkeit ist aufgrund besserer Behandlungsmöglichkeiten und steigender Überlebensraten jedoch auch für immer mehr Patientinnen nach Mammakarzinom-Diagnose eine Perspektive (Lin et al., 2019). Diese Arbeit soll daher eine erste Aussage über die Validität des Einsatzes des M-SFS bei Patientinnen mit Mammakarzinom treffen.

Methodik

Der M-SFS sowie der European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (Version 3) (EORTC) wurden bei 50 Probandinnen aus zwei deutschen onkologischen Rehabilitationskliniken erhoben. Es erfolgte die Berechnung von Cronbachs Alpha, die Ermittlung von Korrelationen mit Kendalls Tau zwischen dem M-SFS und verschiedenen Skalen des EORTC sowie eine explorative Faktorenanalyse (EFA). Eingeschlossen wurden Patientinnen mit der Diagnose Mammakarzinom im Alter zwischen 18 und 65 Jahren. Ausschlusskriterien wurden keine festgelegt.

Ergebnisse

Cronbachs Alpha ergab einen Wert von 0,954. Die erwarteten Korrelationen von neun a priori aufgestellten Hypothesen zwischen dem M-SFS und dem EORTC erfüllten sich zu 77,78% und unterstützen damit die Konstruktvalidität. Abweichend zu den aufgestellten Hypothesen konnte eine hohe Korrelation von $r = -,608$ zwischen dem M-SFS und der Schmerzskala des EORTC festgestellt werden. Die EFA ergab eine Drei-Faktoren-Lösung mit einer aufgeklärten Varianz von 70,16 %. Es konnte eine Einteilung in die Faktoren „Heben und Tragen“, „Alltagstätigkeiten“ und „monotone Haltungen“ getroffen werden. Zwischen den Faktoren wurden hohe Korrelationen $|r| > 0,5$ ermittelt.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Studie unterstützen die Validität des M-SFS bei Patientinnen mit Mammakarzinom. Die hohe Korrelation des M-SFS mit der Teilskala zu Schmerz im EORTC deutet zudem darauf hin, dass Schmerz für die Funktionsfähigkeit von Patientinnen mit Mammakarzinom eine hohe Relevanz hat.

Die Ergebnisse sind allerdings vor dem Hintergrund der folgenden Limitationen zu betrachten. Erstens ist für eine explorative Faktorenanalyse eine größere Stichprobe anzustreben (Floyd & Widaman, 1995; Terwee et al., 2007). Zweitens bedarf die in dieser Arbeit ermittelte Drei-Faktoren-Struktur einer Bestätigung durch eine konfirmatorische Faktorenanalyse. Die hohen Korrelationen zwischen den ermittelten Faktoren deuten darauf hin, dass die mit dem M-SFS gemessenen funktionellen Selbstwirksamkeitserwartungen drei Faktoren zugeordnet werden können, die wiederum einen Generalfaktor repräsentieren, der die Selbsteinschätzung der funktionellen Fähigkeiten abbildet. Drittens kann der hohe Wert für Cronbachs Alpha durch die hohe Itemanzahl begünstigt sein. Eine Itemreduktion könnte sinnvoll sein (Streiner, 2003). Viertens ist auch bezüglich der für die Konstruktvalidität gerechneten Korrelationen zwischen dem M-SFS und den Skalen des EORTC eine Reproduktion der Ergebnisse mit größeren Stichproben sinnvoll, um genauere Schätzungen zu erreichen. Zukünftige Arbeiten sollten die Reliabilität sowie die Responsiveness auch im Rahmen von Längsschnittstudien untersuchen. Zudem könnten nach Nebenerkrankungen, Erkrankungsschwere und Erkrankungsdauer stratifizierte Analysen klären, ob die Validität durch diese Faktoren beeinflusst ist.

Take-Home-Message

Diese Arbeit liefert erste Hinweise für die Validität des M-SFS in der Anwendung bei Patientinnen mit Mammakarzinom. Für eine Anwendung des M-SFS bei Patientinnen mit Mammakarzinom sind aber weitere Studien mit größeren Fallzahlen erforderlich.

Literatur

-

Lebensqualität, psychosoziale Belastung und Rückkehr zur Arbeit 2 Jahre nach radikaler Zystektomie aufgrund eines Harnblasenkarzinoms

Guido Müller[1]; Marius C. Butea-Bocu[1]; Henning Bahlburg[2]; Tabea Hellmann[2]; Fabian Schuster[2]; Florian Roghmann[2]; Joachim Noldus[2]

[1] Urologisches Kompetenzzentrum für die Rehabilitation der Kliniken Hartenstein;
[2] Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum

Hintergrund und Zielstellung

Das Urothelkarzinom der Harnblase liegt unter Einschluss auch nicht-invasiver Tumore mit nahezu 30.000 Neuerkrankungen pro Jahr an fünfter Stelle bösartiger Neubildungen in Deutschland (Robert-Koch-Institut, 2016). Für Patienten im erwerbsfähigen Alter ist die berufliche Reintegration oftmals von zentraler Bedeutung für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung und eine möglichst umfassende Wiedereingliederung in das familiäre und soziale Umfeld. Es soll evaluiert werden, wie sich die Lebensqualität, die psychosoziale Belastung und die Berufstätigkeit 2 Jahre nach dem uroonkologischen Maximaleingriff, der radikalen Zystektomie (RZE) und Harnableitung in Form eines Ileum Conduits (IC) oder einer orthotopen Ileum Neoblase (NB) darstellen.

Methoden

Im Rahmen einer prospektiven Versorgungsforschungsstudie wurden 230 präoperativ berufstätige Patienten von 04/2018 bis 12/2019 nach RZE und IC- oder NB-Anlage aufgrund eines Urothelkarzinoms der Harnblase mit Beginn der Anschlussrehabilitation (AR) in die Studie eingeschlossen. Im letzten Follow up der Studie wurden nun 2 Jahre nach der RZE erneut die Lebensqualität (EORTC QLQ-C30 und QLQ-BLM30), die psychosoziale Belastung (Fragebogen zur Belastung Krebskranker FBK-R10) und die Rückkehr zur Arbeit evaluiert. Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um unabhängige Prädiktoren zu identifizieren.

Ergebnisse

Zur Harnableitung erhielten von den präoperativ berufstätigen Studienteilnehmern 77,8% eine NB bzw. 22,2% ein IC. Patienten mit einer NB waren im Median etwas jünger als IC-Patienten (58 Jahre (IQR 55–61) versus 61 Jahre (IQR 57–62); p=0,099). Die IC-Patienten hatten im Vergleich zu Patienten mit einer Neoblase signifikant häufiger lokal fortgeschrittene Tumorstadien (≥pT3: 43,1% versus 22,9%; p < 0,001) und häufiger Lymphknotenmetastasen (23,5% versus 12,8%; p < 0,001). Am Ende der AR bestand bei 77,4% der Patienten eine subjektiv positive Erwerbsprognose (NB 82,1% versus IC 60,8%; p < 0,001). Insgesamt waren bis 2 Jahre nach der AR 37 Patienten (16,1%) verstorben. Die mediane postoperative Überlebenszeit betrug 302 Tage (IQR 204-482). Einen Rücklauf der postalischen Nachbefragung erhielten wir 2 Jahre nach der AR von 159 Patienten (69,1%). Angaben zur Erwerbstätigkeit machten 95,0% der Patienten. Berufstätig waren demnach zum Zeitpunkt 2 Jahre nach der AR 68,2% der Patienten. Zu 90,3% waren diese Patienten wieder in Vollzeit

tätig. Dauerhaft berentet waren 18,5%. Die subjektive berufliche Leistungsfähigkeit, beurteilt auf einer visuellen Analogskala (0-10), war im Median bei den Patienten mit einer Neoblase etwas besser als bei den Conduit-Patienten (8 versus 7 Punkte; p=0,048).

Positive Prädiktoren für die Rückkehr zur Arbeit 2 Jahre nach der AR waren in der univariaten logistischen Regressionsanalyse ein Alter unter 60 Jahren (OR 7,212; 95% CI 3,337-15,583; p < 0,001) und die Harnableitung in Form einer Neoblase (OR 2,416; 95% CI 1,054-5,434; p=0,037). In der multivariaten Analyse konnte alleinig ein Alter unter 60 Jahren (OR 7,730; 95% CI 3,369-17,736; p < 0,001) als positiver Prädiktor für eine Rückkehr zur Arbeit 2 Jahre nach der AR identifiziert werden. Das Geschlecht, die OP-Technik (offen versus Roboter-assistiert laparoskopisch), das Tumorstadium und der sozioökonomische Status beeinflussten in der Regressionsanalyse die Rückkehr zur Arbeit nicht.

Diskussion und Fazit

Nach der radikal-chirurgischen Therapie eines Harnblasenkarzinoms soll gemäß der „S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms“ den Patienten eine AR empfohlen werden. Die Zielsetzung einer AR ist, eine rasche und nachhaltige Wiederbefähigung zur Teilhabe am normalen gesellschaftlichen, sozialen und beruflichen Leben zu ermöglichen (Deutsche Krebsgesellschaft, 2020).

Die aktuelle Versorgungsforschungsstudie zu Patienten nach einer radikalen Zystektomie aufgrund eines Harnblasenkarzinom stellt in ihrer Qualität und Quantität sowie Tiefe der inhaltlichen Betrachtung ein „Leuchtturm-Projekt“ dar. In einem kurzen und aktuellen Zeitsegment von 21 Monaten wurden prospektiv 842 Patienten in die Studie eingeschlossen. Die Studienteilnehmer wurden zu 5 Evaluationszeitpunkten (Beginn und Ende der AR, sowie 6,12 und 24 Monate nach der AR) hinsichtlich ihres onkologischen, funktionellen und sozialmedizinischen Outcomes als auch in Bezug auf ihre Lebensqualität und psychosoziale Belastung analysiert. Die Ergebnisse unserer Studie informieren Kliniker, Patienten und politische Entscheidungsträger gleichermaßen über den weiteren postoperativen Verlauf nach diesem uroonkologischen Maximaleingriff.

Take-Home-Message

Während sich nach einer radikalen Zystektomie und Harnableitung in Form eines Conduits oder einer Neoblase aufgrund eines Harnblasenkarzinoms im Median sämtliche Funktionsskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der präoperativ berufstätigen Patienten auch nach der AR weiter verbesserten sowie 2 Jahre nach der AR auch knapp 70% der Patienten wieder erwerbstätig waren, zeigten insgesamt 46,5% der Patienten wieder eine höhere psychosoziale Belastung, weshalb die Patienten auf heimatnahe psychosoziale Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und die Option eines stationären Tumornachsorgeheilverfahrens hingewiesen werden sollten.

Literatur

Deutsche Krebsgesellschaft (2020). S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenk., Langversion 2.0. AWMF-Registrierungsnummer 032/038OL https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/harnblasenkarzinom Ab. 22.10.2022

Robert-Koch-Institut (2016). Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016.

Förderung: Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen (ARGE)

Prospektive Studie zur Erfassung des Rehabilitationsbedarfs, Lebensqualität und therapeutischer Effekte in der onkologischen Rehabilitation – Erfahrungen aus der Schweiz

Holger G. Hass[1], Daniel Büche[2]; Björn Janssen[3]; Stefan Bachmann[4]

[1] Klinik Gais; IREFOS (Institut für Rehabilitationsforschung und Survivorship), Scheidegg; [2] Klinik Gais; [3] Rehabilitationszentrum Walenstadtberg; [4] Rehazentrum Valens

Hintergrund und Zielstellung

Jährlich erkranken ca. 43.500 Menschen in der Schweiz an Krebs (NKRS, 2021). Durch moderne, zunehmend multimodale Krebstherapien können immer mehr von diesen Betroffenen geheilt oder langfristig „chronisch erkrankt“ weiterleben. Der Preis für diesen therapeutischen Fortschritt ist jedoch häufig eine Vielzahl somatischer Nebenwirkungen und teils chronische Toxizitäten (Dorey et al., 2021). Dies und die onkologische Diagnose können zudem zu hohen psychischen Belastungen und einer reduzierten Lebensqualität führen (Hass et al., 2022). Ziele dieser prospektiven Datenanalyse war es, diese somatischen sowie psychischen Beschwerden der Patienten bei Aufnahme zu erheben sowie die therapeutischen Effekte der onkologischen Rehabilitation zur Verbesserung dieser Beschwerden zu beurteilen.

Methoden

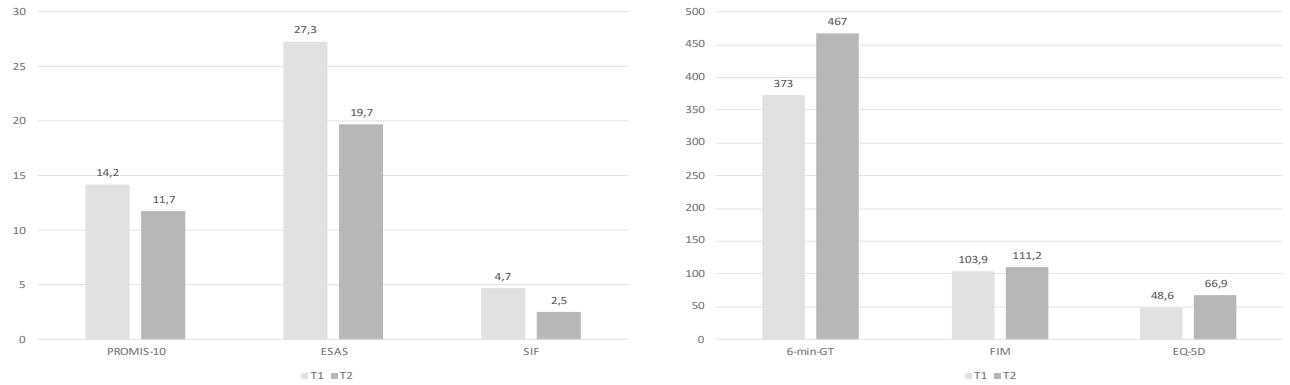
Die Datenerhebung erfolgte, nach schriftlicher Einverständnis, zwischen 08/2020 und 06/2022 bei 340 Patienten (52,3% ♀), die zur stationären Rehabilitation in der Klinik Gais und in der Rehaklinik Walenstadtberg aufgenommen wurden. Zur Dokumentation der Beschweerden und Toxizitäten bei Reha-Beginn erfolgte ein Assessment mit standardisierten Fragebögen (ESAS, SIF, HADS, FIM, PROMIS-10, EQ-5D) und körperlichen Leistungstests (6-min-Gehtest, Time-up-and-go-Test und Handkraftmessung (Jamar)) zu Beginn (T1) und vor Austritt (T2) aus der stationären Rehabilitation.

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter betrug 63,9 +/- 12,5 Jahre. Die meisten Patienten waren an einem kolorektalen Karzinom erkrankt (n = 60; 18,6 %), gefolgt von Malignomen der Bauchspeicheldrüse/der Gallenwege/der Leber (n=48; 14,9 %) und Brustkrebs (n=38; 11,8 %).

Im ESAS zeigte sich eine hohe Belastung durch somatische Beeinträchtigungen (durchschnittlich 27,3 ± 15,1), von denen am häufigsten (n=243) und stärksten (n=158 ≥ Score 5) Fatigue-artige Beschwerden angegeben wurden. Dies bestätigte sich auch im SIF (20,8 % ≥ 5). Als 2. und 3.häufigstes Symptom klagten die Patienten über Appetitlosigkeit (n=120 ≥ Score 5) und ein deutlich reduziertes Wohlbefinden (n=117 ≥ Score 5). Die subjektiv beklagte Kraftlosigkeit bestätigte sich auch in den Leistungs-Assessments (6-Minuten-Test, Time-up-and-Go-Test, reduzierte Handkraft). Im ESAS und HADS zeigten sich signifikant hohe Werte für Angst (n=65 ≥ Punktzahl 5; HADS 37,8 %) und Depression (n=62 ≥ Punktzahl 5; HADS 28,6 %) und der PROMIS-10 und EQ-5D eine signifikant reduzierte Lebensqualität (QoL; Mittelwert 48,6±19,8).

Bei 288 von 340 Patienten (84.7%) konnte vor der Entlassung eine Zweit-Evaluation durchgeführt werden. Nahezu alle Parameter zeigten eine hochsignifikante Verbesserung gegenüber den Ausgangswerten (Abb. 1). Sowohl der PROMIS-10 als auch der ESAS zeigten eine hochsignifikante Verbesserung der pathologischen Werte bzw. der hohen Symptombelastung bei Aufnahme (14,2 ± 2,5 vs. 11,7 ± 2,7, p < 0,001; ESAS 27,3 ± 15,1 vs. 19,7 ± 13,1, p < 0,001). Insbesondere die Fatigue und Kraftlosigkeit verbesserte sich signifikant im ESAS und SIF (4,7 ± 5,4 vs. 2,5 ± 1,7, p < 0,001) ebenso wie die funktionelle Unabhängig-/ bzw. Selbstständigkeit (FIM: 103,9 ± 20,9 vs. 111,2 ± 19,5; p < 0,001).). Diese Ergebnisse wurden auch durch die körperlichen Funktionstests bestätigt (6-Minuten-Gehtest 373,1 ± 151,0 m vs. 467,4 ± 143,2 m; TUG 11,7 ± 9,7 s vs. 8,3 ± 5,6 s; Jamar reduziert: 29,4 vs. 20,2 %; jeweils p < 0,001).).



In allen Assessments und Leistungstest signifikante (p<0.01) Effekte

Abb. 1: In allen Assessments und Leistungstest signifikante (p<0,01) Effekte

Darüber hinaus zeigte sich auch am Ende der Rehabilitation eine hochsignifikante Verbesserung der QoL, die bei Aufnahme signifikant reduziert war (EQ-5D: 48,6 ± 19,8 vs. 66,9,4 ± 18,6; p < 0,001).

Diskussion und Fazit

Die hier vorgestellten Daten bestätigen den hohen Rehabilitationsbedarf onkologischer Patienten und die Notwendigkeit, spezifische Rehabilitationseinrichtungen und Versorgungsstrukturen in der Schweiz aufzubauen und weiter zu entwickeln. Zudem belegen die hier vorgestellten Ergebnisse die hohe Effizienz und Effektivität der onkologischen Rehabilitation sowohl bei der Linderung somatischer als auch psychischer Beeinträchtigungen und führen damit zu einer deutlichen Verbesserung der meist stark beeinträchtigten Lebensqualität der Betroffenen.

Take-Home-Message

Die multimodale, stationäre onkologische Rehabilitation hat - zumindest im kurzfristigen Verlauf - hochsignifikante therapeutische Effekte und sollte daher nach multimodaler Krebstherapie ein fester Bestandteil der interdisziplinären Patientenversorgung in der Onkologie sein.

Literatur

Dorey G, Cabaset S, Richard A, Dehler A, Kudre D, Schneider-Mörsch B, Sperisen N, Schmid M, Rohrmann S. (2021). National study for multidisciplinary outpatient oncological rehabilitation: online survey to support revised quality and performance criteria. Support Care Cancer. 2021 Jul;29(7):3839-3847. doi: 10.1007/s00520-020-05913-z.

Hass HG, Seywald M, Wöckel A, Muco B, Tanriverdi M, Stepien J. (2022). Psychological distress in breast cancer patients during oncological inpatient rehabilitation: incidence, triggering factors and correlation with treatment-induced side effects Arch Gynecol Obstet. doi: 10.1007/s00404-022-06657-

Nationale Krebsregistrierungsstelle (NKRS); c/o Stiftung Nationales Institut für Krebs-epidemiologie und -registrierung (NICER); Zürich, 2021.

Psychological distress and Treatment-induced somatic disorders in gastric and AEG cancer patients during oncological inpatient rehabilitation

Holger G. Hass[1]; Andrea Herzberger[1]; Thomas Bingger[2]; Wolfgang Bair[2]

[1] Paracelsus-Klinik Scheidegg; IREFOS (Institut für Rehabilitationsforschung und Survivorship), Scheidegg; [2] Paracelsus-Klinik Scheidegg

Hintergrund und Zielstellung

The prognosis of gastric carcinoma and tumors of the esophagogastric junction remains poor. So, treatment of gastric and AEG cancers is intensive and multimodal leading often to different somatic disorders (e.g. weight loss, maldigestion, fatigue, polyneuropathy; Tully et al., 2020) and psychological distress (Kim et al., 2017). Despite these complex therapy-associated sequelae, little is known about the incidence of treatment-induced side effects and psychological distress or individual rehabilitation goals of this burdened group of patients during rehabilitation. Therefore, aim of this prospective study was to evaluate the goals of the patients at the beginning of oncological inpatient rehabilitation.

Methoden

In this prospective study, 305 patients were screened for psychological distress by the German version of the NCCN-distress thermometer and somatic, therapy-induced secondary disorders routinely after admission to inpatient oncological rehabilitation. Additionally, the individual rehabilitation goals were systematically collected using a standardized, evaluated questionnaire ("Scheidegger Reha-Ziel Assessment").

Ergebnisse

The mean age of the patients included was 62.4 ± 11.3 years (170♂; 135♀). Mean body weight in the collective was 66.8 ± 12.3 kg, presenting a mean BMI of 22.7 ± 4.0. 290 (95%) patients were treated surgically. Systemic chemotherapy was performed routinely in 76.4% (in 36.0% as intensive perioperative CTX).

The most documented treatment-induced disorder was fatigue and fatigue-like complaints (88%). Postoperativ weigt loss was seen in 253 cases (82.9%) and in 137 cases (44.9%) a typicall CTX-induced polyneuropathy was documented. Mean distress in the screened population was 5.7 ± 2.8 (range 0 – 10). A significant distress score (≥ 5) was detected in 68.8% and in 43.2% even high levels of distress (≥ 7) was observed.

Psychological distress was significantly correlated with younger age (≤ 60y; p=0.049), postoperative weight loss ($p < 0.001$) and polyneuropathy ($p < 0.001$) after (neo)adjuvant or palliative chemotherapy.

163 patients (53.4%) were employed / not retired.

The most documented rehab goal was “reduction of weakness / fatigue” (n=276; 90.5%), “restoration of work ability“ (n=82; 50.3% of all employed patients), “alleviate nutritial disorder / digestive problems” (n=134; 44%), “improve sleep disorders” (n=109; 35.7%), “relieve polyneuropathy “ (n=96; 31.5%), “reduce arthralgia” (n=93; 30.8%), and “reduce my fear” (n=77; 25.2%).

Diskussion und Fazit

The high incidence of different treatment-induced side effects and toxicities as well as the documented individual rehab goals underlines the importance of multimodal rehabilitation concepts with intensive gastroenterological and nutritional care in patients with gastric and AEG cancers (see also O´Neill L et al., 2020). Aditionally, the high incidence of distress underscores the importance of routinelly screening for distress and psycho-oncological therapy offers. Despite the difficult prognosis and often multiple side effects after multimodal therapy, the current data also demonstrate the great importance of professional promotion measures in patients with gastric and AEG carcinomas (2nd most frequently mentioned rehab goal).

Take-Home-Message

Patients with treatment for gastric or AEG cancers suffer from a varity of different somatic and psychological imparments and therefore require intensive multimodal rehabilitation.

Literatur

Kim, G. M., Kim, S. J., Song, S.K., Kim, H. R., Kang, B. D., Noh, S. H., Chung, H. C., Kim, K. R., Rha, S.Y. (2017). Prevalence and prognostic implications of psychological distress in patients with gastric cancer. BMC Cancer. 17(1):283.

O'Neill L, Guinan E, Doyle S, Connolly D, O'Sullivan J, Bennett A, Sheill G, Segurado R, Knapp P, Fairman C, Normand C, Geoghegan J, Conlon K, Reynolds JV, Hussey J. (2020). Rehabilitation strategies following oesophagogastric and Hepatopancreaticobiliary cancer (ReStOre II): a protocol for a randomized controlled trial. BMC Cancer. 13;20(1):415.

Tully, R., Loughney, L., Bolger, J., Sorensen, J., McAnena, O., Collins, C. G., Carroll, P. A., Arumugasamy, M., Murphy, T. J., Robb, W. B.; PERIOP OG Working Group (2020). The effect of a pre- and post-operative exercise programme versus standard care on physical fitness of patients with oesophageal and gastric cancer undergoing neoadjuvant treatment prior to surgery (The PERIOP-OG Trial): Study protocol for a randomised controlled trial. Trials.13;21(1):638.

Welche Effekte hat eine onkologische Rehabilitation auf die Erwerbs- und Pflegeprognose?

Silke Jankowiak[1]; Rainer Kaluscha[1]; Thomas Widmann[2]; Lena Tepohl[1]

[1] IFR Ulm; [2] Asklepios Klinik Triberg

Hintergrund und Zielstellung

Eine Krebserkrankung und ihre Behandlung gehen mit zahlreichen physischen und psychosozialen Belastungen sowie einem breiten Spektrum an schwerwiegenden Folgen und Herausforderungen für die Betroffenen, ihr soziales Umfeld und die Gesellschaft einher. Bei der Bewältigung der Erkrankung kann eine onkologische Rehabilitation unterstützen (Bartsch, 2002). In Deutschland nehmen jedoch lediglich rund ein Drittel der Patienten eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch.

Bisher ist dabei wenig bekannt darüber, ob negative Auswirkungen auf die berufliche und soziale Teilhabe zu befürchten sind, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme ausbleibt. Ziel war daher ein wissenschaftlicher Vergleich der Erwerbs- und Pflegeprognose zwischen Betroffenen, die eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt haben (Rehabilitanden), mit denjenigen, die keine onkologische Rehabilitationsleistung in Anspruch genommen haben (Nicht-Rehabilitanden).

Methoden

Die Effekte einer onkologischen Rehabilitation auf den Erwerbs- und Pflegestatus wurden mittels retrospektiver Analyse bereits vorhandener sektorenübergreifender Daten bestimmt (Kaluscha et al., 2016). Eingeschlossen wurden gemeinsame Versicherte der AOK und DRV BW bzw. DRV Bund, die im Jahr 2004 krebsfrei waren und bei denen zwischen 2005 und 2009 bösartige Neubildungen an Brustdrüse (Mamma), Prostata oder Dickdarm (Kolon) aufgetreten waren. Die Identifikation der Patienten/innen erfolgte anhand der Diagnose (ICD-10-Kodierungen: C50, C61, C18) sowie anhand des Vorliegens einer einschlägigen primärtherapeutischen Behandlung (Bestrahlung, Chemotherapie, Operation).

Bei der Bestimmung der Ergebnisse onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen wurden bei Betroffenen im erwerbsfähigen Alter die Arbeitsunfähigkeitstage im Folgejahr der Primärtherapie (lineare gemischte Regression) sowie der Rentenbezug im 12. und/oder 24. Monat nach der Primärtherapie (logistische Regression; EM-/BU-Rente: ja vs. nein) betrachtet. Weiterhin wurde sowohl bei Personen im erwerbsfähigen Alter als auch bei den nicht mehr erwerbstätigen Versicherten die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen im 12. und/oder 24. Monat nach der Primärtherapie (logistische Regression; Pflege: ja vs. nein) untersucht. Dabei wurden Variablen, die neben der Rehabilitation die Zielgrößen beeinflussen können und bei denen Unterschiede zwischen Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden bestanden (Confounder), berücksichtigt.

Ergebnisse

Die gesamte Stichprobe umfasst 41.325 Versicherte. Davon wiesen 9.193 (22,25%) Patienten ein Kolonkarzinom (Darmkrebs), 16.044 (38,82%) Patientinnen ein Mammakarzinom (Brustkrebs) und 16.088 (38,93%) Patienten ein Prostatakarzinom auf.

Gegenüber den Krebs-Rehabilitanden wiesen Nicht-Rehabilitanden indikationsübergreifend im Folgejahr der Primärtherapie weniger AU-Tage auf (Darmkrebs: -36,4 Tage, Brustkrebs: -44,5 Tage, Prostatakrebs: -30,5 Tage). Auch unter Berücksichtigung, dass Rehabilitanden während der dreiwöchigen Rehabilitation üblicherweise krankgeschrieben sind, ist die AU-Dauer somit bei Krebs-Rehabilitanden länger als bei Nicht-Rehabilitanden. Über alle drei Indikationen hinweg war die Wahrscheinlichkeit für den Bezug einer EM-/BU-Rente bei Nicht-Rehabilitanden um rund 70% geringer als bei Krebs-Rehabilitanden (vgl. Abbildung 1).

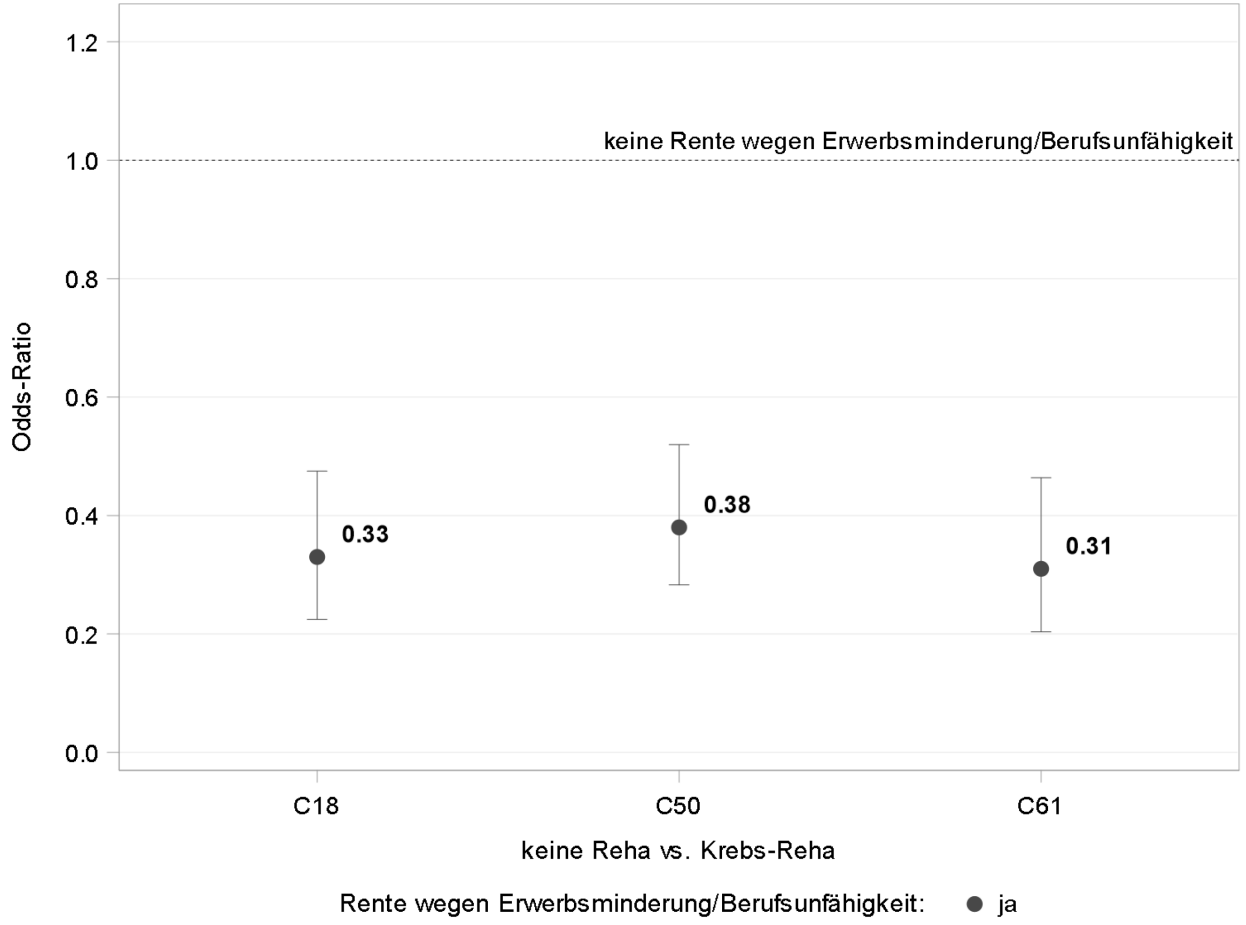


Abb. 1: Odds-Ratio für den Rentenstatus (EM-/BU-Rente vs. keine EM-/BU-Rente) bei Patienten mit Darm-, Brust- und Prostatakrebs. In die Modelle wurden jeweils 1.279 Darmkrebspatienten (EM-/BU-Rente: 267 vs. keine EM-/BU-Rente: 1.012; Krebs-Reha: 664 vs. keine Reha: 615), 4.103 Brustkrebspatientinnen (EM-/BU-Rente: 575 vs. keine EM-/BU-Rente: 3.528; Krebs-Reha: 2.404 vs. keine Reha: 1.699) sowie 1.498 Prostatakrebspatienten (EM-/BU-Rente: 163 vs. keine EM- /BU-Rente: 1.335; Krebs-Reha: 855 vs. keine Reha: 643) eingeschlossen.

Das Odds-Ratio für den Pflegestatus ist für die drei Indikationsgruppen in Abbildung 2 dargestellt. Die Wahrscheinlichkeit für Pflege war über alle drei Indikationsgruppen hinweg bei Nicht-Rehabilitanden auch unter Berücksichtigung einer vorbestehender Pflegestufe höher als bei Krebs-Rehabilitanden.

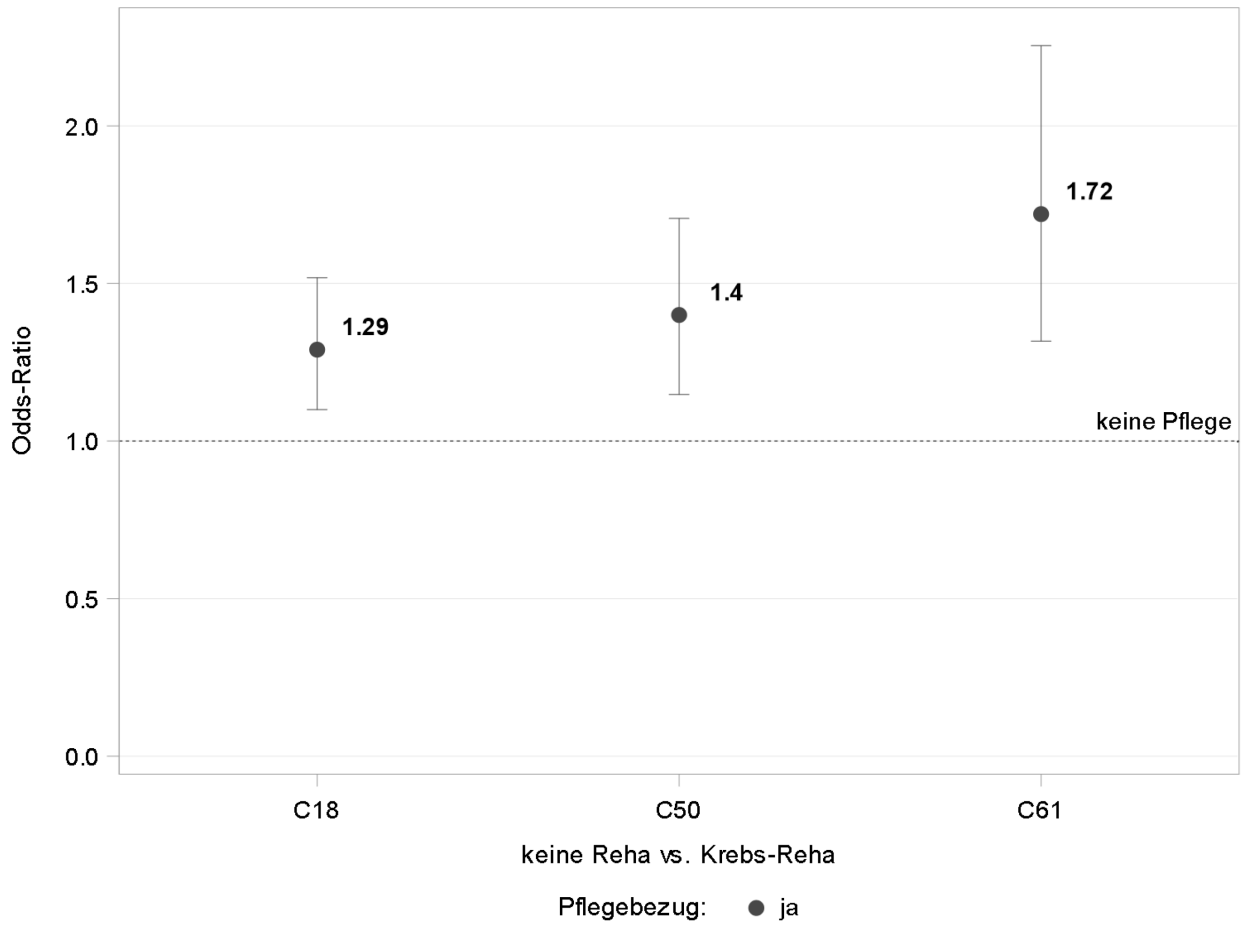


Abb. 2: Odds-Ratio für den Pflegestatus (Pflege vs. keine Pflege) bei Patienten mit Darm-, Brust- und Prostatakrebs. In die Modelle wurden jeweils 8.118 Darmkrebspatienten (Pflege: 908 vs. keine Pflege: 7.210; Krebs-Reha: 3.050 vs. keine Reha: 5.068), 14.259 Brustkrebspatientinnen (Pflege: 727 vs. keine Pflege: 13.532; Krebs-Reha: 5.771 vs. keine Reha: 8.488) sowie 14.947 Prostatakrebspatienten (Pflege: 851 vs. keine Pflege: 14.096; Krebs-Reha: 4.161 vs. keine Reha: 10.786) eingeschlossen.

Diskussion und Fazit

Für die höhere AU-Dauer und den höheren Anteil an EM-Renten bei Krebs-Rehabilitanden mag es mehrere Gründe geben. So ist eine erhebliche gesundheitsbedingte Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ein wesentliches Zuweisungskriterium für eine Rehabilitationsleistung, so dass womöglich bereits im Vorfeld der Maßnahme erhebliche Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit mit einer schlechteren Erwerbsprognose vorlagen. Dies lässt sicher leider anhand der vorliegenden Daten nicht abschließend klären. Die EM-Renten sind zumeist befristet, hier bedarf es einer längeren Nachbeobachtung, ob später nach Rekonvaleszenz die Rückkehr in eine Beschäftigung gelingt.

Die geringere Pflegewahrscheinlichkeit bei Krebs-Rehabilitanden bedeutet nicht nur einen relevanten individuellen Zugewinn an Selbständigkeit und Lebensqualität, sondern angesichts des Pflegenotstands auch einen erheblichen Nutzen für die Solidargemeinschaft. Da vorbestehende Pflegestufen bei den Analysen berücksichtigt wurden, kann hier ein positiver Effekt der Rehabilitation vermutet werden.

Take-Home-Message

Eine onkologische Rehabilitation trägt zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei. Zur abschließenden Einschätzung der Effekte auf die Erwerbsprognose sind allerdings weitere Untersuchungen mit längerer Nachbeobachtungsdauer erforderlich.

Literatur

Bartsch, H.H. (2002): Was kann die Rehabilitation onkologischer Patienten nach kurativer und palliativer Therapie leisten? Onkologie, 25. 54-59.

Kaluscha R., Jankowiak S., Dannenmaier J., Ritter S., Schilf S., Krischak G. (2016): Identifizierung von potentiellen Reha-Unterinanspruchnehmern mittels sektorenübergreifender Analysen von Routinedaten. DRV-Schriften, Bd 109. 113-115.

Förderung: Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg förderte die Studie mit Forschungsmitteln und stellte ebenso wie die Allgemeine Ortskrankenkasse Baden-Württemberg und die Deutsche Rentenversicherung Bund anonymisierte Routinedaten zur Verfügung.

Zunahme fortgeschrittener Tumorstadien während der Coronapandemie? Eine Analyse von 13.228 Patienten mit uroonkologischer Diagnose.

Marius C. Butea-Bocu; Guido Müller

Urologisches Kompetenzzentrum für die Rehabilitation der Kliniken Hartenstein

Hintergrund und Zielstellung

Vor dem Hintergrund der Coronapandemie sind wir der Frage nachgegangen, inwiefern die Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie im deutschen Gesundheitssystem sich auf die Diagnostik und Therapie uroonkologischer Erkrankungen niedergeschlagen haben und wollen dies anhand eines Vergleiches mit dem Vorjahreszeitraum beantworten.

Methoden

Patienten mit einem Karzinom der Prostata (PCa), der Harnblase (BCa) oder der Niere (NCa) wurden retrospektiv im Zeitraum von 01.2019 bis 12.2021 untersucht. Eingeschlossen wurden Patienten, die die stationäre uroonkologische Anschlussrehabilitation (AR) bis 100 Tage postoperativ antraten. Für die einzelnen Entitäten wurden Fallzahlen, Patientenalter, Tumorstadium, Nodal- und Resektionsstatus sowie präoperative PSA-Werte verglichen.

Ergebnisse

Im Beobachtungszeitraum konnten 13.228 Patienten nach uroonkologischem Eingriff eingeschlossen werden. Diese Patienten verteilten sich zu 76,3% (10.094) auf das PCa, zu 15,8% (2.092) auf das BCa sowie zu 7,9% (1.042) auf das NCa.

Das Patientenalter zeigte in den einzelnen Tumorentitäten keine statistisch signifikanten Veränderungen zwischen den Beobachtungsjahren.

Beim PCa zeigte der präoperative PSA-Wert im Median eine signifikante Abnahme zwischen den Jahren 2019 (8,0 ng/ml; IQR 5,7-12,6) und 2021 (7,6 ng/ml; IQR 5,5-11,2), p = 0,001. Ebenso zeigte sich eine Abnahme des Gleason Score (GS) ≥ 8 im endgültigen histopathologischen Befund von 20,5% (2019) auf 17,6% (2021), p = 0,005. Der Anteil organüberschreitender Tumorstadien (≥ pT3) zeigte sich stabil im Beobachtungszeitraum (2019: 40,1% und 2021: 39,0%; p = 0,299). Die Lymphknotenmetastasierung zeigte sich signifikant rückläufig von 13,0% (2019) auf 10,9% (2021), p = 0,012. Zwar konnte im Beobachtungszeitraum eine Abnahme positiver Schnittränder beim pT2-Stadium von 8,2% (2019) auf 7,6% (2021) verzeichnet werden, jedoch ohne statistische Signifikanz zu erreichen.

Beim BCa zeigte sich eine signifikante Zunahme neoadjuvanter Chemotherapien von 10,4% (2019) auf 20,2% (2021), p < 0,001. Der Anteil organüberschreitender Tumorstadien ≥ pT3 (2019: 35,5% und 2021: 33,6%; p = 0,471) und der Lymphknotenmetastasierung (2019: 18,8% und 2021: 18,6%; p = 0,925) blieben über den Beobachtungszeitraum konstant.

Beim NCa zeigte sich im Beobachtungszeitraum ein stabiler Anteil von organerhaltenden Eingriffen (2019: 50,1% und 2021: 51,3%; p = 0,102).

Diskussion und Fazit

Bei den drei häufigsten hier beobachteten Tumorentitäten zeigten sich trotz der besonderen Herausforderungen bedingt durch die Maßnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie eine hohe Versorgungs- und Behandlungsqualität. Patienten mit einem uroonkologischen Tumor wurden offensichtlich weiterhin entsprechend den Leitlinien diagnostiziert, therapiert und betreut. Eine Stadienmigration, als Indikator für eine abnehmende Versorgungsqualität, hat im Beobachtungszeitraum nicht stattgefunden.

Take-Home-Message

Patienten mit einer uroonkologischen Diagnose wurden auch während der Jahre der Coronapandemie entsprechend den hohen Therapiestandards leitliniengerecht behandelt.

Literatur

Fallara, G., Sandin, F., Styrke, J., Carlsson, S., I.F., Lissbrant, Ahlgren, J., Bratt, O., Lambe, M., Stattin, P. (2021). Prostate cancer diagnosis, staging, and treatment in Sweden during the first phase of the COVID-19 pandemic. Scand J Urol, 55(3):184-191, doi: 10.1080/21681805.2021.1910341.

Maringe, C., Spicer, J., Morris, M., Purushotham, A., Nolte, E., Sullivan, R., Rachet, B., Aggarwal, A. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. Lancet Oncol., 21(8):1023-1034, doi: 10.1016/S1470-2045(20)30388-0.

Nossiter, J., Morris, M., Parry, M.G., Sujenthiran, A., Cathcart, P., der Meulen, J., Aggarwal, A., Payne, H., Clarke, N.W. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on the diagnosis and treatment of men with prostate cancer. BJU Int, 130(2):262-270. doi: 10.1111/bju.15699.

Eindrücke von Personen mit Multiple Sklerose zu „neuem“ agilitätsbasiertem Training und „traditionellem“ Kraft- und Ausdauertraining

Florian Wolf; Jörn Nielsen

Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe

Hintergrund und Zielstellung

Das Konzept des multimodalen agilitätsbasierten Trainings (MAT) wurde von Donath et al. (2016) zur Sturzprävention bei Senioren entwickelt und kürzlich zur Anwendung bei Personen mit Multiple Sklerose (PmMS) beschrieben (Wolf et al., in press). MAT bei PmMS basiert auf drei Hauptkomponenten: (1) Standgleichgewicht, (2) dynamisches Gleichgewicht (inklusive funktionelle Beinkraft), (3) Agilität.

In einer stationären Rehabilitationsklinik wurde MAT im Rahmen einer Machbarkeitsstudie mit „traditionellem“ Krafttraining an Geräten sowie Ausdauertraining auf dem Fahrradergometer (KAT) verglichen (Wolf et al., 2022).

Der qualitative Teil der Machbarkeitsstudie hatte zum Ziel, Eindrücke der PmMS gegenüberzustellen. Im Folgenden wird auf Ergebnisse zu einer der qualitativen Forschungsfragen eingegangen: „Gibt es bestimmte Attribute der Interventionen, die als überwiegend positiv oder negativ wahrgenommen werden?“

Methoden

Die Machbarkeitsstudie beinhaltete 22 PmMS (11 pro Gruppe), die zu Beginn des Aufenthaltes (4-6 Wochen) zufällig einer Gruppe zugeteilt wurden. Da das Fatigue-Erleben der primäre Ergebnisparameter war, lag bei allen Personen mindestens eine moderate Fatigue vor (Fatigue Scale for Motor and Cognitive Functions).

Die MAT-Gruppe trainierte, orientiert an einem Manual, 5x/Woche in der Sporthalle und 3x/Woche im Wasser. Das Training in der KAT-Gruppe beinhaltete 5x/Woche Ausdauertraining (Fahrradergometer) und 3x/Woche Krafttraining.

Zum Aufenthaltsende wurde mit 6 Personen pro Gruppe ein leitfadengestütztes Einzelinterview durchgeführt. Die Audiotranskripte wurden mittels fokussierte Interviewanalyse und Softwareunterstützung (MAXQDA) ausgewertet. Der Leitfaden umfasste verschiedene Kategorien, wobei für die hier gestellte Forschungsfrage die Kategorie „Attribute der Interventionen“ im Vordergrund stand.

Ergebnisse

Die interviewten Personen zeigten folgende Charakteristika: Alter (MAT 26-53, KAT 31-64), Geschlecht (MAT 5 Frauen/1 Mann, KAT 4/2), Expanded Disability Status Scale (MAT 2.0-4.0, KAT 2.0-3.5).

MAT-Gruppe: Hier spielte das Training in der Gruppe eine wichtige Rolle. Dies wurde mehrheitlich als motivierend und angenehm empfunden: „Eine tolle Gruppe. Man hat sich gegenseitig motiviert. [...] Ja, und zu merken, dass es bei allen vorangeht, also nicht nur bei einem selber.“ Jedoch spielte teilweise der „soziale Vergleich“ auch eine negative Rolle, da die eigene Leistung als nicht zufriedenstellend erlebt wurde.

Im Subthema Abwechslung wurde von den Teilnehmer*innen zum Ausdruck gebracht, dass die Einheiten als abwechslungsreich erlebt wurden. Dies bezog sich v.a. auf den Wechsel der Trainingsinhalte. Es wurde außerdem hervorgehoben, dass vieles spielerisch war und so als angenehmer empfunden wurde.

Die Herausforderung war das meistbeschriebene Attribut, jedoch traten auch hier positive und negative Erscheinungen auf. Eine Teilnehmerin erlebte das Training in der Sporthalle teilweise als Überforderung, da sie mit Ihren Defiziten konfrontiert wurde. Diese Konfrontation wurde auch von weiteren Teilnehmer*innen beschrieben, wobei das Gefordertwerden in eingeschränkten Bereichen auch als positiv erlebt wurde.

KAT-Gruppe: Hier wurde von den männlichen Teilnehmern positiv bewertet, dass das Training auf dem Fahrradergometer ein hohes Maß an Kontrolle bot, z.B. da das Training „parameterüberwacht“ mit Herzfrequenz-Erfassung stattfand.

Auf der anderen Seite hoben die KAT-Teilnehmer*innen die Monotonie des Trainings auf dem Fahrradergometer hervor: „Was mir nicht gefällt, ist die Monotonie des Ergometers, dass eigentlich keine Einwirkungen, keine Reize auf mich eingehen, sondern ich eigentlich nur monoton vor mich hintrete.“

Diskussion und Fazit

Die qualitative Analyse spiegelt in den Antworten der Teilnehmer*innen die Charakteristika der beiden Interventionen wider. Hier kann hervorgehoben werden, dass das abwechslungsreiche, spielerische, aber auch herausfordernde Training in der Gruppe (MAT) mehr positive Beschreibungen auf sich vereinen konnte als das kontrollierte, aber monotone Einzeltraining in der KAT-Gruppe. Unter dem Aspekt der Motivation sprechen diese Ergebnisse dafür, dass sich MAT eher als langfristiges Training eignen könnte als KAT.

Der Einzelfall muss jedoch im Blick behalten werden: Männliche Personen und Personen mit Vorerfahrungen im Bereich Krafttraining äußerten sich positiver gegenüber KAT, wohingegen der soziale Vergleich in der MAT-Gruppe Überforderungserleben auslösen könnte.

Take-Home-Message

Multimodales agilitätsbasiertes Gruppentraining wird von Personen mit Multiple Sklerose als abwechslungsreich, spielerisch und herausfordernd wahrgenommen, wohingegen ein Programm aus Krafttraining an Geräten und Ausdauertraining auf dem Fahrradergometer ein hohes Maß an Kontrolle bietet, aber auch als monoton wahrgenommen wird.

Literatur

Donath, L., van Dieen, J., & Faude, O. (2016). Exercise-Based Fall Prevention in the Elderly: What About Agility? Sports Med, 46(2), 143-149.

Wolf, F., Nielsen, J., Saliger, J., Hennecken, E., Eschweiler, M., Folkerts, A.-K., Karbe, H., & Zimmer, P. (2022). Randomised controlled pilot and feasibility study of multimodal agility-based exercise training (MAT) versus strength and endurance training (SET) to improve

multiple sclerosis-related fatigue and fatigability during inpatient rehabilitation (ReFEx): study protocol. BMJ Open, 12(9).
Wolf, F., Eschweiler, M., Rademacher, A., & Zimmer, P. (in press). Multimodal agility-based exercise training for persons with Multiple Sclerosis: a new framework. Neurorehabilitation and Neural Repair.

Einfluss der wissensbezogenen Health Literacy auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit Hüft-Totalendoprothese

André Strahl; Christoph Kolja Boese; Ulrich Bechler; Lara Krüger; Frank Timo Beil; Tim Rolvien

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund und Zielstellung

Health Literacy (HL) umfasst Verständnis, Bewertung und Anwendung von Wissen, Motivation und Kompetenzen im Bereich Gesundheit, um im Alltag Entscheidungen zur Gesundheitsfürsorge treffen zu können (Sørensen et al, 2012). Das persönliche Wissen über die eigene Krankheit und ihr Management hat erheblichen Einfluss auf das Outcome (Zheng et al., 2018). Studien aus der Orthopädie zeigten, dass niedrige HL in der Hüft-Endoprothetik (HTEP) zu einer geringen Erwartungshaltung bezüglich der Mobilisation führt, Entlassungsanweisungen schlechter verstanden werden und Patienten seltener mit dem Operationsergebnis zufrieden sind (Chang et al., 2020; Roy et al., 2019). Trotz ihrer Bedeutung ist HL bei orthopädischen Patienten noch wenig untersucht. Ziel dieser Studie war es festzustellen, ob das Wissen über Operation, Risiken und Nachbehandlung sowie die Zufriedenheit mit dem präoperativen Informationsstand einen Einfluss auf das Outcome nach HTEP hat.

Methoden

In einer prospektiven Beobachtungsstudie wurden Patienten mit Koxarthrose (n=176; 68,3±10,3 Jahre, 60,8% weiblich) präoperativ, nach der Rehabilitationsmaßnahme sowie ein Jahr nach OP untersucht. Die primären Outcomes waren die physische und psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität (LQ), erhoben mit dem SF-12. Zur Messung der HL wurde das Patientenwissen nach OP-Aufklärung mittels eines selbstkonstruierten Quiz-Scores erhoben, der sich an den Inhalten des standardisierten Aufklärungsablaufs orientierte. Ergänzend wurde die subjektive Zufriedenheit mit dem eigenen Informationsstand anhand einer etablierten Skala beurteilt (Faller et al., 2017). Das klinische Outcome wurde mittels des Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) erhoben. Neben soziodemographischen Variablen, zur Berechnung eines soziologischen Schichtindexes, wurden psychische Belastung mittels des Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) sowie Schmerz mit einer visuelle Analogskala (VAS) gemessen. Multiple lineare Regressionsanalysen, ergänzt durch ANOVA und der Pearson Korrelation, wurden durchgeführt. Die Analysen untersuchten, ob HL, die Zufriedenheit mit dem

Informationsstand, das Alter, soziale Schicht, der WOMAC, VAS und der PHQ-4 die LQ nach der Rehabilitationsmaßnahme und 12 Monate nach der Operation vorhersagen können.

Ergebnisse

Die erreichte Punktzahl im Quiz-Score betrug im Mittel 23±5,1 von möglichen 33 Punkten. Die soziale Schicht beeinflusste die Punktzahl signifikant ($p < 0{,}001$), wobei sich die Unterschicht ($p < 0{,}001$) und Mittelschicht ($p=0{,}01$) von der Oberschicht unterschieden. Nur schwache Korrelationen zwischen Quiz-Score und Alter ($r=0{,}23$, $p=0{,}01$) und keine Korrelation mit der psychischen Belastung ($p=0{,}868$) wurden festgestellt. Der Score zeigte keine Boden- oder Deckeneffekte. Einen Monat nach HTEP wurde die physische QL durch den WOMAC ($p=0{,}031$) und die subjektive Zufriedenheit mit den Informationen ($p=0{,}022$) vorhergesagt. Nach einem Jahr stellte nur noch der WOMAC ein signifikanter Prädiktor ($p < 0{,}001$) dar. Sowohl nach einem ($p=0{,}001$) als auch nach zwölf Monaten ($p=0{,}001$) war der PHQ-4, nicht aber HL oder die Zufriedenheit mit den Informationen, ein Prädiktor der psychischen QL.

Diskussion und Fazit

Die beobachteten Prädiktoren für die physische QL waren im Laufe der Zeit nicht konsistent und änderten sich bis zu 12 Monate nach HTEP. Obwohl die subjektive Zufriedenheit nach einem Monat einen signifikanten Einfluss auf das Outcome hatte, überlagerte 12 Monate nach der Operation der Einfluss des präoperativen funktionellen Gesundheitszustands diesen Effekt. HL hatte keinen direkten Einfluss auf die gesundheitsbezogene LQ. Die Ergebnisse zeigen, dass nicht das Wissen, sondern die Zufriedenheit der Patienten ein signifikanter kurzfristiger Prädiktor für die QL ist.

Take-Home-Message

Die subjektive Zufriedenheit mit den präoperativ erhaltenen Informationen stellt einen signifikanten Einflussfaktor für die physikalische gesundheitsbezogene Lebensqualität dar. Im Rahmen des Rehabilitationsaufenthaltes stellt daher die Patientenschulung zur Verstetigung der Effekte einen zentralen Baustein der Nachsorge dar.

Literatur

Chang, M.E., Baker, S.J., Dos Santos Marques, I.C., Liwo, A.N., Chung, S.K., Richman, J.S., Knight, S.J., Fouad, M.N., Gakumo, C.A., Davis, T.C., Chu, D.I. (2020): Health Literacy in Surgery. Health Lit Res Pract, 11. e46-e65.

Faller, H., Strahl, A., Richard, M., Niehues, C., Meng, K. (2017): The prospective relationship between satisfaction with information and symptoms of depression and anxiety in breast cancer: A structural equation modeling analysis. Psychooncology, 26. 1741–1748.

Roy, M., Corkum, J.P., Urbach, D.R., Novak, C.B., von Schroeder, H.P., McCabe, S.J., Okrainec, K. (2019): Health Literacy Among Surgical Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. World J Surg, 43. 96-106.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12. 80.

Zheng, M., Jin, H., Shi, N., Duan, C., Wang, D., Yu, X., Li, X. (2018): The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. Health Qual Life Outcomes, 16. 201.

Häufigkeit und Intensität von rehabilitationsmedizinischen und physikalischen Therapiemaßnahmen bei Patienten mit axialer Spondyloarthritis in Deutschland

Uta Kiltz[1]; Kirsten Hoeper[2]; Ludwig Hammel[3]; Sebastian Lieb[4]; Andreas Hähle[4]; Dirk Meyer-Olson[2,5]

[1] Rheumazentrum Ruhrgebiet; Ruhr Universität; [2] Medizinische Hochschule Hannover; [3] Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.; [4] Novartis Pharma GmbH; [5] m&i Fachklinik Bad Pyrmont

Hintergrund und Zielstellung

Die axiale Spondyloarthritis (axSpA) ist eine häufige entzündlich-rheumatische Systemerkrankung, bei der in den aktuellen deutschen S3-Leitlinien zur Behandlung sowohl physikalische Therapiemaßnahmen als auch Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen werden (Kiltz et al., 2019). Daten aus der ATTENTUS-Studie konnten zeigen, dass die berufliche Teilhabe bei Patienten mit axSpA trotz verbesserter medikamentöser Therapieoptionen auch heute noch stark eingeschränkt ist (Kiltz et al., 2021). Die aktuelle Datenauswertung untersucht die Häufigkeit und Intensität von physikalischen und rehabilitationsmedizinischen Therapiemaßnahmen bei Patienten mit axSpA in Deutschland.

Methoden

Patienten mit gesicherter axSpA Diagnose (N=770) wurden in 17 deutschen Studienzentren von November 2019 bis Juli 2020 eingeschlossen. Zur Sicherung einer hohen Datenqualität erfolgte die Eingabe über Tablet und es erfolgte ein externes Monitoring zur Verifizierung der Diagnose. Die Erarbeitung des Studiendesigns, die Festlegung der Studieninhalte und der Fragestellungen, die Auswertung sowie die Interpretation der Daten erfolgten in Zusammenarbeit mit Patientenvertretern, um eine größtmögliche Partizipation aller Interessenvertreter sicherzustellen.

Ergebnisse

Es gaben 72% der Patienten (N=555) an, bereits auf die Möglichkeit einer Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen aufmerksam gemacht worden zu sein und 59% der Patienten (N=451) berichteten bereits eine Rehabilitationsmaßnahme erhalten zu haben (Abbildung 1A). Ein Großteil (80,3%, N=362) der Patienten nahm an stationären Rehabilitationsmaßnahmen teil, während 140 Patienten (31,0%) bisher an ambulanten Therapiemaßnahmen teilgenommen hatten. Dabei lag bei 30,7% der Patienten (N=43) die ambulante Rehabilitation (Abbildung 1B) und bei 36,5% der Patienten (N=132) die stationäre Rehabilitationsmaßnahme (Abbildung 1C) mehr als fünf Jahre zurück.

Abbildung 2A listet die unterschiedlichen jemals durchgeführten physikalischen Therapiemaßnahmen auf. Von den 770 Patienten wurden insgesamt 2541 physikalische

Therapiemaßnahmen angegeben. Es berichteten 76 Patienten (2,9%), noch keine physikalische Therapiemaßnahmen im bisherigen Krankheitsverlauf erhalten zu haben. Physiotherapie/Krankengymnastik hatte mit 25,0 % (N=654) als Einzeltherapiemaßnahme den höchsten Anteil. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass verschiedene bewegungstherapeutische Maßnahmen ähnlichen Inhalts, welche in Deutschland aufgrund verschiedener Vorgaben in unterschiedliche Bereiche untergliedert sind, in dieser Abbildung aufgeteilt aufgeführt werden (z. B. Rehabilitationssport, angeleitete Gruppentherapie zum Bewegungstraining, Funktionstraining). Führt man diese verschiedenen Maßnahmen mit bewegungstherapeutischen Schwerpunkt zusammen, stellen sie den größten Anteil der Anwendungen dar (Abbildung 2B). Abbildung 2B zeigt ebenfalls die Intensität der häufigsten angewendeten Maßnahmengruppen pro Woche. So werden bewegungstherapeutische Maßnahmen bei 53,9% der Patienten (N=473) weniger als einmal die Woche und bei 29,4% einmal pro Woche (N=258) durchgeführt.

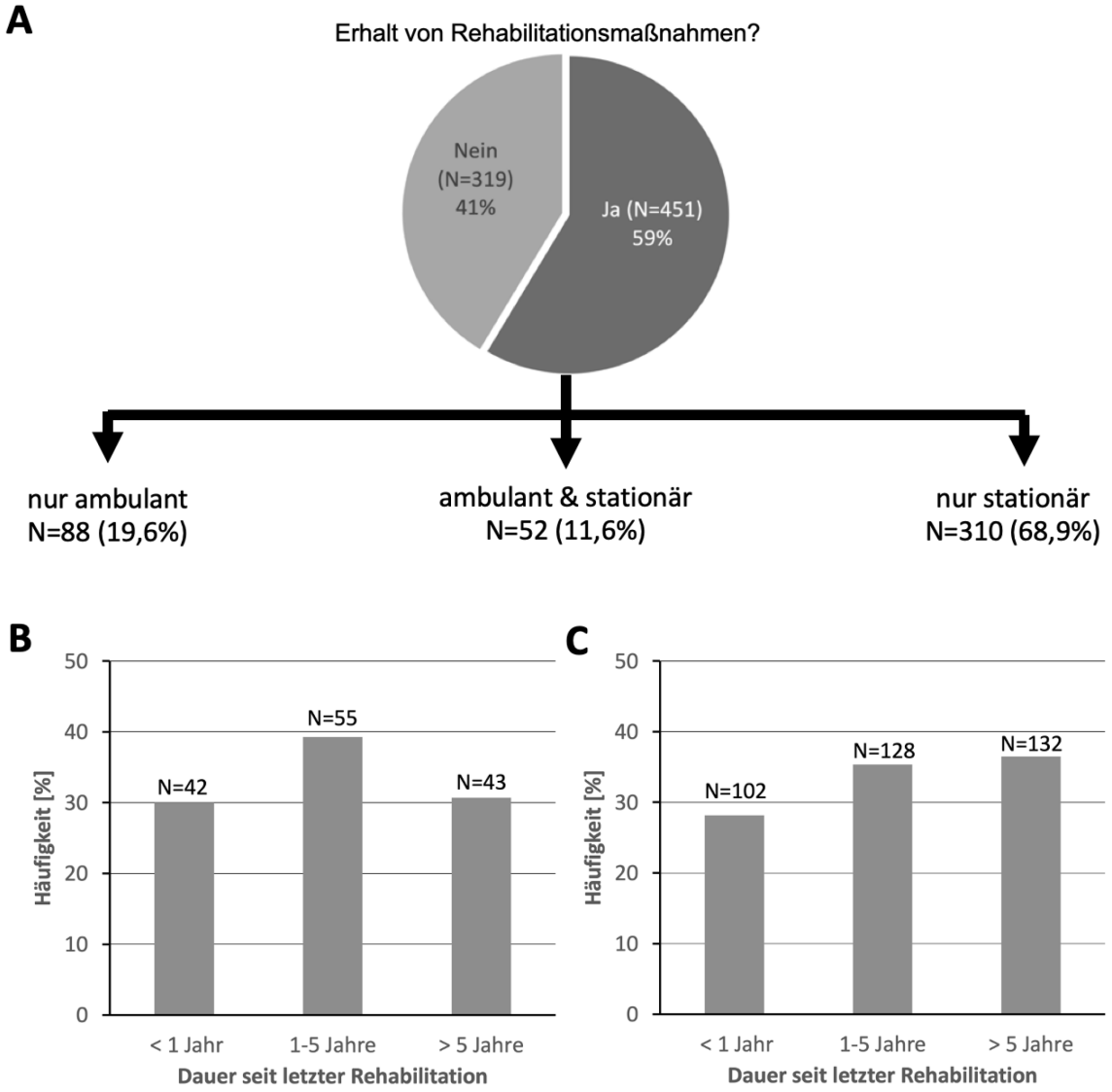


Abb. 1: A: Anzahl und Art (ambulant/stationär) von Rehabilitationsmaßnahmen in der Gesamtkohorte (N=770). B: Dauer seit der letzten ambulanten Rehabilitation. C: Dauer seit der letzten stationären Rehabilitation. N=Anzahl

Diskussion und Fazit

Trotz eindeutiger Leitlinienempfehlungen findet sich in unser aktuellen Untersuchung ein hoher Anteil von Patienten mit axSpA, welche bisher keinen Zugang zu rehabilitationsmedizinischen Therapiemaßnahmen gefunden haben. Zwar ist der Anteil von physikalischen Therapiemaßnahmen, insbesondere von bewegungstherapeutischen Maßnahmen hoch, diese werden aber von einem großen Teil der Patienten nur in geringer Intensität durchgeführt. Die Ergebnisse könnten einen Hinweis liefern, warum trotz deutlich verbesserter medikamentöser Therapiemaßnahmen weiterhin noch bei vielen Patienten mit axSpA eine deutliche Einschränkung der beruflichen Teilhabe besteht.

Take-Home-Message

Physikalische und rehabilitationsmedizinische Therapiemaßnahmen werden trotz eindeutiger Leitlinienempfehlungen bei Patienten mit axialer Spondyloarthritis in Deutschland selten oder nur in geringer Intensität umgesetzt.

Literatur

Kiltz et al. (2019). Langfassung zur S3-Leitlinie Axiale Spondyloarthritis, Update 2019, Z Rheumatol 2019; 78 (Suppl. 1) 3-64.

Kiltz et al. (2021). Work Participation in Patients with axial Spondyloarthritis in Germany, Ann Rheum Dis 2021 (80) 758-759.

Interessenkonflikt: Uta Kiltz – erhielt Berater- und Sprecherhonorare von Abbvie, Biocad, Chugai, Eli Lilly, Gilead, Grünenthal, Janssen, MSD, Novartis, Pfizer, Roche and UCB. Grant/Research support (unrestricted grant) from Abbvie, Amgen, Biogen, GSK, Novartis und Pfizer. Dirk Meyer-Olson - erhielt Berater- und Sprecherhonorare von Abbvie, Amgen, Berlin Chemie, Biogen, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Cellgene, Celltrion, Chugai, Fresenius Kabi, Galapagos, GSK, Jansen Cilag, Lilly, Medac, Merck Sharp & Dome, Mylan, Novartis, Pfizer, Sandoz Hexal, Sanofi und UCB Kirsten Hoeper - erhielt Berater- und Sprecherhonorare von Abbvie, Chugai, Gilead, Lilly, Novartis, Sandoz Hexal and Sanofi. Ludwig Hammel - keine Sebastian Lieb – Angestellter bei Novartis Andreas Hähle - Angestellter bei Novartis

Förderung: Diese Studie wurde gesponsert von Novartis Pharma GmbH, Deutschland.

Vermittelt die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit die längsschnittliche Beziehung zwischen Depressivität und arbeitsbezogenen Faktoren bei chronischen Rückenschmerzen?

Petra Hampel; Anne Neumann

Europa-Universität Flensburg

Hintergrund und Zielstellung

Der Einfluss von psychologischen Risikofaktoren im Chronifizierungsprozess bei Rückenschmerzen wurde vielfach belegt. Insbesondere depressive Symptome gehen mit unspezifischen chronischen Rückenschmerzen (CRS) einher und erhöhen das Risiko von Frühberentungen. Bislang widersprüchliche Befunde zum Einfluss der Depressivität bei CRS könnten durch die Berücksichtigung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit besser erklärt werden. So belegte eine Studie nicht nur den negativen Zusammenhang zwischen der Depressivität und der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit, sondern die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit kristallisierte sich auch als vermittelnder Schutzfaktor heraus: Sie mediierte die Beziehung zwischen hoher Depressivität zu Rehabilitationsbeginn und der erhöhten Schmerzintensität zu Rehabilitationsende (Skidmore et al., 2015). Zusammenhänge zu arbeitsbezogenen Kennwerten wurden eher weniger erforscht, jedoch scheinen erhöhte Selbstwirksamkeitserwartungen die Rückkehr zur Arbeit zu begünstigen (Allgeier, Bengel, 2018).

In diesem Beitrag wurde die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit als Mediator in der längsschnittlichen Beziehung zwischen der Depressivität und arbeitsbezogenen Faktoren bei Rehabilitand*innen in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation (VMO) untersucht.

Methoden

Im Rahmen einer Sekundäranalyse des Datensatzes des Forschungsprojekts Debora (Mohr et al., 2017) wurden einfache Mediationsanalysen durchgeführt. Hierbei wurde der vermittelnde Einfluss der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit zur 12-Monatskatamnese (MK) auf die Beziehung der Depressivität zu Rehabilitationsbeginn und arbeitsbezogenen Faktoren zur 24-MK überprüft. Als Kontrollvariablen wurden das Chronifizierungsstadium und die Zuordnung zur Kontrollgruppe/Interventionsgruppe (KG/IG) aufgenommen. Es konnten N=382 Rehabilitand*innen aus 4 stationären VMO-Kliniken in den per-protocol-(pp)-Analysen einbezogen werden (Frauen: 81,2%; Alter: MW=53,55 Jahre, SD=5,79). Zur Bestätigung der pp-Befunde wurden Analysen nach multipler Imputation (MI) mit Daten von N=1225 Rehabilitand*innen herangezogen.

Die Rehabilitand*innen nahmen entweder am Schmerzkompetenz- und Entspannungstraining (KG) oder an Debora (IG) teil. Die Depressivität wurde mit der Allgemeinen Depressionsskala und die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit mit dem Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit gemessen. Als arbeitsbezogene Kennwerte wurden die subjektive Erwerbsprognose mit der Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit sowie die subjektive physische und

psychische Arbeitsfähigkeit anhand von 2 Einzelitems des Gesamtindex der Arbeitsfähigkeit erhoben.

Ergebnisse

Partielle Korrelationen belegten erwartungsgemäße, signifikante Zusammenhänge zwischen den Modellvariablen. Somit konnten drei einfache Mediationsanalysen berechnet werden, in denen die Depressivität zu Rehabilitationsbeginn als unabhängige Variable und die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit zur 12-MK als Mediatorvariable eingingen. Als abhängige Variable wurden die subjektive Erwerbsprognose (Modell 1), physische Arbeitsfähigkeit (Modell 2) bzw. psychische Arbeitsfähigkeit (Modell 3) zur 24-MK herangezogen.

In allen Modellen stellten sich in den pp-Analysen Mediationseffekte dar (Abb. 1), die durch die MI-Analysen bestätigt wurden. Durch die Hereinnahme der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit stieg die Varianzaufklärung der subjektiven Erwerbsprognose von 15% auf 38%, der subjektiven physischen Arbeitsfähigkeit von 18% auf 50% und der subjektiven psychischen Arbeitsfähigkeit von 20% auf 30%.

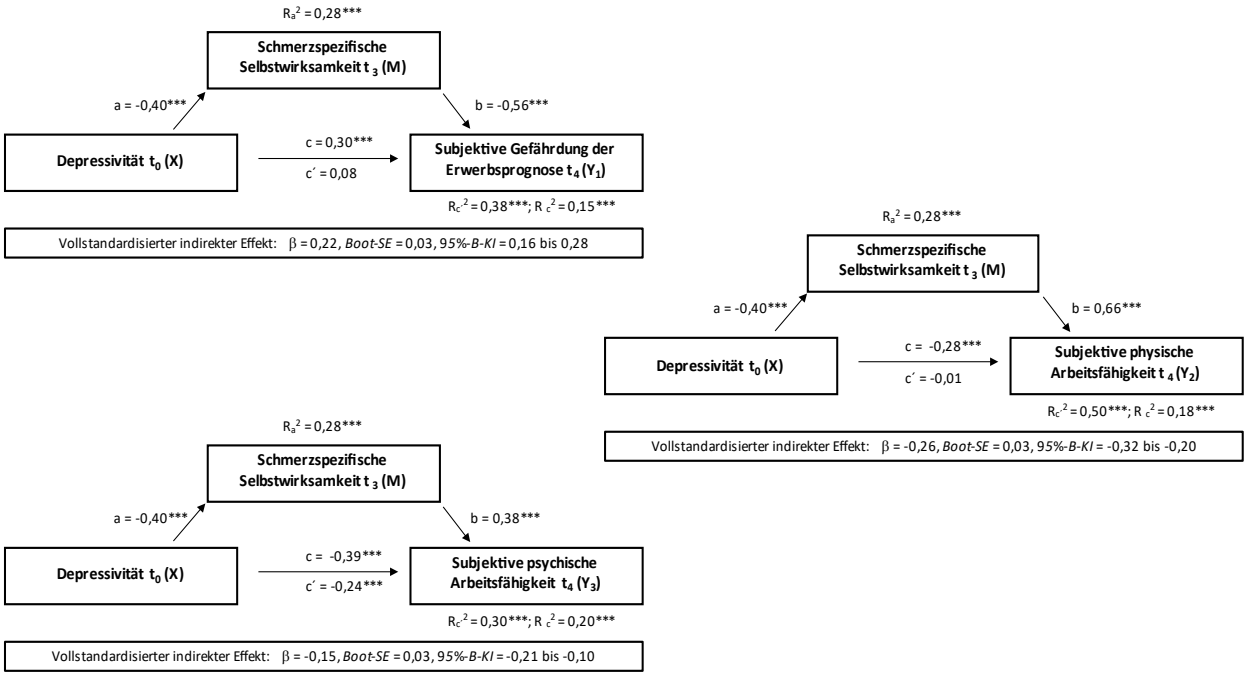


Abb. 1: Mediationseffekte

Diskussion und Fazit

Die vorliegende Analyse zu den längsschnittlichen Wirkzusammenhängen im Chronifizierungsprozess zeigte bei Rehabilitand*innen in der VMO, dass eine hohe Depressivität eine geringere schmerzspezifische Selbstwirksamkeit vorhersagt und diese wiederum ungünstige Ausprägungen in den arbeitsbezogenen Kennwerten vorhersagt. Schließlich konnten erste Mediationseffekte der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit auf die Beziehung zwischen der Depressivität und arbeitsbezogenen Kennwerten im 2-Jahresverlauf erweitert werden. Eine aktuelle Studie unterstreicht die hohe Relevanz arbeitsbezogener Faktoren für den Chronifizierungsprozess: Eine erhöhte subjektive

Gefährdung der Erwerbsprognose hing mit einem erhöhten Risiko für eine Rehabilitation und eine Erwerbsminderungsrente bei Rehabilitand*innen mit Rückenschmerzen zusammen (Fauser et al., 2022).

Take-Home-Message

Die aufgezeigte Rolle der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit als Schutzfaktor legt nahe, die Selbstwirksamkeitserwartungen in der Rehabilitation durch eine noch bessere Verzahnung insbesondere bewegungs- und psychotherapeutischer Maßnahmen aufzubauen. Ferner scheint für die nachhaltige Verbesserung arbeitsbezogener Kennwerte eine Implementierung psychotherapeutischer Behandlungselemente im Rahmen von Nachsorgemaßnahmen nötig, die auf den Arbeitskontext angewandt werden.

Literatur

Allgeier, L., Bengel, J. (2018): Einflussfaktoren auf die Rückkehr zur Arbeit bei chronischen Rückenschmerzen. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 28. 103–113.

Fauser, D., Zimmer, J.-M., Golla, A., Schmitt, N., Mau, W., Bethge, M. (2022): Subjektive Erwerbsprognose als Indikator für Rehabilitationsbedarf: Eine Kohortenstudie bei Versicherten mit Rückenschmerzen. Die Rehabilitation, 61. 88–96.

Hasenbring, M. I., Levenig, C., Hallner, D., Puschmann, A.-K., Weiffen, A., Kleinert, J. et al. (2018): Psychosoziale Risikofaktoren für chronischen Rückenschmerz in der Allgemeingesellschaft und im Leistungssport: Von der Modellbildung zum klinischen Screening – ein Review aus dem MiSpEx-Netzwerk. Der Schmerz, 32. 259–273.

Mohr, B., Korsch, S., Roch, S., Hampel, P. (2017): Debora - Trainingsmanual Rückenschmerzkompetenz und Depressionsprävention. Berlin: Springer.

Skidmore, J. R., Koenig, A. L., Dyson, S. J., Kupper, A. E., Garner, M. J., Keller, C. J. (2015). Pain self-efficacy mediates the relationship between depressive symptoms and pain severity. The Clinical Journal of Pain, 31. 137–144.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Welche Kontextfaktoren sind mit einem anhaltend schlechten Verlauf von einschränkenden Rückenschmerzen und negativer Erwerbsprognose assoziiert?

Julia-Marie Zimmer[1]; David Fauser[2]; André Golla[1]; Matthias Bethge; Wilfried Mau[1]

[1] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; [2] Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Rückenschmerzen sind global einer der führenden Gründe für die Anzahl der mit Behinderung gelebten Lebensjahre und bei etwa der Hälfte der Betroffenen scheinen wiederkehrende oder durchgängig chronische Phasen von Rückenschmerzen vorzuliegen (Hartvigsen et al., 2018). Chronifizierte Rückenschmerzen können die Teilhabe von Betroffenen langfristig einschränken. Die subjektive Erwerbsprognose (SPE) ist ein Indikator für

Rehabilitationsbedarf und für eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsteilhabe bei Rückenschmerzen (Fauser et al., 2021). Daher untersucht die vorliegende Arbeit, welche Kontextfaktoren mit einem anhaltend schlechten Verlauf von Rückenschmerzen und Erwerbsprognose assoziiert sind und wie sich die berufliche Teilhabe dieser Personen entwickelt.

Methoden

Genutzt wurden Fragebogendaten einer DFG-geförderten prospektiven Kohortenstudie (REHAB-BP) mit erwerbstätigen Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Nord und Mitteldeutschland im Alter von 45 bis 59 Jahren, die weder eine Rehabilitation in den letzten vier Jahren, noch jemals eine Erwerbsminderungsrente (EMR) beantragt haben. Aufbauend auf vorherigen Analysen (Zimmer et al., 2022) wurde eine zur Erstbefragung identifizierte Risikogruppe von Personen mit einschränkenden Rückenschmerzen (Chronic Pain Grade, CPG III und IV) und negativer SPE (SPE ≥ 2 Punkte) über 2 Jahre nachverfolgt (T1: 2017, T2: 2019).

Als Outcome wurde eine anhaltend ungünstige Prognose (Stagnation) definiert (CPG III/IV und negative SPE zu T1 und T2; Referenz: mind. CPG oder SPE zu T2 verbessert). Diese Gruppen wurden hinsichtlich Erwerbstätigkeit und der Beantragung von EMR verglichen (Chi2-Test). Die Auswahl potentiell relevanter Kontextfaktoren umfasste die folgenden Bereiche: soziales Umfeld, Arbeitsbedingungen, Inanspruchnahme medizinischer Versorgung, schmerzbezogene Kognitionen sowie Gesundheit und Soziodemografie. Mit Hilfe von multivariablen logistischen Regressionen (Rückwärtsselektion pro Bereich) wurden in einem ersten Schritt relevante Kontextfaktoren identifiziert, die mit der Stagnation assoziiert sind. In einem finalen Modell (Rückwärtsselektion) wurden aus den im ersten Schritt ermittelten Variablen die Faktoren bereichsübergreifend identifiziert, welche die ungünstige Prognose am besten erklären konnten.

Ergebnisse

Die Analysestichprobe mit Daten zu beiden Erhebungszeitpunkten umfasst 578 Personen mit selbstberichteten einschränkenden Rückenschmerzen sowie einer negativen Erwerbsprognose zu T1 (53 ±4 Jahre; 58 % Frauen). Nach 2 Jahren wiesen 17 % einen geringeren Beeinträchtigungsgrad durch Rückenschmerzen (< CPG III), 11 % eine verbesserte Teilhabeprognose (SPE < 2 Punkte) und 25 % Verbesserungen in beiden Bereichen auf, während 47% stagnierten.

Diese stagnierende Gruppe war im Vergleich zur Referenzgruppe zu T2 häufiger nicht erwerbstätig (11 % vs. 6 %, $p = 0{,}017$) und hatte häufiger eine Erwerbsminderungsrente beantragt (12 % vs. 1 %, $p < 0{,}001$).

Bei den Regressionsmodellen aus dem ersten Schritt hatten die Variablen aus den Bereichen „schmerzbezogene Kognitionen“ (Nagelkerkes R2 = 0,337) und „Inanspruchnahme medizinischer Versorgung“ (R2 = 0,132) die höchste Modellaufklärung. Im finalen Modell (R2 = 0,404) verblieben die folgenden Variablen, die mit einem ungünstigen Verlauf (Stagnation) assoziiert waren: allgemeiner Gesundheitszustand zu T1, ambulante Behandlungen in den letzten 12 Monaten, schmerzbezogene Selbstwirksamkeit und arbeitsbezogene Angstvermeidungsüberzeugungen (s. Tabelle 1).

Tab. 1: Finales Modell der mit Stagnation assoziierter Kontextfaktoren (log. Reg., Rückwärtsselektion).

		OR	95 %-KI	p-Wert
Allgemeiner Gesundheitszustand (0-10)[1]		0,851	0,732-0,990	0,036
Ambulante Behandlungen (letzte 12 Monate; Referenz: keine)[2]				
	1-12	3,110	1,686-5,737	<0,001
	> 12	2,290	1,305-4,020	0,004
Schmerzbezogene Selbstwirksamkeit (0-60)[2]		0,923	0,899-0,948	<0,001
Angstvermeidungsüberzeugungen (Arbeit) (0-18)[2]		1,248	1,161-1,342	<0,001
Nagelkerkes R^2: 0,404 [n = 407]				

Anm.: [1] erhoben zu T1; [2] erhoben zu T2. OR= Odds Ratio, KI= Konfidenzintervall.

Diskussion und Fazit

Diese Analyse von Personen mit beeinträchtigenden Rückenschmerzen und einer schlechten Erwerbsprognose zeigt, dass fast die Hälfte nach zwei Jahren in diesem Zustand stagniert. Diese Stagnation war hauptsächlich mit ungünstigen schmerzbezogenen Kognitionen verbunden und führte zu einer höheren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung personbezogener Faktoren für die Krankheitswahrnehmung und -entwicklung sowie die Notwendigkeit als auch die Möglichkeit, diese zugrundeliegenden Kognitionen in Interventionen einzubeziehen, da sie veränderbare Kontextfaktoren darstellen (Ho et al., 2022).

Take-Home-Message

Personen mit überdauernden Rückenschmerzen und negativer Erwerbsprognose haben ein erhöhtes Risiko für ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und bilden eine Zielgruppe für Interventionsansätze, die auf veränderbare Kontextfaktoren einwirken (z.B. Selbstwirksamkeits- und Angstvermeidungsüberzeugungen).

Literatur

Hartvigsen, J., Hancock, M.J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M.L., Genevay, S. (2018): What low back pain is and why we need to pay attention. The Lancet 391 (10137), S. 2356–2367.

Zimmer, J.-M., Fauser, D., Golla, A., Wienke, A., Schmitt, N., Bethge, M., Mau, W. (2022): Barriers to applying for medical rehabilitation: a time-to-event analysis of employees with severe back pain in Germany. Journal of Rehabilitation Medicine, 54.

Fauser, D., Zimmer, J.-M., Golla, A., Schmitt, N., Mau, W., Bethge, M. (2022): Self-reported prognosis of employability as an indicator of need for rehabilitation: a cohort study among people with back pain. Die Rehabilitation 61(2), 88-96.

Ho, E., Chen, L., Simic, M., Ashton-James, C.E., Comachio, J.; Wang, D.X.M., Hayden, J.A., Ferreira, M.L., Ferreira, P.H. (2022): Psychological interventions for chronic, non-specific low back pain: systematic review with network meta-analysis. BMJ 376, e067718.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)

Akzeptanz des Ü45-Checks bei den Versicherten

Simone Telenga; Annika Hambrecht; Eva Maria Bitzer

Pädagogische Hochschule Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

Die Ausgaben der Deutschen Rentenversicherung (DRV) für Erwerbsminderungsrente liegen jährlich bei rund 20,6 Mrd. € (Deutsche Rentenversicherung, 2021). Über die Hälfte der Erwerbsminderungsrentenzugänge erhielten in den fünf Jahren vor ihrer Berentung keine medizinische Rehabilitation. Als Grund hierfür ist u.a. anzunehmen, dass die Rehabilitationsmöglichkeiten bei den Versicherten nicht hinreichend bekannt sind (Märtin et al., 2014).

Um dem entgegenzuwirken und die Anzahl der Versicherten mit vorzeitigem Ausscheiden aus dem Berufsleben zu reduzieren, hat die DRV mit dem 2017 in Kraft getretenen Flexirentengesetz die Möglichkeit erhalten, eine berufsbezogene Gesundheitsvorsorge für DRV-Versicherte ab 45 Jahren anzubieten und in Modellprojekten zu erproben (§ 14 Absatz 3 SGB VI). Ziel des sog. Ü45-Checks ist es, berufsbezogene Teilhabestörungen und Risiken einer Erwerbsminderung bei Versicherten frühzeitig zu erkennen, entsprechende Präventions- bzw. Reha-Leistungen anzubieten und so die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit der Versicherten möglichst lange zu erhalten.

Mehrer Rentenversicherungsträger haben zur Erprobung Modellprojekte aufgesetzt (Stand 10.2022: n=3 abgeschlossen, n=4 in Umsetzung) und in den letzten Jahren DRV-Versicherte zu einer Untersuchung eingeladen. In der vorliegenden Studie berichten wir über die Resonanz und Akzeptanz des Ü45-Cheks unter DRV-Versicherten.

Methoden

Grundlage sind die von den Rentenversicherungsträgern der Modellprojekte geführten Teilnahmestatistiken sowie eine im Rahmen der Gesamtevaluation durchgeführte Querschnittserhebung unter den zuvor eingeladenen DRV-Versicherten aus bisher vier Modellprojekten. Die Befragung der Versicherten findet drei Monate nach der Einladung zum Ü45-Check als Online-Befragung statt. Deskriptive Auswertungen erfolgen mit SPSS.

Bisher luden die Rentenversicherungsträger in den vier einbezogenen Modellvorhaben n=18.560 Versicherte zum Ü45-Check ein. Die Teilnahme am Ü45-Check nach der Einladung (Resonanz) liegt in den Modelprojekten zwischen 3,3% und 8,0%. In einem Modellprojekt ist sie mit 20,4% deutlich höher (Stand: 09.2022). Von den eingeladenen Versicherten beteiligten sich aktuell n=485 Personen an der Versichertenbefragung (Rücklaufquote: 2,6%). Unter den Befragten haben n=265 (54,4%) den Ü45-Check wahrgenommen, und n=222 (45,6%) haben nicht teilgenommen.

Die Befragten, die am Ü45-Check teilgenommen haben, sind durchschnittlich 52,6 (SD=3,9) Jahre alt, mehrheitlich weiblich (n=155, 58,5%), die Muttersprache ist deutsch (n=230, 86,8%)

und mehr als die Hälfte besitzt als höchsten Schulabschluss Abitur (n=150, 56,6%). Bei n=143 (54,0%) wurde ein Präventions- und bei n=61 (23,0%) einen Rehabilitationsbedarf festgestellt. Die Mehrheit betrachte die Teilnahme am Ü45-Check als Erfolg (n=218, 84,8%) und kann sich eine erneute Teilnahme vorstellen (n=230, 87,1%). Nur wenige erlebten den Ü45-Check als belastend (n=18, 6,9%). Unsicherheiten gibt es beim Vorgehen nach dem Ü45-Check: fast zwei Drittel der Befragten (n=151, 60,9%) wussten nicht genau, wie die nächsten Schritte aussähen.

Die Befragten, die das Angebot des Ü45-Checks nicht wahrgenommen haben (n=222, 45,6%), sind durchschnittlich 53,4 (SD=4,5) Jahre alt, mehrheitlich männlich (n=139, 62,6%), die Muttersprache ist bei zwei Drittel (n=153, 68,9%) deutsch und knapp ein Drittel (n=68, 30,6%) gab Abitur als höchsten Schulabschluss an. Als Gründe für die Nicht-Teilnahme am Ü45-Check nannten die Versicherten u.a. Zeitmangel aufgrund der Arbeitstätigkeit (n=56, 26,9%), Unklarheit über das weitere Vorgehen nach Erhalt des Einladungsschreibens (n=54, 26,0%) und die Teilnahme an anderen Gesundheitschecks (n=45, 21,6%). 65,4% (n=134) gaben an, dass sie jedoch Interesse an einer zukünftigen Teilnahme am Ü45-Check haben.

Diskussion und Fazit

Aktuell stößt die Einladung der DRV zum Ü45-Check auf geringe Resonanz. Die Ergebnisse der Versichertenbefragung zeigen, dass es nicht am Angebot selbst liegt, denn die Versicherten, die der Einladung der DRV zum Ü45-Check folgen, sind mehrheitlich mit dem Angebot zufrieden. Sie legen allerdings nahe, dass es zum einen praktische Gründe gibt, die eine Teilnahme erschweren und zum anderen Unklarheit über den Zweck des Ü45-Checks besteht. Daher sollte sowohl an der Angebotsstruktur als auch an den Informationsmaterialien im Hinblick auf die (sprachliche) Gestaltung gearbeitet werden. Da es sich beim Ü45-Check um ein neues Präventionsangebot handelt, das Versicherte nicht von der Rentenversicherung erwarten und welches daher nur schwer einzuordnen ist, sollte der Ü45-Check zudem mit einer breiten Öffentlichkeitsarbeit flankiert werden.

Take-Home-Message

Für eine hohe Akzeptanz von neuen und eher unerwarteten Leistungen der DRV, wie es der Ü45-Check darstellt, bedarf es eines umfangreichen und zielgerichteten Informierens der Versicherten in verständlicher Sprache und über verschiedene Medien.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2021): Rentenversicherung in Zeitreihen. DRV Schriften, Bd. 22.

Märtin, S., Zollmann, P., Buschmann-Steinhage, R. (2014): Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung. Projektbericht II zur Studie. DRV Schriften, Bd. 105.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

BeGX – Berufsgesundheits-Index Alten- und Krankenpflege

Stefan Gorgels

DIW Econ GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Angesichts des Bedarfs an Pflegekräften und der Personalknappheit kommt einem längeren Verbleib der Beschäftigten im Arbeitsleben eine immer größere Bedeutung zu. Dem stehen unterschiedliche Herausforderungen gegenüber. Gesellschaftliche Debatten zur schwierigen Arbeitssituation können Personen abhalten, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Eine Verschlechterung der Gesundheit mit Einschränkungen in der Erwerbstätigkeit führt zum Ausstieg aus dem Beruf. Es wird daher zunehmend wichtiger, einen Überblick über aktuelle Entwicklungen in der Berufsgesundheit der Pflegekräfte zu gewinnen.

Berufsgesundheit ist kein einfaches Phänomen, das anhand eines einzelnen Indikators beschrieben werden kann. Vielmehr ergibt sich ein vollständiges Bild der Berufsgesundheit von Pflegenden in der Pflege unter Berücksichtigung mehrerer Dimensionen. Daher haben sich die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und die Deutsche Rentenversicherung Bund das Ziel gesetzt, einen „Index der Berufsgesundheit“ zu entwickeln, der diesem Verständnis von Berufsgesundheit gerecht wird.

Methoden

Die Entwicklung des Index der Berufsgesundheit folgte in enger Anlehnung an das Handbuch der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD, (OECD & JRC, 2008). Demnach wurde zunächst das mehrdimensionale Konzept der „Berufsgesundheit“ definiert. Es wurden vier Dimensionen, welche wiederum aus unterschiedlichen Einzelindikatoren bestehen, gebildet. Die Dimensionen wurden gegliedert nach „Ressourcen“, „Belastungen“, „Arbeits- und Erwerbsfähigkeit“ und „Medien-Meinungsklima“. Um die Einzelindikatoren auszuwählen, wurden Eignung zur Messung des theoretischen Konzepts, Relevanz sowie Verfügbarkeit und Aktualität der Daten in Betracht gezogen. Im darauffolgenden Schritt wurden die statistischen Eigenschaften der Indikatoren und die Datenqualität näher untersucht, um etwaigen statistischen Unsicherheiten Rechnung zu tragen. Um die zugrundeliegende Struktur der Daten näher zu untersuchen, wurde im Anschluss eine multivariate Analyse durchgeführt. Schließlich wurden die Einzelindikatoren normalisiert, um die prozentuale Entwicklung der Indikatoren im Vergleich zum Basisjahr 2013 miteinander vergleichen zu können. Der Wert im Basisjahr beträgt 100. Es folgt die Gewichtung und Aggregation, wobei in die Einzelindikatoren innerhalb der Dimensionen sowie die Dimensionen jeweils gleich gewichtet werden. Im letzten Schritt wurde eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt, um die Robustheit der Indikatoren zu überprüfen.

Ergebnisse

Die Indikatoren wurden aus unterschiedlichen Quellen bezogen, darunter Daten der AOK, BGW, DRV Bund, der Bundesagentur für Arbeit (BA), das Sozioökonomische Panel (SOEP) und Media Tenor. Die zugrundeliegende Stichprobegröße der aktuellsten Berechnung betrug für die Indikatoren, die auf dem SOEP beruhten 276 bzw. 422 Pflegekräfte (Altenpflege bzw. Krankenpflege). In den ausgewerteten Medien (Sample von TV-Nachrichten, Rundfunk, Print-

Titel) wird eine Vollerhebung durchgeführt. Die Daten der AOK, BGW; DRW und BA entsprachen Vollerhebungen. Die Indikatoren wurden jeweils separat für die Beschäftigten in der Altenpflege und Krankenpflege erfasst, sodass jeweils ein Index zur Berufsgesundheit für die Bereiche Altenpflege und Krankenpflege berechnet wird.

Sowohl der Berufsgesundheitsindex in der Altenpflege als auch in der Krankenpflege entwickelte sich von 2013 bis 2019 tendenziell positiv. Im Zuge der COVID-Pandemie im Jahr 2020 ist der Berufsgesundheitsindex jedoch auf 96 bzw. 98 Indexpunkte zurückgefallen. Der Rückgang wurde im Bereich der Altenpflege insbesondere getrieben durch die Dimensionen Medienklima (-29 Index-punkte gegenüber 2019) und Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (-27 Indexpunkte). Letztere Dimension war auch für den Index der Krankenpflege ausschlaggebend (-39 Indexpunkte).

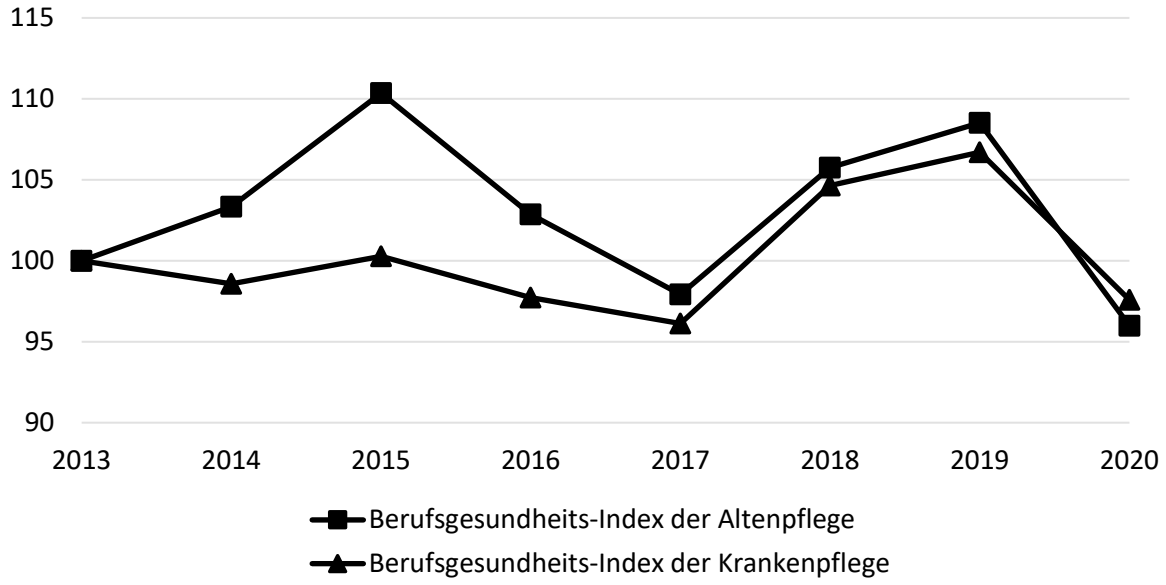


Abb. 1: Berufsgesundheitsindex in der Altenpflege und in der Krankenpflege 2013 – 2020

Diskussion und Fazit

Die Verschlechterung der Berufsgesundheit wurde insbesondere durch eine deutlich höhere Zahl von Meldungen eines Verdachts auf Berufskrankheiten getrieben. Dabei sollte zukünftig beobachtet werden, inwiefern sich die rasant gestiegenen Verdachtsmeldungen von Berufskrankheiten in den kommenden Jahren in einem steigenden Zugang zur Erwerbsminderungsrente niederschlagen.

Zudem zeigt die Analyse des Medienklimas, dass die COVID-Pandemie zu einer gestiegenen Aufmerksamkeit und Anerkennung gegenüber den Pflegeberufen geführt hat. Es bleibt abzuwarten, inwiefern dies zu einer höheren gesellschaftlichen Akzeptanz und politischen Relevanz der Pflege-branche führt. Die von der Bundesregierung 2020 eingeführte Corona-Prämie für Beschäftigte in der Altenpflege und anderen Pflegeberufen zeugt von einer solchen Entwicklung.

Zusätzlich liefert auch der absolute Vergleich der einzelnen Indikatoren mit dem Durchschnittswert anderer Berufsgruppen als Referenzwert wichtige Erkenntnisse zur aktuellen Situation der Pflegekräfte. Dadurch können politische Entscheidungsträger auf Handlungsbedarfe aufmerksam gemacht werden. BGW und DRV Bund beabsichtigen, den Index jährlich zu aktualisieren.

Take-Home-Message

Die Dimensionen der Berufsgesundheit haben sich insbesondere mit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 teilweise sehr unterschiedlich entwickelt, was die Bedeutung eines umfassenden, mehrdimensionalen Verständnisses von Berufsgesundheit unterstreicht.

Literatur

BGW und DRV Bund (2022.) BeGX – Berufsgesundheits-Index Alten- und Krankenpflege. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Allgemein/Downloads/publikationen/2022_begx_berufsgesundheitsindex.html.

OECD & JRC. (2008). Handbook on Constructing Composite Indicators. Paris.

Evaluation eines Trainings zur Förderung psychischer Gesundheitskompetenz bei Studierenden

Ann-Kathrin Grotenburg; Jens Knispel; Veneta Slavchova; Viktoria Arling

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Viele Untersuchungen der letzten Jahre weisen auf eine zunehmend schlechte Verfassung der psychischen Gesundheit von Studierenden hin. Studierende weisen zunehmend hohe Prävalenzraten psychischer Erkrankungen auf und berichten eine verstärkte psychische Beanspruchung (Gorczynski et al., 2017). Als ein relevanter Schutzfaktor im Rahmen der Prävention psychischer Erkrankungen hat sich die sogenannte psychische Gesundheitskompetenz herausgestellt. Sie kann präventiv auf die psychische Gesundheit wirken und wird bspw. mit einem besseren psychischen Wohlbefinden und der Bereitschaft Hilfe aufzusuchen in Verbindung gebracht (Kitchener & Jorm, 2006). Die psychische Gesundheitskompetenz umfasst per Definition Wissen und Fertigkeiten zum angemessenen Umgang mit der psychischen Gesundheit (Jorm et al., 1997). Aber auch diese ist bei Studierenden gering ausgeprägt (Gorczynski et al., 2017). Aus diesen Gründen wurde ein Kleingruppentraining zur Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz Studierender entwickelt und erprobt. Hierbei galt es zwei zentrale Fragenstellungen zu beantworten: 1.) Ist das Training wirksam? 2.) Wie wird das Training von den Teilnehmenden angenommen?

Methoden

Das Training fand in Kleingruppen an jeweils zwei Terminen statt und vermittelte den Teilnehmenden theoretisches und praktisches Wissen in den Bereichen psychischer Erkrankungen und Hilfsangeboten. Zur Evaluierung der Wirksamkeit wurde die psychische Gesundheitskompetenz mittels einer speziell konzipierten Skala vor, direkt nach und zwei Wochen nach dem Training erfasst. Um zu erheben, wie das Training durch die Teilnehmenden angenommen wird, wurden die Zufriedenheit mit dem Training und den Trainerinnen und die Bewertung der Umsetzung berücksichtigt. Außerdem wurde erhoben, wie die Teilnehmenden auf das Training reagierten und ob sich ein Lernerfolg abzeichnete.

Zudem wurde geprüft, ob ein Transfer in das Verhalten der Teilnehmenden erzielt werden konnte. Die Interventions- (N = 30) und die Kontrollgruppe (N = 51) setzten sich insgesamt aus 64 Frauen, 15 Männern und zwei diversen Personen zusammen (mittleres Alter: 22.04, SD = 3.36). Die meisten von Ihnen studierten an der RWTH Aachen (75.3%), befanden sich in ihrem fünften Hochschulsemester (AM = 4.72, SD = 3.34) und strebten einen Bachelor-Abschluss an (75.3%).

Ergebnisse

Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe zeigten eine relevante Verbesserung der selbsteingeschätzten psychischen Gesundheitskompetenz, von „eher gut“ zu „gut“. In der Kontrollgruppe zeigte sich keine Veränderung (Deskriptionen & Erhebungszeitpunkte: siehe Tabelle 1).

Tab. 1:

	Nach Tag 1			**Nach Tag 2**		
Zufriedenheit	*AM*	*SD*	*Spanne*	*AM*	*SD*	*Spanne*
Das Training hat mir gut gefallen. [a]	5.40	0.56	[4, 6]	5.57	0.50	[5, 6]
Ich würde dem Training die Gesamtnote...geben.[b]	1.43	0.50	[1, 2]	1.57	0.97	[1, 6]
Ich würden den Trainerinnen die Gesamtnote... geben. [b]	1.07	0.25	[1, 2]	1.20	0.93	[1, 6]
Umsetzung						
Die Gestaltung des Trainings hat mir dabei geholfen, die Inhalte zu verstehen. [a]	5.77	0.43	[5, 6]	5.80	0.41	[5, 6]
Der Austausch zwischen den Trainerinnen und den Teilnehmenden war angenehm. [a]	5.70	0.60	[4, 6]	5.87	0.35	[5, 6]
	Nach Tag 2			**Nachbefragung**		
Reaktionen	*AM*	*SD*	*Spanne*	*AM*	*SD*	*Spanne*
Zeit in dieses Training zu investieren, war sinnvoll. [a]	5.30	0.92	[3, 6]	5.07	0.69	[4, 6]
Die Inhalte des Trainings haben Relevanz für meinen Alltag. [a]	5.47	0.63	[4, 6]	4.90	0.71	[3 ,6]
Lernen						
Ich habe etwas Neues gelernt. [a]	5.13	1.14	[1, 6]	5.07	1.11	[1, 6]
Ich denke, ich werde auch einige Zeit nach dem Training berichten können, was ich gelernt habe. [a]	5.13	0.63	[4, 6]	4.77	0.82	[3, 6]
Ich würde das Training weiterempfehlen. [a]	5.53	0.63	[4, 6]	5.13	0.68	[4, 6]
Verhalten/Transfer						
Ich habe nach dem Training eigenständig zu Themen der mentalen Gesundheit recherchiert. [a]	-	-	-	3.33	1.32	[1, 6]
Ich habe nach dem Training mit anderen über die besprochenen Themen geredet. [a]	-	-	-	5.03	0.85	[2, 6]

Anmerkung. [a] Die Items wurden auf einer 6-stufigen Skala (1 – stimme überhaupt nicht zu, 6 – stimme voll und ganz zu) beantwortet. [b] Die Items wurden mittels Schulnoten (1 – 6) beantwortet.

Insgesamt wurde das Training auf allen Ebenen positiv bewertet. Die Teilnehmenden waren mit beiden Trainingstagen zufrieden und das Training erhielt die Noten „gut“ bis „sehr gut“, die Trainerinnen die Note „sehr gut“. Auch die Umsetzung wurde als positiv bis sehr positiv wahrgenommen. Darüber hinaus erschien das Training den Teilnehmenden nützlich und sie gaben an, langfristig dazu gelernt zu haben. Außerdem würden die Teilnehmenden das Training weiterempfehlen und glauben, das Gelernte gut anwenden zu können. Der Transfer stellte teilweise eine Herausforderung dar. Zwar waren die Rückmeldungen hinsichtlich der eigenständigen Auseinandersetzung mit den Inhalten sehr heterogen, dennoch gab der Großteil der Teilnehmenden an, mit anderen Personen über das Training gesprochen zu haben. In diesem Sinne konnte ein gewisser Transfer beobachtet werden.

Diskussion und Fazit

Das Training erwies sich eindeutig als effektiv und es wurde von den Teilnehmenden positiv angenommen. Es ist zu erwarten, dass sich über die Stärkung der psychischen Gesundheitskompetenz langfristig Präventionseffekte ergeben und die Studierenden gesündere Entscheidungen hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit treffen werden. Mit kleineren Anpassungen könnte es auch auf weitere Zielgruppen angewandt werden. Denkbar wäre beispielsweis ein Einsatz in Rehabilitationseinrichtungen. Je nach individueller Krankheitshistorie wäre das Training hier im Bereich der Sekundär- oder Tertiärprävention einzuordnen.

Take-Home-Message

Über die Stärkung der psychischen Gesundheitskompetenz kann das Training als Interventionsmaßnahme, gegen die sich verschlechternde psychische Gesundheit der Studierenden eingesetzt werden. Somit kann langfristig psychischen Erkrankungen in dieser Zielgruppe vorgebeugt, und dem Bedarf an entsprechenden Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen entgegengewirkt werden.

Literatur

Gorczynski, P., Sims-Schouten, W., Hill, D., & Wilson, J. C. (2017): Examining mental health literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students. The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 12, 2. 111–120.

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997): “Mental health literacy”: A survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical Journal of Australia, 166, 4. 182-186.

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2006): Mental Health First aid Training: Review of Evaluation Studies. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40. 6–8.

Grenzmanagement für gesundheitsgerechte Vereinbarkeitslösungen – Prävention und Rehabilitation für die transformierte Arbeitswelt

Katja Nebe

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Die Arbeitswelt ändert sich rasant. Zwei starke Antriebskräfte sind die Digitalisierung und der wachsende Anteil von Erwerbstätigen mit gleichzeitiger Sorgeverpflichtung. Die Digitalisierung bietet Chancen und Risiken, auch für sorgepflichtige Erwerbspersonen. Positiv zu bewerten sind die Flexibilisierungspotentiale. Eltern und pflegenden Angehörigen eröffnen sich durch den Einsatz von digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien bessere Teilhabechancen am Arbeitsmarkt, z.B. durch mobiles Arbeiten. Flexibilisierte Arbeitsformen stellen andererseits ein nicht zu unterschätzendes Risiko für Gesundheitsbeeinträchtigungen dar. Die Risiken sind vielfältig und können sich unterschiedlich nachteilig auf Gesundheit und Erwerbsfähigkeit auswirken (Europäisches Parlament, 2021).

Der Beitrag zielt im ersten Schritt darauf, einen Überblick über arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu den Gesundheitsrisiken im oben skizzierten Zusammenhang zu geben und evtl. Forschungsdesiderate aufzuzeigen. Im zweiten Schritt soll gezeigt werden, woraus sich Verantwortlichkeiten der Rehabilitationsträger im Bereich von vereinbarkeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen ergeben und mit welchen Instrumenten hier im konkreten Wege von Prävention und Rehabilitation vorgebeugt bzw. Gesundheit und Erwerbsfähigkeit nachhaltig auch für Erwerbstätige mit Erziehungs- und Pflegeaufgaben in den Familien stabilisiert werden kann.

Methoden

Zur Ermittlung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse im Kontext der Belastungen sorgender und pflegender Erwerbstätiger infolge der erhöhten Flexibilisierungsbedarfe und damit verbundener Entgrenzungserfahrungen wurden vor allem Veröffentlichungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) sowie anderer öffentlicher Institutionen und wissenschaftlicher Akteure recherchiert und im Wege der Textanalyse auf Risiken und Schutzmaßnahmen untersucht. Für die Klärung der Verantwortlichkeiten der Rehabilitationsträger wurden Rechtsquellen und Gerichtsentscheidungen sowie Sekundärliteratur im Wege der Textanalyse ausgewertet. Die Ergebnisse wurden im Lichte des höherrangigen Rechtes, vor EU-Antidiskriminierungsrechts, aber auch im Lichte des nationalen Verfassungsrechts, vor allem Art. 3 Abs. 2 GG und Art. 6 Abs. 1 GG, kritisch reflektiert.

Ergebnisse

Die Ambivalenz flexibler Arbeitsorganisationsformen und die mit Entgrenzung verbundenen gesundheitlichen Risiken sind inzwischen vielfach wissenschaftlich untersucht (BAuA, 2019; iga, 2016). Infolge der Corona-Schutzmaßnahmen erfahren dabei die Risiken durch unzureichendes Grenzmanagement, v.a. durch störende Arbeitsunterbrechungen bei Arbeit im Homeoffice und durch interessierte Selbstgefährdung erhöhte Aufmerksamkeit. Mögliche Überlastungen durch zunehmende Entgrenzungen, v.a. auch durch häufiges Switchen

zwischen beruflichen und sorgebedingten Aufgaben, werden, soweit ersichtlich, zwar empirisch berichtet, arbeitswissenschaftlich allerdings bislang selten untersucht (Nebe, 2021). Dabei thematisiert die Arbeitswissenschaft durchaus die Wirkungen von Arbeitsunterbrechungen für die Gesundheit der Beschäftigten. Nach sorgebedingten Anlässen für die Unterbrechung der betrieblichen Arbeit wird dabei allerdings noch nicht genügend gefragt (vgl. nur BAuA, 2019). Damit zeigt sich, dass nicht nur das Arbeitsrecht, sondern auch der Arbeitsschutz und die Arbeitswissenschaften die besonderen Belastungen, denen Erwerbstätige mit gleichzeitiger Sorgeverantwortung ausgesetzt sind, noch zu wenig beachten.

Dieser blinde Fleck in der Erforschung von Belastungsfaktoren beim Grenzmanagement für sorgende bzw. pflegende Erwerbstätige spiegelt sich in der Ausrichtung von Präventions- und Rehabilitationsangeboten wider. Die wichtigsten Rehabilitationsträger für die medizinische Rehabilitation, d.h. die GKV, die GUV und die GRV, haben einen gesetzlichen Unterstützungs- und Leistungsauftrag, der das Ziel der Gesunderhaltung für die Zielgruppe erwerbstätiger Personen mit Sorgepflichten umfasst (NPK, S. 20 f.). Berichte über Angebote im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements belegen, dass sich verhältnisbezogene Aktivitäten vergleichsweise selten (nur in 10% der Angebote) auf eine gesundheitsförderliche Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben beziehen (NPK, S. 85).

Diskussion und Fazit

Dem Risiko gesundheitlicher Gefährdung infolge kollidierender Anforderungen durch berufliche und Sorgepflichten muss bei Präventions- wie auch bei Rehabilitationsmaßnahmen eine größere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Wie eine gesundheitsgerechte Arbeitsorganisation Vereinbarkeitsanforderungen einschließen und damit zugleich Teilhabechancen von Sorgeleistenden verbessern kann, ist nicht nur eine Aufgabe des Arbeitsschutzes (vgl. § 4 Nr. 6 ArbSchG), sondern auch ein Feld der Betrieblichen Gesundheitsförderung ebenso wie der Rehabilitation. Medizinische Rehabilitation muss Familien- und Sorgelasten als Kontextfaktoren früh einbeziehen. Sowohl über Zielkonflikte zwischen der Sorge- und der beruflichen Anforderung wie über Belastungen durch unzureichendes Grenzmanagement sind Themen, die sich für die Betriebliche Gesundheitsförderung gem. § 20b SGB V eignen.

Take-Home-Message

Damit Sorgeleistende von den Chancen der Digitalisierung durch eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Familie profitieren, müssen die besonderen Entgrenzungsrisiken im Rahmen von Präventions- und Rehabilitationsangeboten aufgegriffen werden.

Literatur

BAuA (2019). Arbeitsunterbrechungen und Multitasking täglich meistern, 2. Aufl., Dortmund.

Europäischen Parlament (2021), Entschließung vom 21. Januar 2021 mit Empfehlungen an die Kom-mission zum Recht auf Nichterreichbarkeit (2019/2181(INL)).

iga (2016). iga.Report23, Auswirkungen von ständiger Erreichbarkeit und Präventionsmöglichkeiten.

Nationale Präventionskonferenz (NPK, 2018). Bundesrahmenempfehlung nach § 20d Abs. 3 SGB V.

Nebe (2021). Gleichstellung durch familienfreundliche Arbeitszeitorganisation – ein Plädoyer für ein soziales Arbeitsrecht in: Die Sicherung der kollektiven Ordnung, Festschrift für Ingrid Schmidt, hrsg. von Klapp/Linck/Preis/Reinhard/Wolf, S. 863-874.

Prävention von Arbeitsunfähigkeit: Evaluation eines arbeitsbezogenen Einzelcoachings

Lilly Paulin Werk; Beate Muschalla;

TU Braunschweig

Hintergrund und Zielstellung

Die steigenden Anforderungen unserer modernen Arbeitswelt und der zunehmende bürokratische Aufwand führen zu höherer Arbeitslast, den zunehmend bereits gesunde Menschen als Stressfaktor erleben (Berg-Beckhoff et al., 2017). Insbesondere bei psychisch erkrankten Arbeitnehmern sind häufig Arbeitsplatzprobleme, bishin zu langen Arbeitsunfähigkeitszeiten die Folge (Muschalla, Linden, 2014). Im Rahmen des EU-Projekts H-Work werden Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz evaluiert. Wir berichten die Ergebnisse eines arbeitsplatzbezogenen Einzelcoachings für Arbeitnehmer einer öffentlichen Universität sowie anderen Organisationen in Niedersachsen.

Methoden

Ein Einzelcoaching mit jeweils drei Sitzungen wurde Arbeitnehmern einer Universität und anderen Organisationen der Region angeboten. Alle Coaching-Sitzungen wurden von der gleichen M. Sc. Psychologin mit berufs- und sozialmedizinischer Expertise (in Präsenz oder per Video) durchgeführt. Mittels verhaltensorientierter Situationsanalyse wurden die Coachinginhalte individuell auf die Teilnehmenden abgestimmt (Linden, Hautzinger, 2021). Alternative Verhaltensweisen für problematische Arbeitssituationen wurden eingeübt und reflektiert. Die Teilnehmer füllten vor der ersten und nach der dritten Coaching-Sitzung Fragebögen zur Selbsteinschätzung ihrer arbeitsbezogenen Fähigkeiten (Mini-ICF-S), Arbeitsfähigkeit (WAI) sowie arbeitsbezogene Coping-Strategien (JoCoRi) aus.

Ergebnisse

Es wurden 155 Coachings zu je drei Sitzungen abgeschlossen (Zum Ende der Intervention werden mindestens 206 Coachings vorliegen). Es gab 4 Drop-outs. 70 Teilnehmer stammten aus der Universität (Verwaltung & Forschung), 85 Teilnehmer aus anderen Berufsfeldern (s. Tabelle 1). 59 Teilnehmer brachten ein Thema zur sozialen Interaktion am Arbeitsplatz (Selbstbehauptung, Konflikte), 96 ein individuelles Thema (Selbstorganisation, Arbeitsmenge) mit (s. Tabelle 2). Nach drei Coaching-Sitzungen zeigten die Teilnehmer eine signifikante Verbesserung in der Einschätzung der arbeitsbezogenen Fähigkeiten ($t(153) = 8.17$, $p < .001$**), der Arbeitsfähigkeit ($t(154) = -4.87$, $p < .001$**) sowie der Job-Coping-Strategien ($t(154) = -4.87$, $p < .001$**) im Vergleich zu vor dem Coaching.

Tab. 1: Berufsfelder der Coachingteilnehmer

Berufsfelder	***N* = 155**
Handel	5
Finanzen, Immobilien & Versicherungen	7
Technologie & Telekommunikation	2
Metall & Elektronik	7
Wirtschaft & Politik	6
Pharmazie & Gesundheit	31
Lehre & Forschung	70
Recht & Justiz	1
Soziale Verbände und Einrichtungen	14
Medien	3
Werbung & Marketing	2
Dienstleistungen & Handwerk	6
Energie & Umwelt	1

Tab. 2: Themen der Coachingteilnehmer

Arbeitsbezogene Themen im Coaching	***N* = 155**
Rollenstress	11
Arbeitsmenge	36
Situationale Beschränkungen	10
Job-Demand-Control-Modell	11
Soziale Interaktion	59
Karrierebezogenes	15
Arbeitsbedingungen	13

Diskussion und Fazit

Die Vorteile des Einzelcoachings sind der individuelle Themenfokus der Teilnehmer und das ökonomische Format von drei Sitzungen. In der bisherigen Forschung konnte bereits gezeigt werden, dass individuelle Beratungsangebote häufig effektiver sind als präventive Gruppeninterventionen (z.B. Reynolds, 1997). Theeboom und Kollegen (2014) konnten eine höhere Effektivität für Kurzcoachings (bis zu 5 Sitzungen) im Vergleich zu anderen Coachings finden. Laut unseren Ergebnissen sowie den Rückmeldungen der Teilnehmer kann das Einzelcoaching die Selbstbeurteilung arbeitsbezogener Fähigkeiten, die Arbeitsfähigkeit und aktive Copingstrategien von Arbeitnehmern an verschiedenen Arbeitsplätzen erhöhen.

Take-Home-Message

Bereits ein Kurzcoaching von drei Sitzungen kann arbeitsbezogene Bewältigungsfähigkeiten verbessern, sofern individuell auf die Themen der Teilnehmer eingegangen wird.

Literatur

Berg-Beckhoff, G., Nielsen, G., Ladekjær Larsen, E. (2017). Use of information communication technology and stress, burnout, and mental health in older, middle-aged, and younger workers–results from a systematic review. International journal of occupational and environmental health, 23. 160-171.

Linden, M., Hautzinger, M. (2021). Verhaltenstherapiemanual (Aufl. 9). Heidelberg: Springer.

Muschalla, B., Linden, M. (2014). Workplace phobia, workplace problems, and work ability among primary care patients with chronic mental disorders. The Journal of the American Board of Family Medicine, 27. 486-494.

Reynolds, S. (1997): Psychological well-being at work: is prevention better than cure? Journal of psychosomatic research, 43. 93-102.

Theeboom, T., Beersma, B., van Vianen, A. E. (2014). Does coaching work? A meta-analysis on the effects of coaching on individual level outcomes in an organizational context. Journal of Positive Psychology, 9. 1-18.

Förderung: Diese Studie wurde von dem Horizon Projekt „H-Work“ finanziert.

§ 7 Behindertengleichstellungsgesetz – eine unterschätzte Norm für die Rehabilitationspraxis

Felix Welti

Universität Kassel

Hintergrund und Zielstellung

Das Behindertengleichstellungsgesetz des Bundes (BGG) wurde 2002 eingeführt, um das Benachteiligungsverbot wegen einer Behinderung aus Art. 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz in der Verwaltungspraxis der deutschen Bundesbehörden zu konkretisieren. 2014 wurde die Norm evaluiert (Welti et. al., 2014) und 2016 neu gefasst, um die Impulse der UN-Behindertenrechtskonvention (vgl. Welti, 2021) aufzunehmen. Die ersten beiden Absätze der Norm lauten seitdem auszugsweise:

(1) Ein Träger öffentlicher Gewalt darf Menschen mit Behinderungen nicht benachteiligen. Eine Benachteiligung liegt vor, wenn Menschen mit und ohne Behinderungen ohne zwingenden Grund unterschiedlich behandelt werden und dadurch Menschen mit Behinderungen in der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft unmittelbar oder mittelbar beeinträchtigt werden. Eine Benachteiligung liegt auch bei einer Belästigung im Sinne des (…) Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (…) vor, (…). Bei einem Verstoß gegen eine Verpflichtung zur Herstellung von Barrierefreiheit wird das Vorliegen einer Benachteiligung widerleglich vermutet.

(2) Die Versagung angemessener Vorkehrungen für Menschen mit Behinderungen ist eine Benachteiligung im Sinne dieses Gesetzes. Angemessene Vorkehrungen sind Maßnahmen, die im Einzelfall geeignet und erforderlich sind, um zu gewährleisten, dass ein Mensch mit Behinderung gleichberechtigt mit anderen alle Rechte genießen und ausüben kann, und sie die Träger öffentlicher Gewalt nicht unverhältnismäßig oder unbillig belasten.

Rechtswissenschaftliche und rechtstatsächliche Untersuchungen haben erhebliche Defizite der Barrierefreiheit im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen ergeben und rechtliche Lösungswege diskutiert (Hlava, 2018). Das BGG ist 2021/2022 erneut evaluiert worden. Die Ergebnisse werden 2023 den Deutschen Bundestag und die Bundesbehörden beschäftigen, zu denen auch wichtige Rehabilitationsträger wie die DRV Bund, DRV KBS, BA, bundesweite Krankenkassen und Berufsgenossenschaften gehören.

Methoden

§ 7 BGG wird analysiert und es wird mit rechtswissenschaftlichen Methoden unter Einbeziehung von Literatur, Rechtsprechung und empirischen Evaluationsergebnissen untersucht, ob und wieweit die Rechtsnorm in der Rehabilitationspraxis anzuwenden ist und es werden hierfür Beispiele gegeben.

Ergebnisse

Die Rehabilitationsträger, soweit sie Bundesbehörden sind, sind unmittelbar an § 7 BGG gebunden. Die Regelung ist konkreter als das Benachteiligungsgebot des Grundgesetzes, weil sie

- klarstellt, dass mittelbare Benachteiligungen wie unmittelbare Benachteiligungen verboten sind (§ 7 Abs. 1 Satz 2 BGG),
- die Versagung angemessener Vorkehrungen als Benachteiligung durch Unterlassen einer Benachteiligung durch Tun gleichsteht (§ 7 Abs. 2 BGG),
- eine Belästigung als Benachteiligung ausweist (§ 7 Abs. 1 Satz 3 BGG),
- einen Verstoß gegen Pflichten zur Herstellung von Barrierefreiheit als Indiz für eine verbotene Benachteiligung kennzeichnet (§ 7 Abs. 1 Satz 4 BGG).

Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation (soweit sie keine Eigeneinrichtungen sind), sind nicht unmittelbar an § 7 BGG gebunden. Für sie gelten aber die gleichen Grundsätze. Dies ergibt sich aus einer verfassungs- und konventionskonformen Auslegung des für diese Rechtsbeziehung einschlägigen AGG. Weiterhin müssen die Rehabilitationsträger nach §§ 17, 33c SGB I eine barriere- und benachteiligungsfreie Leistungserbringung gewährleisten (Hlava, 2018).

Diskussion und Fazit

Mittelbare Benachteiligungen können vorliegen, wenn scheinbar neutrale Kriterien benachteiligende Wirkung haben. Mittelbar benachteiligend ist z.B. ein Verbot, Tiere in eine Physiotherapiepraxis mitzunehmen, das auch Assistenzhunde einbezieht (vgl. BVerfG 30.1.2020, 2 BvR 1005/18).

Angemessene Vorkehrungen (Frankenstein; Hlava; Welti, 2019) können in der Zulassung und Finanzierung einer Begleitperson als Assistenz in der Rehabilitation bestehen, die analog zur Assistenz im Krankenhaus zu akzeptieren oder leisten ist (vgl. Janßen, 2021).

Belästigungen können vorliegen, wenn Menschen mit Behinderungen in Behörden oder Einrichtungen feindselig herabgesetzt werden.

Vorschriften zur Barrierefreiheit von Dienstgebäuden oder Internetseiten der Rehabilitationsträger oder der Dienste und Einrichtungen ergeben sich unter anderem aus §§ 8, 12a BGG, § 17 SGB I, den Landesbauordnungen und dem Barrierefreiheitsstärkungsgesetz. Ihre Verletzung indiziert eine verbotene Benachteiligung. Diese Vermutung müsste widerlegt werden, etwa durch intensive Bemühungen zur Normerfüllung.

Take-Home-Message

Das Benachteiligungsverbot aus § 7 BGG hat praktische Folgen für Rehabilitationsträger und Leistungserbringer.

Literatur

Frankenstein, A., Hlava, D., Welti, F. (2019). Angemessene Vorkehrungen und Sozialrecht in: Die Sozialgerichtsbarkeit 6.2019, 317-325.

Hlava, D. (2018). Barrierefreie Gesundheitsversorgung – Rechtliche Gewährleistung unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsdurchsetzung.

Janßen, C. (2021). Die Neuregelungen zur Assistenz im Krankenhaus, www.reha-recht.de, A41-2021.
Welti, F. (2021). Die UN-BRK und ihre Umsetzung in Deutschland in: Ganner, M./ Rieder, E./ Voithofer, C./ Welti, F. (Hrsg.), Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland und Österreich, 27-56.
Welti, F., Groskreutz, H., Hlava, D., Rambausek, T., Ramm, D, Wenckebach, J. (2014). Evaluation des Behindertengleichstellungsgesetzes – Abschlussbericht.

BfA Gelingt - Ergebnisse einer qualitativen Studie zu sozialrechtlichen und sozialpolitischen Barrieren und möglichen Lösungsansätzen

Burcu Köse; Regina Weißmann; Christiane Bartosch; Regina Schmid; Joachim Thomas

KU Eichstaett-Ingolstadt

Hintergrund und Zielstellung

Die UN-Behindertenrechtskonvention etabliert in Artikel 27 das Recht von Menschen mit Behinde- rung auf Arbeit. Der Weg aus Institutionen, wie der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), oder Anderer Anbieter‘ i. S. d. § 60 SGB IX auf den ersten Arbeitsmarkt im Rahmen einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung gelingt aktuell nur in Einzelfällen. Eine Möglichkeit, die den Weg zum ersten Arbeitsmarkt ebnet, wird durch das Budget für Arbeit (BfA) eröffnet.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung (Bundesteilhabegesetz – BTHG) v. 23.12.2016 wurde im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben m.W.v. 01.01.2018 das Budget für Arbeit in § 61 SGB IX eingeführt. Das BfA kann für Menschen mit Behinderungen eine Alternative zur Beschäftigung in einer Werkstatt (WfbM) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bieten. Das BfA wurde vorab in einzelnen Bundesländern in verschiedenen Modellprojekten erfolgreich erprobt.

Die bisherigen Auswertungen zur Inanspruchnahme des BfA zeigen, dass dieses Angebot noch nicht den erwünschten Zulauf von Seiten der potenziellen Budgetnehmer*innen erfährt – bundesweit nutzten 2000 ca. 1000 Menschen das BfA (vgl. Mattern, 2020). Im Rahmen des vom BMAS geförderten Projekts „BfA Gelingt – Gelingensbedingungen der Inanspruchnahme gestalten und teilen‘ (01.09.2020 – 31.08.2023) (Kurzbeschreibung des Projektes in: Rehadat-Forschung, 2021) führte das Forscherteam der KU Eichstätt - Ingolstadt qualitative Befragungen durch, um die fördernden und hemmenden Faktoren, die auf die Inanspruchnahme des BfA einwirken, zu erfassen.

Methoden

Mit insgesamt N=70 Teilnehmer*innen wurden von Juni 2021 bis Januar 2022 leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Beteiligt war neben (potenziellen) Budgetnehmer*innen (n=14), deren Eltern und gesetzlichen Betreuer*innen (n=4) und (potenziellen) Arbeitgeber*innen (n=12) ein breiter Personenkreis an Expert*innen (n=40), der sich aus professionellen Fachkräften der Einrichtungen und Integrationsfachdiensten (z.B. Werkstattleiter, anderer Leistungsanbieter, Job-Coaches, Case-Manager*innen)

zusammensetzte. Ebenso wurden Vertreter*innen von im Prozess relevanten Institutionen (z.B. Interessensvertretungen, Ministerien, Beauftragte der Landesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatungen (EUTB)), Rehabilitations- bzw. Leistungsträger (Deutsche Rentenversicherung (DRV), Bundesagentur für Arbeit (BA), Träger der Eingliederungshilfe), Kammern, Integrationsämter befragt. Die inhaltsanalytische Auswertung erfolgte nach Mayring (2015) mit Hilfe der Software MAXQDA.

Zentrale Forschungsfragen sind hierbei:

Welche fördernden Faktoren beeinflussen die Inanspruchnahme des BfA auf der Ebene der Budgetnehmer*innen, der Arbeitgeber*innen, der Werkstätten und der Politik?

Welche hemmenden Faktoren beeinflussen die Inanspruchnahme des BfA auf der Ebene der Budgetnehmer*innen, der Arbeitgeber*innen, der Werkstätten und der Politik?

Welche Lösungsmöglichkeiten ergeben sich daraus für die Überwindung der Barrieren zur Inanspruchnahme des BfA?

Ergebnisse

Neben den Informationsdefiziten seitens aller Akteursgruppen zeigen die Interviews die Notwendigkeit sozialrechtlicher und -politischer Modifikationen. Insbesondere ist die sozialversicherungsrechtliche Ausgestaltung des BfA, hier vor allem die Rentenversicherung in den Interviews verstärkt als ein hemmender Faktor beschrieben: Während für Werkstattbeschäftigte die Regelung des § 162 S. 1 Nr. 2 SGB VI gilt, wonach beitragspflichtige Einnahmen mindestens in Höhe von 80 % der Bezugsgröße angesetzt werden, können bei einer Beschäftigung mittels BfA gegebenenfalls geringere Rentenanwartschaften als bei einer Tätigkeit in einer WfbM erworben werden, weil Budgetnehmer*innen im Kontext des BfA einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit nachgehen.

Diskussion und Fazit

Auch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) kann die Frage, ob während der Teilnahme am BfA weiterhin eine rentenanspruchsbegründende Erwerbsminderung vorliegt, nicht verbindlich beantworten (DRV, 2022). Insgesamt sollte eine optimierte und personenzentrierte Beratung seitens der Träger der Rentenversicherung erfolgen, um dem Menschen mit Behinderung Planungssicherheit zu geben und die Inanspruchnahme des BfA zu erhöhen. Eine Gesetzesmodifikation hinsichtlich der Rentenanwartschaften bei einer Inanspruchnahme des BfA erscheint sinnvoll.

Take-Home-Message

Mit dem vorliegenden Beitrag werden zentrale sozialrechtliche und sozialpolitische Modifikationen adressiert, die eine Inanspruchnahme des BfA erleichtern und somit die beruflichen Teilhabechancen von Menschen mit Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erhöhen können.

Literatur

DRV, (2022): § 61 SGB IX. Abschnitt 8. URL: https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/rvRecht/01_GRA_SGB/09_SGB_IX/pp_0051_75/gra_sgb009_p_0061.html, Abruf: 25.10.2022.

Mattern, L. (2020): Das Budget für Arbeit – Diskussionsstand und offene Fragen – Teil I: Eckpunkte, Umsetzungsstand und leistungsberechtigter Personenkreis. URL: https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2020/D5-2020_Das_Budget_für_Arbeit_Teil_I_.pdf, Abruf: 25.10.2022.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (13. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Rehadat-Forschung (2021). BfA - Gelingensbedingungen der Inanpruchnahme gestalten und teilen. R/FO125983.
URL: https://www.rehadat-forschung.de/suche/index.html?reloaded&q=budget+für+arbeit&sort=score+desc&page=7&facet_global_type=fordb&mode=detail, Abruf: 26.10.2022.

Förderung: BMAS

Budget für Ausbildung – ein neues Teilhabeinstrument

Belinda Weiland

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Mit ihrem Berufswunsch beschäftigen sich Menschen häufig schon im Kindesalter. Spätestens beim Übergang von der Schule in das Berufsleben stehen Jugendliche regelmäßig vor der Herausforderung, eine für sich passende Wahl zu treffen. Besonders junge Menschen mit Behinderung treffen hier auf zusätzliche Hürden, zu deren Überwindung es staatlicher Förderung bedarf. In diesem Beitrag soll erörtert werden, wie das Budget für Ausbildung (BfAusb) als Teilhabeinstrument zur tatsächlichen Inklusion Jugendlicher mit Behinderung am Ausbildungsmarkt beitragen kann.

Methoden

Die Bearbeitung der aufgeworfenen Frage erfolgt mit rechtswissenschaftlichen Methoden unter Einbezug einschlägiger sozialrechtlicher Literatur und Judikatur. Maßgeblich ist vor allem die Untersuchung des § 61a SGB IX vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK).

Ergebnisse

Das BfAusb hat als eigenständige Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben das Ziel, den Übergang von der Schule in das Berufsleben zu fördern. Als Sozialleistung unterliegt das Teilhabeinstrument dabei den Benachteiligungsverboten aus § 33c SGB I und § 19a SGB IV und ist mithin geeignet, angemessene Vorkehrungen zur Vermeidung von Diskriminierung und zur Umsetzung behinderungsgerechter Beschäftigung zu gewährleisten. Kern der Leistung ist die vollständige Erstattung der Ausbildungsvergütung und der Aufwendungen für die wegen der Behinderung erforderliche Anleitung und Begleitung am Ausbildungsplatz und in der Berufsschule. Damit sollen Ausbildungen außerhalb der Werkstatt für behinderte

Menschen (WfbM) gefördert werden, sodass junge Menschen eine Berufsausbildung oder eine theoriereduzierte Fachpraktiker-Ausbildung absolvieren können. Weiterhin hat der Gesetzgeber die Bundesagentur für Arbeit (BA), aufgrund ihrer Sachkunde und Sachnähe im Bereich der beruflichen Bildung, zur Vermittlung auch für den Fall in Verantwortung genommen, in dem das BfAusb von einem anderen Leistungsträger als der BA erbracht wird. Darüber hinaus soll die BA Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Ausbildungsplatz beziehungsweise nach einer geeigneten Einrichtung der beruflichen Rehabilitation leisten.

Diskussion und Fazit

Bei der Förderung und Inklusion junger Menschen in das Berufsleben setzt die UN-BRK, welche durch Ratifikation den Rang eines Bundesgesetzes hat, bereits bei der beruflichen Bildung an und berücksichtigt so auch den Einstieg in das Erwerbsleben.

Für die Berufsausbildung sind insbesondere die Artikel 24 und 27 UN-BRK entscheidend. Artikel 24 UN-BRK normiert das Recht auf Bildung. Das Bildungswesen hat auf allen Ebenen die Aufgabe, Vielfalt zu stärken und Menschen mit Behinderung zur wirklichen Teilhabe an einer freien Gesellschaft zu befähigen. Das bedeutet, die Bundesrepublik Deutschland muss einen wirksamen Zugang zur allgemeinen Hochschulbildung, Berufsausbildung, Erwachsenenbildung und zu lebenslangem Lernen gewährleisten. Artikel 27 UN-BRK fordert die Schaffung eines inklusiven Arbeitsmarktes und verlangt, Menschen mit und ohne Behinderung das gleiche Recht auf Arbeit zu gewährleisten. Es muss also für Jugendliche eine Möglichkeit geschaffen werden, im Anschluss an ihre Schulbildung einen ihren Fähigkeiten und Neigungen entsprechenden Beruf zu erlernen und mit diesem anschließend eine geeignete Arbeitsstelle zu finden. Diese Umsetzung gelingt allerdings nur selten. Einer erfolgreichen Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt könnte die immer noch starke Trennung dessen zum Ausbildungsmarkt entgegenstehen. Diesem Problem kann mit dem BfAusb entgegengewirkt werden. Das Teilhabeinstrument soll durch den finanziellen Anreiz Arbeitgeber dazu motivieren, Jugendliche mit Behinderung auszubilden. Das bietet den jungen Menschen eine Möglichkeit, die Abläufe in den Betrieben kennenzulernen und sich mit dem Arbeitsumfeld vertraut zu machen. Zusätzlich können auf diesem Weg Vorurteilen entgegengewirkt und mentale Barrieren sowohl bei Jugendlichen als auch bei Arbeitgebern abgebaut werden.

Dies zeigt, dass mit dem BfAusb ein wichtiger Schritt in Richtung Inklusion, Schaffung einer gleichberechtigten Arbeitsmarktteilhabe und einer langfristigen Reduzierung der Zugänge zu den WfbM getan wurde. Trotzdem besteht Nachbesserungsbedarf. Problematisch ist beispielsweise die zu enge Fassung der Ausbildungsformen. So werden nur Ausbildungen im Rahmen eines sozialversicherungspflichtigen Ausbildungsverhältnisses in einem nach § 66 BBiG und § 42r HWO geregelten Ausbildungsberuf gefördert. Auch fällt auf, dass die BA Menschen mit Behinderung bei der Suche nach einem geeigneten Ausbildungsplatz lediglich unterstützen soll. Eine verpflichtende Formulierung wäre an dieser Stelle, im Hinblick auf Verbindlichkeit und Rechtssicherheit für die anspruchsberechtigten Menschen, wünschenswert gewesen. Auch in Anbetracht des von Art. 27 Absatz 1 lit. d UN-BRK geforderten wirksamen Zugangs zu Berufsausbildung ist eine verpflichtende staatliche Unterstützung bei der Ausbildungssuche notwendig, denn gerade das Finden eines

geeigneten Ausbildungsplatzes stellt Jugendliche mit Behinderung regelmäßig vor eine große Herausforderung.

Take-Home-Message

Das BfAusb ist grundsätzlich geeignet den Übergang vom Schulsystem auf den Arbeitsmarkt inklusiver zu gestalten; es bleibt abzuwarten, ob dies auch in der Rechtswirklichkeit zu einer gleichberechtigten Teilhabe führt.

Literatur

Nebe, K.,Gast-Schimank, C. (2022). Kommentierung zu § 61a in Feldes/Kohte/Stevens-Bartol SGB IX Kommentar, 5. Auflage.

Tabbara, A. (2021). Mehr Inklusion möglich machen: Das Teilhabestärkungsgesetz in „Neue Zeitschrift für Sozialrecht“ S. 665-675.

Eine rechtliche Analyse der digitalen Gesundheitsanwendungen für Menschen mit Behinderungen gemäß § 47a SGB IX in der medizinischen Rehabilitation und als Teilhabeleistung der Gesetzlichen Rentenversicherung

Dörte Busch

Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Digitale Gesundheitsanwendungen für Menschen mit Behinderungen stellen nach § 47a SGB IX eine Leistung zur - trägerübergreifenden - medizinischen Rehabilitation dar, die erst mit dem Teilhabestärkungsgesetz mit Wirkung vom 10. Juni 2021 eingeführt wurde. Im Sozialgesetzbuch IX gibt es keine Vorläuferregelung, jedoch waren zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Vorschrift digitale Gesundheitsanwendungen bereits nach § 33a SGB V Teil des GKV-Regelleistungskataloges. Digitale Gesundheitsanwendungen nach § 47a Abs. 1 SGB IX müssen erforderlich sein, um entweder einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen. Erfasst werden solche Anwendungen, die im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis) beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geführt werden. § 47a Abs. 2 SGB IX enthält eine spezielle Regelung für dort nicht gelistete, jedoch vergleichbare Anwendungen, deren Mehrkosten der Leistungsberechtigte zu tragen hat. Eine Schnittstelle zur Erwerbsfähigkeit und damit zur Gesetzlichen Rentenversicherung stellt der auf die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Soziales eingeführte Abs. 12 des § 139e SGB V dar. Er lässt zu, dass digitale Anwendungen ebenfalls in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen werden können, die als Leistungen zur Teilhabe von der Gesetzlichen Rentenversicherung erbracht werden. Ziel des Beitrages ist es, die im gegliederten Sozialsystem sich stellenden Fragen der Abgrenzung, insbesondere zu Hilfsmitteln, in der medizinischen Rehabilitation zu beantworten und ihre Bedeutung im Kontext der Leistungen

zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Zuständigkeit der Gesetzlichen Rentenversicherung zu umreißen.

Methoden

Auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen werden die Literatur und – soweit vorhanden – Rechtsprechung zur Formulierung von Ergebnissen auf Basis der juristischen Methodenlehre ausgewertet. Es fließen Studien sowie eine eigene explorative Auswertung des DiGA-Verzeichnisses des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ein. Sollten bis Februar 2023 einschlägige Studien vorliegen, werden diese ergänzend berücksichtigt.

Ergebnisse

§ 47a SGB IX selbst enthält keine Abgrenzungen. Generell ist die Vorschrift nicht konstitutiv für die Erbringung digitaler Gesundheitsanwendungen, sodass sich insbesondere Abgrenzungsfragen zu den Hilfsmitteln in der medizinischen Rehabilitation stellen. Digitale Gesundheitsanwendungen sollen nach dem Gesetz auch die Erwerbsfähigkeit erhalten können. In diesem Beitrag werden Leitlinien zur Abgrenzung der Zuständigkeiten von Gesetzlicher Krankenversicherung und Gesetzlicher Rentenversicherung entworfen. Eine in der Literatur zu beobachtenden zum Teil einschränkenden funktionalen Zweckbestimmung der digitalen Gesundheitsanwendungen, ist in der formulierten Allgemeinheit nicht zu folgen. Damit verknüpft, ist die Verortung der digitalen Gesundheitsanwendungen im System der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hier sind ebenfalls Hilfsmittel Gegenstand des Leistungskataloges sowie technische Arbeitshilfen.

Diskussion und Fazit

Dadurch, dass die digitalen Gesundheitsanwendungen in § 47a SGB IX neu sind, ist ihr Anwendungsbereich für Menschen mit Behinderungen zu diskutieren. Darin eingeschlossen ist die Zuständigkeit für die Entscheidung als Leistung der medizinischen Rehabilitation bzw. zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit. Ein Schwerpunkt liegt auf dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit in der Zuständigkeit der Gesetzlichen Rentenversicherung und eine Verortung in ihrem Leistungssystem. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass Behinderungen vielfach erst im Laufe des Erwerbslebens erworben werden. Digitale Technologien weisen ein bedeutsames Potenzial auf, um Menschen mit Behinderungen im Arbeitsleben zu unterstützen. In diesem Kontext, ist ebenfalls der angesprochene § 47 Abs. 2 SGB IX einzubeziehen. Fazit ist, dass der Anwendungsbereich und die Zuständigkeiten für digitale Gesundheitsanwendungen in ihrer Bandbreite für die medizinische Rehabilitation und die Teilhabe am Arbeitsleben durch Leitlinien zu konkretisieren sind.

Take-Home-Message

Die digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 47a SGB IX müssen rechtlich vor dem Hintergrund des tatsächlichen – zukünftigen - Potenzials in Zuständigkeit und Anwendungsbereich reflektiert und konkretisiert werden. Der Erhalt der Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen ist stets mitzudenken.

Literatur

Blatt, Digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen – wo stehen wir?, Reha-Info 06/2021

Kohte, Medizintechnikrecht – ein sensibler Bereich des Technikrechts, in Jahrbuch Umwelt- und Technikrecht 2019, 31.
Luik in Dau/Düwell/Joussen/Luik, Sozialgesetzbuch IX, Lehr- und Praxiskommentar, § 47a, 6. Auflage, 2022.
Münkler, Health-Apps im gesundheitsrechtlichen Regulierungsgefüge, NZS 2021, 41
Nebe in Feldes/Kohte/Stevens-Bartol (Hrsg.) SGB IX Sozialgesetzbuch Neuntes Buch; Praxiskommentar - zum SGB IX mit Wahlordnung, § 47a, 5. Aufl. 2022.

Gewaltschutz – insbesondere durch Gewaltschutzkonzepte – bei der Erbringung von Teilhabeleistungen

Claudia Beetz

Ernst-Abbe-Hochschule Jena

Hintergrund und Zielstellung

Bisher gab es keine umfassende Regelung zum Gewaltschutz bei der Erbringung von Teilhabeleistungen im SGB IX. Auch aufgrund der Empfehlungen in den abschließenden Bemerkungen des ersten Staatenberichts Deutschlands (CRPD/C/DEU/CO/1) sah sich die Bundesregierung zur Umsetzung von Art. 16 der UN-BRK verpflichtet, eine solche Regelung zum Gewaltschutz zu schaffen.

Methoden

Die Umsetzung von Gewaltschutz bei der Erbringung von Rehabilitationsleistungen wird anhand der Gesetzgebungsmaterialien und der veröffentlichten Forschungsberichte (Schröttle et al., 2021; Expertenkommission, 2021) sowie der Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis (Behindertenbeauftragter et.al,. 2022) untersucht. Die Ergebnisse werden zur Auslegung von § 37a SGB IX genutzt und daraus wichtige Hinweise für die Praxis herausgearbeitet.

Ergebnisse

Die Regelung in § 37a SGB IX verpflichtet nur die Leistungserbringer – unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär Leistungen erbringen – geeignete Schutzmaßnahmen gegen Gewalt umzusetzen. Die Norm zielt darauf ab, Menschen mit (drohender) Behinderung, insbesondere Frauen und Kinder, vor physischer und psychischer Gewalt sowie sexuellen Übergriffen zu schützen.

Konkrete Vorgaben, in welcher Form Schutzmaßnahmen zu erfolgen haben, finden sich in der Regelung nicht. Insbesondere Mindeststandards werden nicht benannt; einzig und allein die Erstellung eines Gewaltschutzkonzeptes in Abs. 1 Satz 2 wird als geeignete Maßnahme definiert. In den Gesetzesunterlagen werden exemplarisch Maßnahmen und Verfahren zur Prävention und Intervention wie zum Beispiel Fortbildungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen für Mitarbeitende, Präventionskurse für Menschen mit Behinderungen, Vernetzung mit externen Partnern und feste interne Ansprechpersonen in Einrichtungen sowie Beschwerdestellen und andere geeignete Beteiligungsstrukturen benannt. Konkrete

Vorgaben ergeben sich allerdings aus den neuen Gemeinsamen Empfehlungen zu §§ 51 und 55 SGB IX (Beetz, 2022).

Rehabilitationsträger und Integrationsämter sind zur Überwachung verpflichtet, ihnen stehen allerdings keine unmittelbaren rechtlichen Kompetenzen zu, wie bei Nichterfüllung der gesetzlichen Aufgaben durch die Leistungserbringer vorzugehen ist. Daher sind Anforderungen im Rahmen der trägerübergreifenden Vereinbarungen von Empfehlungen nach §§ 26, 37, 38 Abs. 3 SGB IX oder in den Landesrahmenverträgen mit den Vereinigungen der Leistungserbringer nach § 131 SGB IX zu vereinbaren. Zudem können sie Leistungserbringer, die keine geeigneten Maßnahmen ergreifen, bei der Auswahl nach §§ 36 Abs. 2, 185 SGB IX nicht berücksichtigen.

In der Gesetzesregelung nicht vorgesehen, aber in den abschließenden Bemerkungen des UN-Ausschusses (CRPD/C/DEU/CO/1) ausdrücklich gefordert, ist die Einrichtung einer Beschwerdemöglichkeit. Diese sind extern einzurichten. Verpflichtet ist die Bundesrepublik, so dass die Einrichtung von Ansprechstellen ähnlich der Antidiskriminierungsstelle des Bundes nach §§ 25 ff. AGG als Vorbild dienen können.

Zudem fehlen – anders als in einigen Vorschriften zum Heimrecht - Regelungen der Selbst- und Mitbestimmung von Bewohner*innen und Beschäftigten. Bei der Durchsetzung der Rechte der Betroffenen kommt den Frauenbeauftragten eine wichtige Rolle zu, deren Rechte und Aufgaben klar definiert sein müssen.

Diskussion und Fazit

Gewaltschutz bei der Durchführung von Leistungen der Rehabilitation ist sicherzustellen. Empirische Befunde zeigen, dass insbesondere Frauen mit Behinderungen in wesentlich größerem Umfang als andere Frauen und erst recht als Männer mit Behinderungen Opfer insbesondere von sexualisierter Gewalt werden (Schröttle et.al., 2021). Die neu eingefügte Regelung zum Gewaltschutz im SGB IX ist ein erster Schritt zur Sicherung von Menschen mit Behinderungen vor Gewalt im Rahmen der Behindertenhilfe. Sie ist jedoch zu unkonkret und überlässt einen weiten Handlungsspielraum; Mindeststandards oder eine Zertifizierung von Maßnahmen sowie Kontrollmechanismen sind nicht vorgeschrieben. Es fehlt zudem an Mitteln der Selbst- und Mitbestimmung von Bewohner*innen und Beschäftigten. Hier sind Normen aus den Heimgesetzen heranzuziehen, die aber nur einen Teil der Leistungserbringer erfassen, so dass eine weitere Klarstellung der Regelung zur besseren Wirksamkeit zu fordern ist.

Take-Home-Message

Der Schutz von Menschen mit (drohenden) Behinderung ist durch rechtliche Regelungen, die auch durchgesetzt werden können, sicherzustellen und zu verbessern.

Literatur

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen/Deutsches Institut für Menschenrechte, Schutz vor Gewalt in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen – Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis, Mai 2022 (Behindertenbeauftragter et.al., 2022).

Beetz, Kommentierung zu § 37 a SGB IX in FKSB, SGB IX, 5. Aufl. 2022.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Abschlussbericht der Expertenkommission „Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe“, 2021 (Expertenkommission, 2021).
Schröttle/Pucher/Aranis/Sarkissian/Lehmann/Zinsmeister/Paust/Pölzer, Forschungsbericht 584, Gewaltschutzstrukturen für Menschen mit Behinderungen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen, 2021 (Schröttle et.al., 2021).
Vereinte Nationen – Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands, CRPD/C/DEU/CO/1.

Nachhaltige Erwerbsteilhabe durch Nachsorgeleistung

Philipp Jahn

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Eine gelingende Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht es Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung, wieder eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufzunehmen. Leistungen zur Teilhabe können allerdings erst dann als nachhaltig bezeichnet werden, wenn die Menschen nach Aufnahme der Beschäftigung in dieser möglichst langfristig verbleiben. Gerade für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung stellt sich die Frage, wie ihre Teilhabe am Arbeitsleben auch unter ökonomisch, gesundheitlich und sozial erschwerten Bedingungen nachhaltig gesichert und weiterentwickelt werden kann und muss. Denn selbst wenn die berufliche Rehabilitation bzw. die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgreich verläuft und die Rehabilitanden im Anschluss eine Beschäftigung aufnehmen, kann der einkehrende Berufsalltag insbesondere für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zu erheblichen Hindernissen führen. Somit können auch nach erfolgreicher (Re-)Integration behinderungsbedingte Leistungen erforderlich sein, die in die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger fallen. Dies folgt der Logik des § 4 Abs. 2 S.2 SGB IX, wonach jeder Träger im Rahmen seiner Zuständigkeit je nach Lage des Einzelfalles die erforderlichen Leistungen so vollständig zu erbringen hat, dass Leistungen eines anderen Trägers nicht erforderlich werden. Ausgehend vom Inklusionsauftrag des Art. 27 UN-BRK sollte der Blick aller Beteiligten demnach nicht nur einseitig auf den Zugang, sondern ebenfalls auf fortdauernde Partizipation am Arbeitsmarkt, ggf. unterstützt durch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen, gerichtet sein. Im Beitrag geht es darum, mit welchen Leistungsansprüchen die notwendige Unterstützung zum langfristigen Erhalt eines Arbeitsplatzes erbracht werden kann.

Methoden

Die Bearbeitung der aufgeworfenen Frage erfolgt mit rechtswissenschaftlichen Methoden unter Einbeziehung einschlägiger sozialrechtlicher Literatur und Judikatur.

Ergebnisse

Potentiale für nachhaltige berufsbegleitende Unterstützungsleistungen bestehen bereits auf Basis der geltenden Rechtsgrundlagen. Das gegliederte System des Rehabilitationsrechts hält ein ganzes Bündel an Leistungen für eine nachhaltige Teilhabe am Arbeitsleben bereit. So kommt aus dem Leistungsrecht der gesetzlichen Rentenversicherung die Pflicht zur Nachsorge in Betracht. Im Teilhaberecht finden sich Ansprüche auf Arbeitsassistenz sowie auf psychosoziale Hilfen. Diese können sowohl gegenüber einem Rehabilitationsträger in Form von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als auch gegenüber dem Integrationsamt im Sinne der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben bestehen. Die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger endet nach den für sie geltenden Rechtsvorschriften – gemessen an dem Leistungsziel der möglichst dauerhaften Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben – nicht schon mit dem Abschluss der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme/-leistung oder einer etwaigen Beschäftigungsaufnahme. Begleitende Hilfen im Arbeitsleben durch das Integrationsamt hingegen dürfen nur für schwerbehinderte Menschen geleistet werden, wenn diese für denselben Zweck nicht von einem Rehabilitationsträger zu erbringen sind. Die entsprechenden Leistungen zur Nachbetreuung der zuständigen Rehabilitationsträger werden zudem nur zeitlich limitiert erbracht.

Diskussion und Fazit

Doch insbesondere Menschen mit psychischer Beeinträchtigung benötigen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes nicht selten längerfristige personenzentrierte Hilfeleistungen. Die bestehenden Rechtsvorschriften (§ 17 SGB VI sowie §§ 49 ff. SGB IX) begrenzen weder automatisch noch zwingen sie zu einer pauschalen Begrenzung der Unterstützungsleistungen. Vielmehr müssen auch untergesetzliche Regelsetzer sowie Rehabilitationsträger auf langfristige Teilhabebedarfe angemessen reagieren. Um Rehabilitationserfolge nachhaltig zu sichern, bedarf es langfristiger Nachbetreuungsmodelle mit konstanten Beziehungen und vielschichtigen Hilfen, die von psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung, über sozialtherapeutische und sozialpädagogische Hilfen wie Kommunikationstrainings hin zu diagnosespezifischen Leistungen reichen. Eine derartige bedarfsgerechte intensive Nachbetreuung lässt sich aber nur realisieren, wenn diese Leistung rechtlich gut abgesichert, von gut ausgebildetem Personal erbracht und damit letztlich auch finanziell angemessen vergütet wird. Die Rehabilitationsträger stehen in der Verantwortung, die gesetzlichen Leistungsansprüche durch entsprechende Dienste und Einrichtungen, d.h. durch eine entsprechende Versorgungsstruktur auch faktisch zugänglich zu machen, vgl. § 36 Abs. 1 SGB IX. Gem. § 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX ist es überdies Aufgabe der Teilhabe am Arbeitsleben, die Erwerbsfähigkeit entsprechend den Neigungen (Wünschen, Vorstellungen sowie Erwartungen der Betroffenen) auf Basis der vorhandenen bzw. zu fördernden individuellen Fähigkeiten dauerhaft zu sichern. Damit wird vom Gesetzgeber unlängst verdeutlicht, dass bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sofern erforderlich, zeitlich unbefristete Unterstützung miteingeschlossen ist.

Take-Home-Message

Potientiale für bedarfsgerechte, zeitlich unbefristete Nachbetreuung im Verantwortungsbereich der Rehabilitationsträger bestehen bereits auf Basis der geltenden Rechtsgrundlagen.

Literatur

Deusch, B. (2022), Kommentierung zu § 49 in Dau/Düwell/Joussen/Luik (Hrsg.), Lehr- und Praxiskommentar SGB IX, 6. Auflage, Baden-Baden.

Jahn, P. (2022), Nachhaltige Erwerbsteilhabe durch Nachsorge, Recht & Praxis der Rehabilitation (RP-Reha) Heft 3/2022, S. 33-38.

Nebe, K. (2020), Kommentierung Vorbemerkungen zu §§ 112 – 129 SGB III in Gagel/Knickrehm/Deinert (Hrsg.), SGB II/SGB III Kommentar, 80. EL, München.

Rs. Gröninger vom 04.04.2014, Aktenzeichen CRPD/C/D/2/2010.

Neue Barrieren in der Pandemie für behinderte Beschäftigte – Herausforderungen für die betrieblichen Akteure

Cathleen Rabe-Rosendahl; Thomas Ketzmerick

Zentrum für Sozialforschung Halle an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Die Pandemiesituation und die damit verbundenen Infektionsschutzmaßnahmen veränderten die innerbetriebliche Kommunikation seit 2020 nachhaltig. Vor allem die Digitalisierung und die notwendigen Maßnahmen während der Pandemie wie das Maskentragen stellten neue Herausforderungen für die Teilhabe von behinderten Beschäftigten dar, insbesondere für jene mit Sinnesbeeinträchtigungen (Feldes, 2021). Die Pandemie und die dadurch veranlassten arbeits- und infektionsschutzbezogenen Maßnahmen erforderten somit vielfach weitere behinderungsbedingte Anpassungen der Arbeitsplätze und Arbeitssituation behinderter Beschäftigter (Kiesche, Kohte, 2020). Der Beitrag umreißt den Bedarf an technischen und organisatorischen Lösungen, stellt die Hindernisse bei ihrer Umsetzung dar und geht der Frage nach, ob sich die Einbeziehung betrieblicher Interessenvertretungen förderlich auswirkt.

Methoden

Die Ergebnisse basieren auf einer bundesweiten Online-Befragung von 1.543 SBV, Betriebs- und Personalräten zur Partizipation beim betrieblichen Arbeits- und Infektionsschutz in der Corona-Pandemie, die im Frühjahr 2021 im Rahmen des BMAS-geförderten Projektes CAUSA-A durch das Zentrum für Sozialforschung durchgeführt wurde. Mittels Kontaktierung über Multiplikator:innen im Schneeballverfahren konnte ein Sample von Betrieben und Dienststellen aus allen Wirtschaftszweigen und Regionen befragt werden, das im Wesentlichen die Verteilung der Interessenvertretungen auf Betriebsgrößenklassen aus anderen Erhebungen abbildet (vgl. Greifenstein et al., 2017).

Ergebnisse

Um die barrierefreie Kommunikation und das Arbeiten für behinderte Menschen in der pandemischen Arbeitswelt zu ermöglichen, wurden vor allem technische Lösungen benötigt, wie z.B. Anpassungen der Videotelefonkommunikation für taube und hörbeeinträchtigte Beschäftigte. Arbeitgeber haben zum einen arbeitsschutzbezogen besondere Pflichten gegenüber vulnerablen Beschäftigten (§ 4 Nr. 6 ArbSchG) sowie die Pflicht zur barrierefreien

Einrichtung der Arbeitsstätte (§ 3a Abs. 2 ArbStättV) und zum anderen teilhabebezogene Pflichten z.B. zur behinderungsgerechten Unterhaltung und Ausstattung des individuellen Arbeitsplatzes (§ 164 Abs. 4 S. Nr. 4 SGB IX, § 241 Abs. 2 BGB). Letztere Pflicht findet ihre Begrenzung in der Verhältnismäßigkeit der Maßnahme, d.h. Arbeitgeber müssen nur ihnen zumutbare Maßnahme umsetzen (Düwell, 2022). Im Zusammenspiel mit den gesetzlichen Infektionsschutzmaßnahmen während der Pandemie umfasste die Pflicht zur Umsetzung eines behinderungsgerechten Arbeitsplatzes auch die ggf. notwendige (neuerliche) Anpassung von Arbeitsplatz und der nun verwendeten Kommunikationsmittel. Insgesamt berichtete etwa ein Viertel der befragten Betriebe einen entsprechenden Bedarf. Von diesen hatten eine Mehrheit von 70% bereits Lösungen etabliert, überwiegend gegenständliche Anpassungen, seltener organisatorische Veränderungen. Insgesamt 30% der Betriebe mit Bedarf hatten mehr als ein Jahr nach Beginn der Pandemie noch keine Lösungen gefunden, meist aufgrund von Verzögerungen der Umsetzung durch Überlastungssituationen, Kompetenzmängel oder widersprüchliche Anforderungen. Teilweise wurde das Anliegen durch Verantwortliche im Betrieb abgelehnt.

In der Analyse wurde deskriptiv untersucht, ob sich die Einbeziehung von Interessenvertretungen wie Betriebs-, Personalräten und Schwerbehindertenvertretungen (SBV) sowie das Engagement dieser Akteure positiv auf die Umsetzung von Lösungen zur Barriereüberwindung auswirkt. Wie sich zeigte, wurden in 82% der Betriebe, in denen das Beteiligungsrecht von SBV überwiegend beachtet wird, Lösungen zur Barriereüberwindung gefunden, jedoch nur in 51% der Betriebe mit geringer Beachtung dieses Rechts. Ein ähnlicher Effekt besteht bei Betriebs- und Personalräten, allerdings ist dieser mit 78% zu 57% etwas schwächer. Auch das Engagement der Interessenvertretungen zeigte einen positiven Einfluss auf die Umsetzung. Allerdings war dieser vergleichsweise gering und zudem abhängig von der Einbeziehung der Vertretungen. Dies verweist auf die entscheidende Rolle der Geschäftsführung und anderer betrieblicher Akteure sowohl bei der Beteiligung von Interessenvertretungen als auch bei der Umsetzung von Barrierefreiheit und behinderungsgerechter Beschäftigung in der Pandemie. Insbesondere die SBVen wurden oft nicht an den Corona-Krisenstäben beteiligt und beklagten vielfach die Nicht-Beachtung ihrer Rechte.

Diskussion und Fazit

Die vielfältigen Hindernisse, die der Schaffung von Barrierefreiheit und behinderungsgerechter Beschäftigung entgegenstehen können, werden in Betrieben mit vorhandener und gelebter Beteiligungskultur besser überwunden. Die Ergebnisse zeigen daher auch, wie wichtig die Einbindung der Interessenvertretungen in die betrieblichen Pandemie-Krisenstäbe ist (Liebsch,Rabe-Rosendahl, 2021). Der Zusammenhang zwischen Vorstößen von Interessenvertretungen und der Umsetzung geben Hinweise auf einen originären Einfluss der Aktivität von Interessenvertretungen. Problematisch ist jedoch die teils geringe Beachtung von Mitbestimmungs- und Beteiligungsrechten von Interessenvertretungen, insbesondere bei Schwerbehindertenvertretungen.

Take-Home-Message

Die Hindernisse, die der Schaffung von Barrierefreiheit und individuellen Maßnahmen zur behinderungsgerechten Beschäftigung entgegenstehen können, werden in Betrieben mit

vorhandener und gelebter Beteiligungskultur besser überwunden. Dafür müssen die Rechte betrieblicher Interessenvertretungen beachtet werden.

Literatur

Düwell in Dau/Düwell/Joussen, Sozialgesetzbuch IX, Lehr- und Praxiskommentar, 6. Auflage, 2022.

Feldes, W. (2021): Digitale Kommunikation in der Arbeit der Vertrauenspersonen der schwerbehinderten Menschen. Ergebnisse einer explorativen Studie zur digitalen Teilhabe der Schwerbehindertenvertretung. Frankfurt a. M.

Greifenstein/Kißler/Lange (2017): Trendreport Betriebsratswahlen 2014. Study der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf: HBS.

Kiesche/Kohte (2020): Arbeits- und Gesundheitsschutz in Zeiten von Corona, 2. Aufl.

Liebsch/Rabe-Rosendahl: Kooperative Arbeitsschutzorganisation in Krisenzeiten, ZRP 2021, S. 310.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Rehabilitation im Sozialraum – Rechtliche Regelungen zur Sozialraumorientierung im SGB IX und in Landesrahmenverträgen nach § 131 SGB IX

Michael Beyerlein

Universität Kassel

Hintergrund und Zielstellung

Das SGB IX wurde durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) umfassend reformiert. Ein Ziel der Reform war es, die Möglichkeiten einer individuellen und den persönlichen Wünschen entsprechenden Lebensplanung und -gestaltung unter Berücksichtigung des Sozialraumes bei den Leistungen zur sozialen Teilhabe zu stärken (BT-Drs. 18/9522, S. 3).

Der Begriff des Sozialraums findet sich im SGB IX an mehreren Stellen. Er bezieht sich dort auf Leistungen der sozialen Teilhabe (§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB IX, § 113 Abs. 1 S. 2 SGB IX), Aufgaben der Länder (§ 94 Abs. 3 SGB IX), Fachkräfte bei den Trägern der EGH (§ 97 Nr. 2 SGB IX), Leistungen nach der Besonderheit des Einzelfalls (§ 104 Abs. 1 SGB IX), Beratungspflichten der Träger der EGH (§ 106 Abs. 2 Nr. 5 und 6 SGB IX) und das Gesamtplanverfahren (§ 117 Abs. 1 Nr. 3 lit. g SGB IX). Bereits daran wird deutlich, dass es dem Gesetzgeber ein großes Anliegen ist, allgemeine Rehabilitationsleistungen und die der EGH auf den Sozialraum zu beziehen (Beyerlein, 2021, S. 31; Kahl & Gundlach, 2021, S. 2). Auch die Bundesregierung betont in ihrem Teilhabebericht die Bedeutung der inklusiven Gestaltung von Sozialräumen für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (Bundesregierung, 2021, S. 333). Was genau der Begriff Sozialraum bedeuten soll, ist im SGB IX jedoch offen geblieben (von Boetticher, 2020, S. 182).

Eine Konkretisierung der Regelungen des SGBIX Teil 2 findet in Verträgen zwischen den Trägern der EGH und Leistungserbringern auf Landesebene statt. Der Beitrag zeigt auf, wie

das Konzept des Sozialraums in 15 Landesrahmenverträgen nach § 131 SGB IX und einer Übergangsvereinbarung aufgegriffen und konkretisiert wird.

Methoden

Die Landesrahmenverträge und alle Anhänge aus 16 Bundesländern wurden in einer inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (vgl. dazu Schreier, 2014). Zur Interpretation kommt rechtswissenschaftliche Methodik zur Anwendung. Die Auswertung vertieft und ergänzt eine bereits bestehende Analyse des Autors (siehe Beyerlein, 2021).

Ergebnisse

Eine rein zahlenmäßige Betrachtung der Landesrahmenverträge zeigt, dass Fragen der Sozialraumorientierung in den Bundesländern in sehr unterschiedlichem Ausmaß geregelt wurden. Der Begriff Sozialraum und damit im Zusammenhang stehende Begriffe werden in Nordrhein-Westfalen, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin bis zu 100-mal verwendet. In Sachsen-Anhalt, Niedersachsen, Baden-Württemberg und Hamburg kommen damit in Zusammenhang stehende Begriffe zwischen 10- und 20-mal vor, in den restlichen Landesregelungen weniger bis gar nicht.

Regelungen zur Sozialraumorientierung werden in 9 Vertragswerken als Ausdruck der Leistungserbringung nach der Besonderheit des Einzelfalls charakterisiert, die eine möglichst selbstbestimmte und eigenverantwortliche Lebensführung ermöglichen sollen. Teilweise wird der Sicherstellungsauftrag der Leistungsträger, aber auch der kooperative Charakter der sozialen Dienstleistungsproduktion betont und die Schaffung eines inklusiven Sozialraums als Aufgabe aller staatlicher Ebenen beschrieben. In vier Dokumenten wird der Begriff definiert und die Doppelbedeutung als individuelles soziales Gebilde einerseits und geographisch definierbare Planungsgröße andererseits herausgestellt. Die Sozialraumorientierung der EGH-Leistung soll in den Ländern entsprechend durch Kooperation und Vernetzung in geographisch festgelegten Sozialräumen einerseits und Assistenz und Begleitung in individuellen Sozialräumen andererseits erreicht werden. Regelungen dazu finden sich in 12 Dokumenten. Das wird in 9 Dokumenten durch Vorgaben zur Qualität unterstützt, die Kooperation und Vernetzung sowie die Öffnung der Angebote in das Gemeinwesen als Teil der Struktur- und Prozessqualität festlegen. Die Einbindung der Leistungsberechtigten in den Sozialraum wird in drei Dokumenten als Indikator für Ergebnisqualität der Leistung beschrieben.

Diskussion und Fazit

Regelungen zur Sozialraumorientierung der EGH sind in den Ländern in unterschiedlicher Quantität und Qualität getroffen worden. Die unterschiedliche vertragliche Konkretisierung der Leistung lässt es unwahrscheinlich erscheinen, dass Menschen mit Behinderungen in allen Bundesländern gleichermaßen gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen, wie es Art. 19 UN-BRK fordert.

Take-Home-Message

Regelungen zur Sozialraumorientierung der EGH sind in den Ländern in unterschiedlicher Quantität und Qualität getroffen worden.

Literatur

Beyerlein, M. (2021): Kurzgutachten zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in den Bundesländern, Bremen. Online verfügbar unter: https://www.behindertenbeauftragter.bremen.de/sixcms/media.php/13/2021-08-17%20-%20Beyerlein_Kurzgutachten_final.pdf, zuletzt geprüft am 13.10.2022.

Bundesregierung (Hg.) (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen.

Kahl, Y.; Gundlach, M. (2021): Mehr sozialraumorientierte Praxis dank BTHG? - Teil I. In: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht (Beitrag D32-2021).

Schreier, M. (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. In: Forum Qualitative Sozialforschung (15).

von Boetticher, A. (2020): Das neue Teilhaberecht. 2., durchgesehene Auflage. Baden-Baden: Nomos (NomosPraxis).

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Stärkung der Teilhabe durch ökonomische Anreize mit Hilfe von BEM-Prämien

Wolfhard Kohte

Zentrum für Sozialforschung Halle an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Zu der in § 167 SGB IX vorgesehenen Förderung des betrieblichen Eingliederungsmanagements gehört auch die Möglichkeit, Prämien für die Gestaltung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) auszusetzen. Vorbild dieser Regelung sind die Prämien der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 162 Abs. 2 SGB VII. Im Folgenden wird zunächst die Praxis der Integrationsämter mit den Prämien der Unfallversicherungsträger verglichen und auf dieser Basis diskutiert, ob und mit welchen Kriterien in Zukunft von BEM-Prämien vermehrt Gebrauch gemacht werden sollte.

Methoden

Diese Perspektive ist zunächst auf der Basis empirischer Untersuchungen sowie der Jahresberichte der jeweiligen Organisationen zu erörtern, bevor eine vergleichende rechtssystematische und rehabilitationspolitische Bewertung erfolgt.

Ergebnisse

Grundlegend sind die Untersuchungen aus dem Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung, in der ökonomische Anreizsysteme schon im letzten Jahrhundert bekannt waren und Prämien nach § 162 Abs. 2 SGB VII von der Mehrzahl der Träger genutzt werden (Kohstall, Hook, Knoll, 2010). Sie werden positiv bewertet, wenn das System mit klaren Zielen verbunden ist, die nicht nur auf die schlichte Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben beschränkt ist (Bieback, 2006, 220 ff.). Auf dieser vor allem an der Verbesserung des betrieblichen Arbeitsschutzes basierenden Praxis haben mehrere Berufsgenossenschaften schon vor 2010 BEM-Prämien

ausgesetzt, die eine planvolle, organisierte und systematische BEM-Praxis mit Prämien belohnen (Faßmann, Emmert, 2010, 29). Dies entspricht der Verweisung in § 162 Abs. 2 SGB VII auf die Berücksichtigung der §§ 166, 167 SGB IX. Andere Rehabilitationsträger, wie z.B die DRV und die BA, haben solche Systeme nicht installiert. Eine gemeinsame Verständigung über die Kriterien für solche Prämien auf der Basis der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (§ 39 SGB IX) war bisher nicht erfolgreich.

Im SGB IX sind neben den Rehabilitationsträgern vor allem die Integrationsämter und Inklusionsämter angesprochen, die nach § 26c SchwbAV solche Prämien ausloben können. Nach den aktuellen Jahresberichten auf Bundesebene sind in den letzten Jahren jeweils 80.000 Euro von insgesamt drei Ämtern bundesweit vergeben worden. Führend ist mit 50.000 Euro der Landschaftsverband Rheinland, der seit 2007 jedes Jahr wenigstens an fünf Arbeitgebende solche Prämien zahlt. Dazu sind vom LVR zuletzt 2021 klare Kriterien formuliert worden, mit deren Hilfe an Unternehmen unterschiedlicher Größen in der Privatwirtschaft und im Öffentlichen Dienst die Prämien gezahlt werden (LVR 2021). Deren Identität und Praxis wird in Pressemeldungen und auf der Homepage www.lvr.de publiziert. Die Kriterien des LVR orientieren sich an den BIH-Empfehlungen.

Diskussion und Fazit

Die Praxis in der Unfallversicherung und einzelner Integrationsämter zeigt, dass sich die in der Rechtswissenschaft formulierten Voraussetzungen wirksamer Prämien (Welti, 2006, 628) bestätigt haben. Wenn klare Anforderungen formuliert werden, die über die schlichte Durchführung gesetzlicher Pflichten hinausgehen, ist eine rechtssichere und öffentlichkeitswirksame Prämienvergabe möglich. Diese wird bestätigt durch die ökonomischen Effekte in den fraglichen Betrieben, hat aber zugleich weitere Effekte, weil diese Beispiele auch bei betrieblichen Verhandlungen und in Einigungsstellenverfahren als „Leuchttürme“ fungieren, somit auch zur weiteren Verbreitung des BEM-Verfahrens beitragen können; zugleich werden auf diese Weise auch Inklusionsvereinbarungen, die nach § 166 Abs. 3 Nr. 5 SGB IX Regelungen zur Durchführung des BEM enthalten können, stimuliert. In der typisierenden Ausgestaltung der Prämien kann die besondere Situation kleiner Unternehmen berücksichtigt werden (Bieback, 2006, 241). In der rechtspolitischen Diskussion wird erwogen, ob die Verbreitung des BEM-Verfahrens besser durch Sanktionen, z.B. Bußgeldverfahren, gefördert werden kann. Dies ist kurzfristig nicht möglich, weil für solche Sanktionen zunächst das SGB IX geändert werden müsste. Auch die bisherigen Erfahrungen mit den in § 238 SGB IX normierten Bußgeldtatbeständen sprechen nicht für diese Perspektive, während die hier erläuterten ökonomischen Anreizsysteme kurzfristig wirksam eingesetzt werden können.

Take-Home-Message

BEM-Prämien sind geeignet, die Teilhabe zu fördern, so dass in den beratenden Ausschüssen für behinderte Menschen bei dem jeweiligen Integrationsamt nach § 186 SGB IX diese Perspektive noch vor dem nächsten Reha-Kolloquium erörtert werden können.

Literatur

Bieback, K.J. (2006), Prämien in der gesetzlichen Unfallversicherung, VSSR 2006, S. 215 ff.

Faßmann, H., Emmert, M. (2010), Betriebliches Eingliederungsmanagement – Anreizmöglichkeiten und ökonomische Nutzenbewertung, https://www.ifes.fau.de/files/2017/07/FASSMANN_2010_IfeS-Materialienband_2-2010.pdf.

Kohstall, T., Hook, J., Knoll, A. (2010), Die wichtigsten Anreizsysteme der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/praev_lohnt_sich/wirtschaftlichkeit/anreizsysteme/anreizsysteme.pdf.

LVR (2021), Kriterien für die Vergabe von BEM-Prämien (https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/menschenmitbehinderung/1_dokumente/arbeitundausbildung/dokumente_229/bem_1/KriterienPraemien_2021.pdf).

Welti (2006), Das betriebliche Eingliederungsmanagement, NZS 2006, 623 ff.

Teilhaberechtliche Lohnkostenzuschüsse zum Ausgleich von Leistungsminderungen im Vergleich

René Dittmann

Universität Kassel

Hintergrund und Zielstellung

Das Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX) soll eine Alternative zur Beschäftigung im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen bieten (BT-Drs. 18/9522, S. 255). Es umfasst u.a. einen Lohnkostenzuschuss an den Arbeitgeber zum Ausgleich einer Leistungsminderung des werkstattberechtigten Beschäftigten (§ 61 Abs. 2 S. 1 SGB IX).

Lohnkostenzuschüsse an Arbeitgeber zum Ausgleich von Leistungsminderungen sind dem Teilhaberecht nicht neu. In diesem Beitrag werden daher der arbeitsförderungsrechtliche Eingliederungszuschuss an Menschen mit Behinderungen (§ 90 SGB III) und das Budget für Arbeit mit Blick auf den jeweiligen leistungsberechtigten Personenkreis verglichen, um Überschneidungsbereiche und damit verbundene Abgrenzungsprobleme aufzuzeigen.

Methoden

Es werden zwei Teilhabeleistungen anhand ausgewählter Kriterien und unter Heranziehung rechtswissenschaftlicher Quellen und Literatur miteinander verglichen.

Ergebnisse

Der Eingliederungszuschuss nach § 90 SGB III setzt eine (drohende) Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX voraus, die die Aussichten der betroffenen Person, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben nicht nur vorübergehend wesentlich mindert (§ 19 SGB III). Bei besonders betroffenen schwerbehinderten Menschen können Förderdauer und Förderhöhe des Eingliederungszuschusses umfangreicher sein (§ 90 Abs. 2, 4 SGB III). Zu dieser Gruppe gehören schwerbehinderte Menschen: mit nicht nur vorübergehendem Hilfskraftbedarf; die nicht nur vorübergehend offensichtlich nur eine wesentlich verminderte Arbeitsleistung erbringen können; die im Anschluss an eine Beschäftigung in einer WfbM, bei

einem anderen Leistungsanbieter (§ 60 SGB IX) oder einem Inklusionsbetrieb eingestellt werden; u.a. (§ 90 Abs. 2 SGB III i.V.m. §§ 187 Abs. 1 Nr. 3a-d, 155 Abs. 1 SGB IX).

Das Budget für Arbeit setzt hingegen voraus, dass ein Anspruch auf Leistungen nach § 58 SGB IX besteht (§ 61 Abs. 1 SGB IX). Dies ist der Fall, wenn wegen Art oder Schwere der Behinderung eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder eine Teilhabeleistung nach § 49 Abs. 3 Nr. 2 bis 6 SGB IX nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in Betracht kommt, aber wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbracht werden kann (§ 58 Abs. 1 S. 1 SGB IX).

Daneben bedarf es zur Entscheidung über eine Teilhabeleistung einer Prognose, ob die Leistungsziele erreicht werden. Beim Eingliederungszuschusses nach § 90 SGB III muss nach Förderende eine dem Lohn gleichwertige Arbeitsleistung erbracht werden können. Der Prognosezeitraum kann bei besonders betroffenen schwerbehinderten Menschen bis zu 60 Monate betragen, sind sie älter als 55 Jahre sogar 96 Monate (§ 90 Abs. 2 SGB III). Beim Budget für Arbeit soll es sich hingegen in der Regel um einen dauerhaften Lohnkostenzuschuss handeln (BT-Drs. 18/9522, S. 256), d.h. die (Wieder-)Herstellung der vollen Arbeitsleistung wird nicht vorausgesetzt, muss aber auch nicht unmöglich sein (vgl. § 58 Abs. 1 SGB IX: noch nicht).

Diskussion und Fazit

Der Lohnkostenzuschusses nach § 90 SGB III und das Budgets für Arbeit knüpfen an unterschiedliche leistungsberechtigte Personenkreise an, die faktisch jedoch einen Überschneidungsbereich haben dürften. Abgrenzungskriterium könnte sodann das Ziel der jeweiligen Leistung sein: (Wieder-)Herstellung der vollen Arbeitsfähigkeit oder Ausgleich einer dauerhaften Leistungsminderung. Dies wird durch den Gesetzesentwurf zum Bundesteilhabgesetz gestützt (BT-Drs. 18/9522), der von einer dauerhaften vollen Erwerbsminderung von Werkstattbeschäftigten und Budgetempfängern ausgeht (S. 194, 253, 256). Es wurde jedoch versäumt, eine entsprechende Gesetzeslage zu schaffen. Dem Verweis auf die in § 45 SGB XII enthaltene sozialhilferechtliche Fiktion (BT-Drs. 19/13399, S. 30) dauerhafter voller Erwerbsminderung von Werkstattbeschäftigten (vgl. Mattern, S. 5f.) kann die Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung von Werkstattbeschäftigten, die nicht dauerhaft voll erwerbsgemindert sind, entgegengehalten werden (vgl. §§ 25 Abs. 1 i.V.m. 344 Abs. 3 und 346 Abs. 2 SGB III sowie §§ 26 Abs. 2 Nr. 3 i.V.m. 28 Abs. 2 SGB III).

Folglich können für bestimmte Personengruppen beide Lohnkostenzuschüsse in Betracht kommen. Im Zweifel haben die Leistungen der Arbeitsförderung Vorrang (§ 22 Abs. 2 S. 3 SGB III, § 91 SGB IX). Jedenfalls erscheint in diesen Fällen eine trägerübergreifende Beratung zwischen Arbeitsagentur und Eingliederungshilfeträger nach § 15 Abs. 2 SGB IX, ggfs. unter Beteiligung des Integrationsamts und/oder des Jobcenters, angebracht, damit der Teilhabeerfolg nicht an Zuständigkeitsfragen scheitert.

Take-Home-Message

Im Einzelfall kann für einen Menschen mit behinderungsbedingt beeinträchtigter Erwerbsfähigkeit ein Eingliederungszuschuss nach § 90 SGB III und ein Budget für Arbeit in Betracht kommen. Um eine bedarfsgerechte Lösung im Einzelfall zu finden, bedarf es der trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung.

Literatur

Mattern, 2020: Das Budget für Arbeit – Diskussionsstand und offene Fragen – Teil I; Beitrag D5-2020 unter www.reha-recht.de; 23.01.2020.

Schmidt, A., 2021 Mit dem Budget für Arbeit zum inklusiven Arbeitsmarkt? – Teil II; Beitrag D5-2021 unter www.reha-recht.de; 25.02.2021.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Belastungen durch die Covid-19-Pandemie bei Personen mit suchtbezogenen Problemlagen – Ergebnisse aus der BEAS Studie

Rieka von der Warth; Erik Farin-Glattacker

Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

Auswirkungen der 2020 begonnen Covid-19-Pandemie zeigten sich in verschiedenen Lebensbereichen, so stieg bspw. die Arbeitslosenquote in Deutschland bis Juli 2020 auf 6,3% (Bundesagentur für Arbeit, 2021). Gleichzeitig berichteten Menschen vermehrt von Depressivität und Angstsymptomen (Skoda et al., 2021). Im Zusammenspiel zwischen Arbeit und Gesundheit lässt sich daher ein kombinierter Effekt der Pandemie vermuten, welcher zu einer Mehrzahl von sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen geführt hat. Aufgrund der Aktualität ist über diesen Zusammenhang allerdings noch wenig bekannt. Ziel des Beitrags ist es daher die beruflichen, finanziellen, psychischen und körperlichen Belastungen von Personen mit suchtbezogenen Problemlagen im Rahmen der Covid-19 Pandemie darzustellen und mögliche protektive und fördernde Prädiktoren zu erfassen.

Methoden

Die Datenerhebung wurde zwischen August 2020 und August 2022 durchgeführt, im Rahmen der BEAS-Studie („Begleiteter Einstieg ins Arbeitsleben durch Starthilfe“), welche vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Rahmen des Bundesprogramms rehapro gefördert wird. Teilnehmende waren Personen, welche aufgrund einer psychosozialen und/oder suchtbezogenen Problemlage an dem arbeitsbezogenen, personenzentrierten Case Management der BEAS Studie teilnahmen. Im Rahmen einer Querschnittsfragebogenerhebung wurde die berufliche, finanzielle, psychische und körperliche Belastung aufgrund der Covid-19 Pandemie mit einem kurzen Screening-Instrument von 4 Items abgefragt (Zu welchen Belastungen führten die Ereignisse rund um die im Jahr 2020 begonnenen Corona-Virus-Pandemie bei Ihnen?). Die Beantwortung erfolgte auf einer 5-stufigen Likert-Skala: gar keine bis sehr starken Belastungen. Auswertungen erfolgen deskriptiv und mittels multipler linearer Regressionsanalysen, um mögliche Assoziationen mit Alter, Geschlecht sowie Erwerbstätigkeit zu erfassen.

Ergebnisse

Insgesamt haben N= 78 Personen an der Befragung teilgenommen. Das Durchschnittsalter lag bei M= 46,1 (SD= 9,3) Jahren, n=59 (77,6%) der Teilnehmenden waren männlich und 62,7% gaben an, derzeit keinen Arbeitsplatz zu haben. Teilnehmende berichteten zwischen 26,6% und 55,3% mäßige bis sehr starke Belastungen, mit den wenigsten Belastungen in Bezug auf die körperliche Gesundheit und den meisten Belastungen beim psychischen Befinden. Regressionsanalytisch zeigten sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge der wahrgenommenen Belastungen mit dem Alter, dem Geschlecht und dem Erwerbsstatus.

Die einfachen bivariaten Korrelation, die zwischen r=-.246 und r=.255 liegen, verweisen auf geringe bis mittelgroße Effekte, wobei lediglich zwischen Geschlecht und körperlicher Gesundheit ein signifikanter bivariater Zusammenhang besteht (Frauen weisen eine höhere Belastung auf).

Diskussion und Fazit

Personen mit psychosozialen und/oder suchtbezogenen Problemlagen erlebten während der Covid-19 Pandemie diverse Belastungen, insbesondere in Hinblick auf das psychische Befinden. In den Analysen zeigten sich jedoch keine Zusammenhänge der wahrgenommenen Belastungen mit soziodemographischen Daten in den multiplen Regressionen, obwohl dies in vorangegangen Studien gezeigt wurde. So erlebten z.B. weibliche Studentinnen in den USA psychischen Belastungen durch Covid-19 stärker als männliche Studenten (Browning et al., 2022). Außerdem wurde ein höheres Alter als protektiver Faktor gefunden (Shahriarirad et al., 2021). Als Limitation muss an dieser Stelle die kleine Stichprobengröße angeführt werden.

Take-Home-Message

Personen mit psychosozialen und/oder suchtbezogenen Problemlagen erlebten während der Covid-19 Pandemie diverse Belastungen. Die Ergebnisse zeigen die Notwendigkeit von belastungsbezogenen Unterstützungsangeboten. Durch das personenzentrierte Konzept in BEAS werden Voraussetzung geschaffen, die individuellen Problemlagen zu adressieren.

Literatur

Browning, M. H. E. M., Larson, L. R., Sharaievska, I., Rigolon, A., McAnirlin, O., Mullenbach, L., Cloutier, S., Vu, T. M., Thomsen, J., Reigner, N., Metcalf, E. C., D'Antonio, A., Helbich, M., Bratman, G. N., & Alvarez, H. O. (2022). Correction: Psychological impacts from COVID-19 among university students: Risk factors across seven states in the United States. PLOS ONE, 17(8), e0273938. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273938.

Bundesagentur für Arbeit. (2021). Die Lage am Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit, Retrieved from https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/202107/arbeitsmarktberichte/lage-arbeitsmarkt/lage-arbeitsmarkt-d-0-202107-pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=2.

Shahriarirad, R., Erfani, A., Ranjbar, K., Bazrafshan, A., & Mirahmadizadeh, A. (2021). The mental health impact of COVID-19 outbreak: a Nationwide Survey in Iran. International Journal of Mental Health Systems, 15(1), 19. https://doi.org/10.1186/s13033-021-00445-3.

Skoda, E. M., Spura, A., De Bock, F., Schweda, A., Dörrie, N., Fink, M., Musche, V., Weismüller, B., Benecke, A., Kohler, H., Junne, F., Graf, J., Bäuerle, A., & Teufel, M. (2021). Veränderung der psychischen Belastung in der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Ängste, individuelles Verhalten und die Relevanz von Information sowie Vertrauen in Behörden. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 64(3), 322-333. https://doi.org/10.1007/s00103-021-03278-0.

Förderung: Bundesprogramm rehapro

digARS – Effektivität der ARS unter Berücksichtigung von „digitalen“ Leistungen während der Coronapandemie

David Steffen

Ianua G. P. S. mbH

Hintergrund und Zielstellung

Die ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (ARS) ist seit 1992 fester Bestandteil der Suchtkrankenversorgung und konnte ihre Effektivität in multiplen Studien untermauern (Steffen et al., 2012; Becker et al., 2021). Die Rehabilitationsleistungen sind ausschließlich im direkten Rehabilitandenkontakt zu erbringen gewesen. Die Coronapandemie machte es erforderlich und erstmals auch möglich, Rehabilitationsleistungen digital (per Telefon oder Video) zu erbringen. Fragestellung der Studie war, die Effekte digitaler Leistungen auf den Verlauf der ARS und die Abstinenz in der Einjahreskatamnese zu untersuchen. Nach unserer Hypothese könnten digitale Leistungen interkurrente Unterbrechungen der ARS bei Krankheit oder beruflicher Verhinderung wie Montagetätigkeiten oder wie in der Coronapandemie durch Quarantänemaßnahmen und Hygienevorschriften verhindern und den Rehabilitationsprozess stabilisieren. Dies sollte sich neutral oder leicht positiv auf die Abstinenzquote auswirken. Ob digitale Leistungen in größerem Umfang oder allein in der ARS einsetzbar sind, ohne den Rehabilitationsprozess oder die Abstinenz zu verändern, ist unklar. Diese Studie soll dazu beitragen erste Effekte abzuschätzen, und ggfs. den Grundstein legen, digitale Leistungen in der ARS auch zukünftig unabhängig von der Coronapandemie als Ergänzung des Leistungsspektrums einzusetzen.

Methoden

Untersucht wurden 360 Fälle nach ARS mit Beendigung im Jahr 2020 aus fünf Einrichtungen des FVS+ mittels des erweiterten Kerndatensatz Sucht, der Einjahreskatamnese und der Erfassung digitaler Leistungen im Design einer nicht kontrollierten retrospektiven Beobachtungsstudie. Einschlussdiagnosen waren Alkohol-, Medikamenten-, Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit sowie pathologisches Glücksspiel. Die Katamneserücklaufquote musste mindestens 35% erreicht haben.

Ergebnisse

Es zeigte sich für die ARS ein typisches Rehabilitandenkollektiv (71,1% Männer, 15,3% arbeitslos, 59,4% feste Partnerschaft, 74,7% Alkoholabhängigkeit, 52,6% mit komorbider psychischer Diagnose, durchschnittliche Behandlungsdauer von 231±139 Tagen und 65,8% mit regulärer Beendigung). 56,1% der ARS-Fälle erfolgten ohne digitale Leistungen. Bei 27,5% erfolgten bis 10%, bei 9,2% 10-20% digitale Leistungen und bei 9,2% mehr als 20%.

Die Abstinenzquote von 42,8% in der Einjahreskatamnese lag bei einer Rücklaufquote von 51,7% leicht unter den Vorjahresquoten der gleichen Einrichtungen ($p > 0,05$). Die Abstinenzquote bei der ausschließlichen Durchführung der ARS in Präsenz (n=202) lag bei 43,6%. Ein Anteil digitaler Leistungen bis zu 20% während der ARS (n=132) führte nicht zur Verschlechterung der Abstinenzquote mit 46,2% ($p > 0,05$). Die Fälle mit mehr als 20% digitaler Leistungen (n=26) führten zu einer signifikanten Verschlechterung der Abstinenzquote mit 19,2% ($Chi2=6,57$, Likelihood-Quotient 7,16, $p=0,037$). In der Korrelation

Pearson waren die steigenden digitalen Leistungen über 10% negativ mit der Abstinenzquote korreliert (Korrelationskoeffizient -0,117, p=0,026). In der linearen Regressionsanalyse waren steigende digitale Leistungen mit einem negativen ß-Koeffizient von -0,058 assoziiert, der jedoch mit p=0,077 nicht signifikant war (ANOVA: R2=0,346; F=23,19; p < 0,001).

Diskussion und Fazit

Die vorliegende Studie ist vorsichtig zu interpretieren, da die Umsetzung digitaler Leistungen in den Studienzentren teils sehr unterschiedlich war. Darüber hinaus sind die Fallzahlen zu klein, um Effekte mit geringer Stärke in der Regressionsanalyse signifikant zu identifizieren, (erforderliche Stichprobe bei Effektstärken 0.1-0.2 nach G. Power von n>400) und zu gering, um für die Untergruppe von mehr als 20% digitaler Leistungen (n=26) sichere Aussagen zu treffen. Unter Berücksichtigung der Einschränkungen kann jedoch festgestellt werden, dass ARS-Fälle mit bis zu 10% digitaler Leistungen den Rehabilitationsverlauf nicht verschlechtert und eine höhere Abstinenz in der Einjahreskatamnese von 51% aufweist als ARS-Fälle ohne digitale Leistungen mit 43,6%. Digital erbrachte Leistungen in der ARS bis 10% können wahrscheinlich durch die Verhinderung von Behandlungsunterbrechungen und Stabilisierung der therapeutischen Beziehung sinnvoll und effektiv eingesetzt werden. Ein zunehmender Anteil digitaler Leistungen führt zur Umkehr des Effektes und könnte signifikant negative Auswirkungen auf die Abstinenz haben. Digitale Leistungen können in geringem Umfang sicher in der ARS eingesetzt werden, jedoch wahrscheinlich nicht den bewährten Face-to-face-Ansatz ersetzen.

Take-Home-Message

Digitale Leistungen konnten im Umfang von bis zu 20% in der Coronapandemie dazu beitragen, den Rehabilitationsprozess und die Abstinenzquote in der Einjahreskatamnese zu stabilisieren. Steigt der Anteil digitaler Leistungen über 20%, scheint sich dieser Effekt umzukehren. Digitale Leistungen in einem Anteil von 10 bis 20% an den Gesamtleistungen in der ARS könnten auch zukünftig eingesetzt werden, um interkurrente Rehaunterbrechungen im ambulanten Setting zu verhindern und gleichzeitig die Abstinenzwahrscheinlichkeit in diesen Fällen zu erhöhen.

Literatur

Steffen et al., (2012): Nachhaltigkeit einer ambulanten psychoanalytisch-interaktionellen Suchtrehabilitation. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2012, 80 (7), S. 394-401.

Becker et al., (2018): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2018 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. SuchtAktuell 1/2021, S.38-47.

Erfahrungen aus dem überleitenden Fallmanagement bei Abhängigkeitserkrankungen im Rahmen des rehapro-Modellvorhabens FIRE

Sebastian Bernert[1]; Sandra Fahrenkrog[1]; Judith Kraft[1]; Nina Walthart[2]; Fabian Weber[3]; Ralf Fischer[3]; Lena-Marie Rittmann[4]

[1] Charité – Universitätsmedizin Berlin; [2] MEDIAN Klinik Tönisstein; [3] MEDIAN Kliniken Daun; [4] Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Hintergrund und Zielstellung

In der aktuellen S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (2020) wird empfohlen, dass sich im Anschluss an die Entzugsphase postakute Interventionen nahtlos anschließen sollten. Die medizinische Rehabilitation stellt dabei, aufgrund ihrer multimodalen Therapieformen, eine wesentliche Therapieoption dar. Bislang kommt es allerdings nur selten zu einer nahtlosen Weiterversorgung nach einer akutstationären Entzugsbehandlung.

Ziel des Projektes ist es daher, durch eine innovative, während der Entgiftungsbehandlung im Akutkrankenhaus ansetzende Intervention durch speziell geschultes Personal die Inanspruchnahme von stationären Entwöhnungsbehandlungen zu erleichtern und zu steigern. Die Reha-Abklärung und -Einleitung soll idealerweise bereits in der akutmedizinischen Phase im Krankenhaus beginnen

Methoden

Im Rahmen des Modelvorhabens suchen Sozialarbeiter*innen Patient*innen bereits während der stationären Phase der Entgiftung im Krankenhaus auf, um sie zu motivieren, im Anschluss der Entgiftungsmaßnahme eine stationäre Rehabilitationsbehandlung anzutreten. Während dieses persönlichen Gesprächs im Krankenhaus soll abgeklärt werden, ob die Patient*innen bereit sind, eine Rehabilitation anzutreten, und gegebenenfalls soll die Antragstellung für die Entwöhnungsbehandlung und die zeitnahe Überleitung in die Reha-Einrichtung initiiert werden. Im Sinne eine Fallmanagements stehen die Sozialarbeiter*innen während des Übergangs zur weiteren Unterstützung der Patient*innen zur Verfügung, um auftretende Fragen zu klären und bei auftretenden Problemen Lösungen anzubieten. Dieses Fallmanagement ist ein zentraler Faktor bei der Einsteuerung der Patient*innen in die weitere Versorgung. Auch bei fehlgeschlagenem Antritt der Rehabilitationsmaßnahme stehen die Sozialarbeiter*innen weiterhin als Unterstützung der Patient*innen zur Verfügung, um einen weiteren Versuch zur Überleitung in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung zu gewährleisten.

Eingeschlossen werden Patient*innen mit einer Alkoholabhängigkeit (F10.2), die mindestens 18 Jahre alt sind und sich in einer Entzugsbehandlung befinden (kein qualifizierter Entzug). Des Weiteren müssen die Patient*innen bei einer der beteiligten Rentenversicherungen (DRV KBS, DRV Saarland, DRV Westfalen, DRV Rheinland, DRV Rheinland-Pfalz) versichert sein und die versicherungsrechtlichen Anforderungen für eine Rehabilitationsbehandlung erfüllen. Zur Erleichterung des Übergangs in die Rehabilitation wird statt des ursprünglichen Antragsverfahren in den beteiligten Rentenversicherungen ein verkürztes Verfahren

umgesetzt, bei dem statt des ursprünglichen ärztlichen Befundberichts mit Sozialbericht eine verkürzte Version des ärztlichen Befundberichts eingesetzt wird, der lediglich 2 Seiten mit Angaben zu den Rehabilitanden umfasst. Dies reduziert den Aufwand der beteiligten Akutkliniken und ermöglicht den Sozialarbeiter*innen, die Patient*innen noch während des Klinikaufenthaltes bei der finalen Antragsstellung zu unterstützen.

Ergebnisse

Im Laufe des Modellvorhabens konnten bislang 157 Interventionen durchgeführt werden, in Folge dieser Interventionen wurden 148 Anträgen auf Rehabilitation gestellt, 2 Anträge gingen ins Widerspruchsverfahren (1 davon bewilligt, 1 abgelehnt). Von den 146 Patient*innen konnten96 Patient*innen nahtlos in die Rehabilitation überführt werden. 50 Patient*innen kamen nach einem Übergangszeitraum in die Reha, von diesen hatten 9 Patient*innen die ursprünglich geplante Rehabilitation nicht angetreten (Gründe: Rückfälligkeit, Ängste, priv. Angelegenheit). Von diesen 9 Patient*innen haben 5 einen neu vereinbarten Termin zur Aufnahme in die Rehabilitation wahrgenommen. Auch das verkürzte Antragsverfahren hat sich bislang bewährt. Sowohl bei der Antragsstellung als auch bei der Aufnahme in die Rehabilitationsklinik wurde der kurze Befundbericht als ausreichend angesehen.

Diskussion und Fazit

Insgesamt hat sich gezeigt, dass die angebotene Intervention gut angenommen wird. Das umfassende Fallmanagement durch die Sozialarbeiter*innen zeigte sich als besonders wichtig, um den Übergang in die Rehakliniken erfolgreich zu gestalten. Nach Einschätzung der Akutkliniken wären ohne diese Intervention nur wenige Patient*innen in eine weiterführende Rehabilitationsbehandlung gegangen. Insbesondere bei auftretenden Schwierigkeiten war es hilfreich für die Patient*innen, eine Person als Ansprechpartner zu haben, die sich kümmert und beim Übergang in die stationäre Entwöhnungsbehandlung unterstützt. Auch diese zusätzliche Leistung der Sozialarbeiter*innen des Modelvorhabens hätte so nicht durch die jeweiligen Sozialdienste der Akutkliniken erbracht werden können. Die Quote der angetretenen Rehabilitationen liegt bei 90% und kann als außerordentlich hoch angesehen werden.

Take-Home-Message

Das Fallmanagement von Patient*innen in akuten Entgiftungsbehandlungen bietet die Möglichkeit, Patient*innen in eine Rehabilitationsbehandlung zu überführen, in die sie ohne Fallmanagement nicht gekommen wären.

Literatur

Brünger, M., Krüger, T., Missel, P. et al., (2018). Entwicklung und Evaluation eines ärztlich-psychotherapeutischen Befundberichts: Option für neue Zugangswege in die Suchtrehabilitation. Phys Med Rehab Kuror, 28: p. 32-38.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT). Titel der Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Dezember 2020. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html.

Förderung: Bundesprogramm rehapro / BMAS

Rehabilitand:innen mit Abhängigkeitserkrankungen in der SARS-CoV-2-Pandemie. Eine Querschnittbefragung in der Sucht-Rehabilitation und -Nachsorge

Jennifer Marie Burchardi; Martin Brünger; Anna Schlumbohm; Karla Spyra; Stefanie Köhn

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Seit März 2020 wirkt sich die Corona-Pandemie auf das gesellschaftliche Leben aus und veränderte über vielfältige Belastungen auch Konsumverhalten und Rahmenbedingungen von Behandlungsoptionen für Menschen mit Suchterkrankungen (Scheibenbogen, Mader, 2022). So mussten beispielsweise Angebote von Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, ambulanter Suchtrehabilitation und Nachsorge sowie Entzugsbehandlungen zwischenzeitlich eingestellt, eingeschränkt oder online bzw. telefonisch angeboten werden (Weissinger, 2020). Dieser Beitrag stellt empirische Ergebnisse der pandemiebedingten Auswirkungen auf das Suchtverhalten von sowie die Wahrnehmung von Therapie und digitalen Angeboten durch Rehabilitand:innen bzw. Klient:innen in der Sucht-Rehabilitation und -Nachsorge vor.

Methoden

Das Forschungsprojekt „Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Sucht-Rehabilitation“ (CoV-AZuR)“ wurde in einem Mixed-Methods-Design konzipiert. Einen Baustein stellt eine Hybrid-Befragung von Rehabilitand:innen in ambulanten und stationären Einrichtungen der Sucht-Rehabilitation und Nachsorge in Deutschland dar, welche im Frühjahr/Sommer 2022 durchgeführt wurde. Die Beantwortung war online oder im Papier-Format möglich.

Der Rücklauf lag bei n=303 Fragebögen von Rehabilitand:innen und n=157 von Klient:innen in Nachsorge nach Sucht-Rehabilitation aus n=34 Einrichtungen. Diese gehen vollständig in die Auswertung von Items zu den Themengebieten „Auswirkungen der Pandemie auf das Suchtverhalten“, „Zugang und Barrieren“ und „Wahrnehmung der eigenen Rehabilitation und Nachsorge während der Pandemie“ ein. Die Ergebnisse werden in prozentualen Häufigkeiten berichtet, teilweise stratifiziert nach Einrichtungstyp (Sucht-Rehabilitation, Nachsorge). Auf 100% fehlende Angaben sind auf die Kategorie „teils, teils“ bzw. fehlende Werte zurückzuführen.

Ergebnisse

Das mittlere Alter der Stichprobe lag bei 46,0 Jahren (SD: 13,3) (Reha: 45,4 (SD: 13,1); Nachsorge: 47,1 (SD 13,7)). 79,8% der Rehabilitand:innen und 58,7% der Klient:innen in Nachsorge waren männlich. Die häufigste Suchterkrankung war Alkoholabhängigkeit (80,7%) gefolgt von Cannabisabhängigkeit (15,9%). Unter den Rehabilitand:innen absolvierten aktuell 54,1% eine ambulante und 36,3% eine stationäre Sucht-Rehabilitation. Insgesamt etwa die Hälfte der Befragten (54,1%) gab an, direkt zuvor eine stationäre Entzugsbehandlung/Entgiftung durchgeführt zu haben, 43,0% nahmen bereits früher eine Sucht-Rehabilitation in Anspruch.

Über ein erhöhtes Verlangen nach Suchtmitteln aufgrund der Corona-Pandemie berichteten 45,4%. Als häufigste Gründe hierfür wurden soziale Isolation/Einsamkeit (39,1%), Langeweile (34,6%), Konflikte in Partnerschaft/Familie (19,1%) sowie Konflikte am Arbeitsplatz (10,4%) angegeben. 46,8% der Befragten gaben einen erhöhten Pandemie-bedingten Konsum an, während 10,5% einen reduzierten Konsum berichteten. Seit Beginn der Pandemie wurde häufiger allein konsumiert (58,3%).

Teilweise waren Suchthilfe und -beratung in der Nähe schwer oder gar nicht persönlich zu erreichen (10,7%), der Großteil gab jedoch eine gegenteilige Einschätzung an (58,9%). Ein kleiner Anteil (7,8%) berichtete, dass keine Klinik/Einrichtung zur Entgiftung zur Verfügung stand, 60,7% stimmten dieser Aussage nicht zu. Zur Wahrnehmung der Rehabilitation unter Pandemiebedingungen gaben 31,9% der Rehabilitand:innen an, sie fühlten sich durch die Hygienemaßnahmen (z.B. Maskenpflicht) eingeschränkt, 39,2% verneinten dies. Mehr als die Hälfte (57,0%) stimmte der Aussage zu, innerhalb der Reha-Einrichtung ein sicheres und freies Gefühl zu haben, 12,0% stimmten dem nicht zu.

Von den Rehabilitand:innen gaben 9,1% in der stationären und 34,8% in der ambulanten Sucht-Rehabilitation an, telefonische oder digitale Therapieangebote während der Sucht-Rehabilitation erhalten zu haben, in der Nachsorge waren es 22,3%. Solche Angebote erachteten 37,2% aller Befragten als sinnvolle Ergänzung zur „Vor-Ort“-Therapie während der Pandemie, 18,9% als nicht sinnvoll. Die Zustimmung lag bei Befragten, die solche Angebote erhielten, höher als bei Personen, welche ausschließlich Vor-Ort-Angebote in Anspruch nahmen (64,8% vs. 31,7%). Die Hälfte wünschte eine Aufrechterhaltung telefonischer/digitaler Angebote über die Pandemie hinaus (49,2%), während dies 16,7% gegenteilig sahen. Zugleich bevorzugt die große Mehrheit (75,6%) „Vor-Ort“-Angebote.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Befragung von Rehabilitand:innen in der Sucht-Rehabilitation und -Nachsorge zeigen, dass die Erreichbarkeit der Suchthilfe und -beratung sowie die Therapieangebote in den Reha-Einrichtungen unter Pandemiebedingungen weitgehend positiv bewertet wurden. Allerdings ist bei Interpretation der Ergebnisse zu bedenken, dass aufgrund des Rekrutierungszugangs ausschließlich Personen in Rehabilitation bzw. Nachsorge in die Studie eingeschlossen wurden. Personen, welche keine Rehabilitation angetreten haben, bleiben unberücksichtigt. Hierzu könnten Analysen von Routinedaten weitere Erkenntnisse liefern (Dyba, 2022).

Take-Home-Message

Sucht-Rehabilitand:innen bewerten telefonische und digitale Therapieangebote als ergänzendes Angebot in der Pandemie und darüber hinaus eher positiv als negativ. Die Zustimmung liegt bei Rehabilitand:innen mit Erfahrungen in solchen Angeboten am höchsten.

Literatur

Dyba , J. (2022): Was hat die Pandemie verändert? Ein Vergleich ausgewählter Patient/innen- und Behandlungsmerkmale der Basisdokumentation des Fachverband Sucht der Jahre 2020 und 2019. Sucht Aktuell, 2. 5-11.

Scheibenbogen, O., Mader, R. (2022): Konsumgewohnheiten im Kontext der Pandemie - Behandlungsoptionen. psychopraxis. neuropraxis 25. 40-44.

Weissinger, V. (2020): Übersicht über Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Versorgungs- und Behandlungssystem für suchtkranke Menschen. Sucht, 66. 183-194.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Welche Effekte hat eine berufsbezogene Rehabilitation auf die Erwerbsprognose bei Suchrehabilitanden und welche Rehabilitanden profitieren?

Silke Jankowiak[1]; Sarah Leinberger[1]; Andreas Kocks[2]; Jens Borgelt[3]; Nikolaus Lange[4]; Rainer Kaluscha[1]; Lena Tepohl[1]

[1] IFR Ulm; [2] Berufsförderungswerk Bad Wildbad gGmbH;
[3] Oberberg; Fachklinik Schwarzwald; [4] Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH

Hintergrund und Zielstellung

Chronisches Suchtverhalten bedeutet ein hohes Risiko für einen Arbeitsplatzverlust (Henkel, 2011). Eine lang andauernde Erwerbslosigkeit wiederum kann eine Abhängigkeitserkrankung hervorrufen sowie die Verstetigung bzw. Verschlechterung einer Suchterkrankung bedingen (Stapel, 2016).

Um die Erfolgsquote bei der (Wieder-)Eingliederung und somit beim Therapieziel „nachhaltige Abstinenz“ zu erhöhen, wurde die „Beruflich Orientierte Rehabilitation Suchtkranker in Stufen (BOSS)“ entwickelt und von den Suchtrehabilitationskliniken des Baden-Württembergischen Landesverbands für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv) in Zusammenarbeit mit dem Berufsförderungswerk Bad Wildbad umgesetzt. Dabei erfolgen nicht nur eine enge Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie eine hohe Kontinuität in den beruflichen Begleitangeboten, sondern auch eine professionelle Integrationsbegleitung und Konstanz bei den Ansprechpartnern.

Ziel der Begleitstudie war die Evaluation der Effekte von BOSS auf die berufliche Wiedereingliederung. Zudem wurde geprüft, welche Suchtrehabilitanden bezüglich der beruflichen (Re-)Integration von BOSS profitieren bzw. nicht profitieren.

Methoden

Die Evaluation erfolgte in sechs Suchtrehabilitationseinrichtungen des bwlv. Eingeschlossen wurden Rehabilitanden der DRV Baden-Württemberg (BW) mit erwerbsbezogener Problemlage (EBPL).

Die Interventionsgruppe umfasste Suchtrehabilitanden, die an BOSS teilnahmen. Als Kontrollgruppe dienten Suchtrehabilitanden aus den Einrichtungen, die bei Projektbeginn noch nach dem bisher üblichen Vorgehen arbeiteten („usual care“) und das BOSS-Konzept sukzessive einführten.

Datengrundlagen waren die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) der DRV BW sowie der Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) der Einrichtungen des bwlv. Zudem wurden bei den BOSS-Teilnehmern Fragebogenerhebungen zu Rehabilitationsbeginn und -ende durchgeführt.

Die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage im ersten und zweiten Jahr nach der Rehabilitation wurden anhand multivariater Analysen zwischen BOSS-Teilnehmern sowie Kontrollen verglichen. In die Regressionsmodelle wurden Merkmale aufgenommen, die neben der BOSS-Teilnahme die Beschäftigungstage beeinflussen und bei denen Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bestanden.

Zur Identifikation der Suchtrehabilitanden, für die BOSS besonders gut bzw. weniger gut geeignet ist, wurden anhand multivariater Analysen auf Basis der Subgruppe der BOSS-Teilnehmer die Prädiktoren der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage in den ersten beiden Folgejahren der Rehabilitation bestimmt.

Die Analysen erfolgten für Suchtrehabilitanden mit einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen und Suchtrehabilitanden mit einer Alkoholabhängigkeit getrennt.

Ergebnisse

Weder bei den Alkoholabhängigen noch bei den von illegalen Substanzen abhängigen Rehabilitanden unterschieden sich die Tätigkeitstage in den beiden Folgejahren zwischen BOSS-Teilnehmern und Kontrollen. Dabei wurden vorbestehende Unterschiede bei der beruflichen Ausgangslage berücksichtigt. Trotz Screening hinsichtlich einer EBPL und damit Angleichung bzgl. des BOSS-Bedarfs zeigte sich bei BOSS-Teilnehmern im Vorfeld der Maßnahme eine ungünstigere Erwerbssituation als bei Kontrollen.

Bei Betrachtung der Subgruppen, für die BOSS besonders gut bzw. weniger gut geeignet ist, zeigten sich die in den Tabellen 1 und 2 dargestellten Ergebnisse. Einen signifikanten Einfluss auf die Tätigkeitstage in den beiden Folgejahren von BOSS hatten die Beschäftigungstage im zweiten Jahr vor BOSS und die Beitragsart im dritten Monat vor der BOSS sowie die Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten vor der Rehabilitation (nur Alkohol). Dabei ging eine bessere berufliche Ausgangslage mit einer höheren Anzahl an Beschäftigungstagen einher. Der Effekt war im zweiten Jahr nach BOSS größer, was auf eine verzögerte Rückkehr in das Erwerbsleben zurückführbar sein kann. Dies tritt bspw. dann auf, wenn nach der Rehabilitation zunächst eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgt.

Bei den von illegalen Substanzen abhängigen Rehabilitanden profitierten Rehabilitanden mit den einem negativen Verhältnis zur Arbeit (AVEM-Muster „Schonung“ oder „Burnout“) im Vergleich zu Rehabilitanden mit dem Muster „Gesundheit“ nicht von der BOSS-Maßnahme.

Rehabilitanden, bei denen während BOSS eine Kooperation mit einem Jobcenter bzw. der Agentur für Arbeit erfolgte, wiesen mehr Tätigkeitstage auf. Die frühzeigte Einbindung des Jobcenters oder der Arbeitsagentur dürfte eine nahtlose Versorgung der Rehabilitanden bzw. eine nahtlose Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach der Rehabilitation fördern.

Letztendlich waren Kontextfaktoren, wie bspw. die Lebens- und Partnerschaftssituation für den Erfolg von BOSS relevant.

Tab. 1: Regressionsmodelle zur Vorhersage der Beschäftigungstage im ersten und zweiten Jahr nach BOSS (Substanzgruppe Alkohol).

	1. Jahr nach BOSS (N=97; R^2 = 0,3923)		2. Jahr nach BOSS (N=71; R^2 = 0,4532)	
Einflussgröße	**Schätzer[1]**	**AME[2]**	**Schätzer[1]**	**AME[2]**
Altersgruppe bei Behandlungsbeginn Referenz: <35				
35-40	-0,67	-44	0,90	56
40-45	0,30	21	0,87	54
45-50	-1,9	-105	-1,6	-75
50-55	-1,0	-62	-0,46	-26
>55	-1,4	-85	-0,46	-26
Partnerschaft Referenz: ja				
nein	-0,06	-3,5	-0,17	-9,9
Lebenssituation Referenz: zusammenlebend				
nicht zusammenlebend	0,55	30	-0,04	-2,2
Beitragsart im 3. Monat vor der Maßnahme Referenz: erwerbstätig				
keine	-1,7	-102	-1,9	-98
Sozialleistungsbezug	-1,2*	-74	-0,85	-52
Tätigkeitstage im 2. Jahr vor der Maßnahme	1,6*	93	2,7*	151
Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten vor Beginn Referenz: >0 bis <3 Monate				
keine	-0,02	-1,3	1,4	76
3 bis <6 Monate	-2,1**	-100	-1,7	-65
≥6 Monate	-0,47	-28	0,28	14
Anzahl nicht-angetretener Suchtrehabilitationen 2 Jahre vor Reha Referenz: >1				
1	0,13	7,2	0,58	31
DIAMO: motivationsförderliche Skalen	0,03*	1,9	0,02	1,1

[1]*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001
[2]Average Marginal Effect

Tab. 2: Regressionsmodelle zur Vorhersage der Beschäftigungstage im ersten und zweiten Jahr nach BOSS (Substanzgruppe illegale Drogen).

	1. Jahr nach BOSS (N=333; R^2 = 0,2684)		2. Jahr nach BOSS (N=227; R^2 = 0,3634)	
Einflussgröße	**Schätzer[1]**	**AME[2]**	**Schätzer[1]**	**AME[2]**
Staatsangehörigkeit Referenz: ausländisch				
deutsch	0,54	29	-0,34	-20
Familienstand Referenz: geschieden/Lebenspartnerschaft aufgehoben				
ledig	1,2	55	-0,13	-7,0
verheiratet/Lebenspartnerschaft	1,3*	62	0,54	33
Beitragsart im 3. Monat vor der Maßnahme Referenz: erwerbstätig				
keine	-1,0**	-69	-1,3**	-85
Sozialleistungsbezug	-0,87**	-59	-1,1**	-73
Tätigkeitstage im 2. Jahr vor der Maßnahme	1,9***	108	2,2***	127
Wiederaufnahme in dieser Einrichtung Referenz: ja				
nein	1,0*	48	1,2*	61
DIAMO: motivationsförderliche Skalen	0,00	0,25	-0,01	-0,33
AVEM: tendenzielle Zuordnung zu den Clustern/Mustern (p≤.95) Referenz: Muster „Gesundheit“				
Muster „Schonung“	-0,52	-30	-1,2*	-74
Risikomuster „überhöhtes Engagement“	0,04	2,2	-0,28	-19
Risikomuster „Burnout“	-0,37	-22	-1,4*	-85
FLZ: allgemeine Lebenszufriedenheit (gewichtete Summe) zu Beginn	0,01	0,32	0,01	0,33
Geschlecht Referenz: männlich				
weiblich			-0,02	-1,0
Partnerschaft Referenz: ja				
nein			-0,45	-27
Lebenssituation Referenz: zusammenlebend				
nicht zusammenlebend			0,74*	43
Geburtsland Referenz: ausländisch				
deutsch			-0,11	-6,2
strafrechtliche Auflage (inkl. § 35 BtMG) Referenz: ja				
nein			-0,26	-15
Behandlungstage in den 2 Vorjahren der Maßnahme			0,00	0,25
Kooperation während der Behandlung mit der Agentur für Arbeit / dem Jobcenter Referenz: ja				
nein			-0,22	-13
Dauer der Maßnahme			0,01	0,38

Einflussgröße	1. Jahr nach BOSS (N=333; R^2 = 0,2684) Schätzer[1]	AME[2]	2. Jahr nach BOSS (N=227; R^2 = 0,3634) Schätzer[1]	AME[2]
BOSS-Konzept Referenz: altes BOSS-Konzept				
modifiziertes BOSS-Konzept			0,11	6,3
FBTMR: berufsbezogene Therapiemotivation			0,02	1,3
FERUS: Selbstmanagementfähigkeiten			-0,03	-1,5
Konsum von Alkohol Referenz: ja				
nein			0,08	4,6
Konsum von Cannabis Referenz: ja				
nein			0,48	28
Konsum von Heroin Referenz: ja				
nein			0,29	17
Konsum von Kokain Referenz: ja				
nein			-0,82*	-47

[1]*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001
[2]Average Marginal Effect

Diskussion und Fazit

Es zeigte sich zunächst keine Überlegenheit von BOSS gegenüber dem „usual care“.

Bei BOSS-Teilnehmern mit besonders ungünstiger beruflicher Ausgangslage sowie mit einem negativen Verhältnis zur Arbeit und Kokainabhängigkeit (illegale Substanzen) konnten die entsprechenden Barrieren für die berufliche (Re-)Integration nicht überwunden werden.

Zunächst scheint es, dass BOSS bei beruflich besser gestellten Rehabilitanden sowie Rehabilitanden mit günstigem Verhältnis zur Arbeit hilfreich ist. Der Befund deutet aber auch auf Anpassungsbedarfe beim BOSS-Konzept hin, um den besonderen Bedürfnissen in der Zielgruppe insgesamt besser zu entsprechen.

Take-Home-Message

Mittels der Studie konnte aufgrund von Limitationen (z.B. Selektionseffekte, geringe Fallzahlen) kein zusätzlicher Nutzen von BOSS nachgewiesen werden.

Literatur

Henkel, D. (2011): Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). Current drug abuse reviews 4 (1). 4-27.

Stapel, M. (2016): Re-/Integration in das Erwerbsleben von Drogenabhängigen: Eine Analyse von Beitragsverläufen der gesetzlichen Rentenversicherung. SuchtAktuell 1. 73-84.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Arbeitsfähige und arbeitsunfähige Psychotherapiepatienten im Vergleich

Beate Muschalla[1]; Michael Linden[2]

[1] TU Braunschweig - Institut für Psychologie; [2] Charité Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Die Behandlung psychischer Erkrankungen beinhaltet nicht nur Symptomreduktion, sondern auch auf die Verbesserung der sozialen und beruflichen Teilhabe durch sozialmedizinische Behandlungen. Es mangelt an Daten zur Arbeitsfähigkeit bei Psychotherapiepatienten, über die Begleitcharakteristika von Arbeitsunfähigkeit, und über sozialmedizinisch orientierte Behandlungen. Kenntnis über solche Verteilungen sind jedoch für Bedarfsabschätzungen rehabilitationsorientierter Behandlungen psychisch Kranker von großer Bedeutung.

In der vorliegenden Studie wird daher untersucht, ob und warum es bei ambulanten Psychotherapiepatienten ohne oder mit kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit im Vergleich zu solchen mit langfristiger Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten Unterschiede oder Gemeinsamkeiten gibt hinsichtlich:

(1) ihrem Krankheitsstatus in Bezug auf Leistungsfähigkeit und Teilhabeeinschränkungen

(2) die von ihnen in Anspruch genommenen Behandlungen, die das gesamte Spektrum krankheits- und kontextbezogener Interventionen umfassen: psychotherapeutische Verfahren, Koordination mit anderen Therapeuten, arbeitsorientierte Interventionen, Beratung und Interventionen zur Teilhabe am allgemeinen Leben.

Methoden

In dieser versorgungsepidemiologischen Beobachtungsstudie wurden insgesamt 131 Psychotherapeuten (psychodynamische Psychotherapeuten N=57, kognitive Verhaltenstherapeuten N=73, sowie ein doppelt qualifizierter Psychotherapeut) zu mindestens zweien ihrer Patienten befragt, die sie zuletzt gesehen hatten. Insgesamt wurden 296 Fallvignetten untersucht.

Die Behandler berichteten über die Art und den Grad der Fähigkeitsbeeinträchtigungen (Mini-ICF-APP, Linden et al., 2009) und Teilhabeeinschränkungen (IMEP, Linden et al., 2018a; Deck et al., 2007), die sie bei ihren Patienten beobachtet hatten. Zusätzlich wurden die Therapeuten nach sozialmedizinischen Interventionen gefragt, die sie bei ihren Patienten durchgeführt hatten oder für angezeigt hielten (Rehabilitationscheckliste, Linden et al., 2018b).

Ergebnisse

Die Fallberichte bezogen sich auf Patienten, die im Durchschnitt 42 Jahre alt waren (65 % Frauen).

Patienten mit längerer Arbeitsunfähigkeitsdauer innerhalb der letzten 12 Monate (7- 52 Wochen, n=140) hatten schwerere Leistungs- und Teilhabebeeinträchtigungen als Patienten mit kurzer Arbeitsunfähigkeit (0-6 Wochen, n=156).

Patienten mit längerer Arbeitsunfähigkeit erhielten spezifischere, auf die Teilhabe am Arbeitsleben ausgerichtete Behandlungen. Dagegen wurden allgemeine salutotherapeutische Aktivitäten (Sportverein, Beratung, Unterstützung der Familie) bei Patienten mit kürzerer oder längerer Arbeitsunfähigkeit in gleicher Weise durchgeführt.

Hinsichtlich allgemeiner Behandlungsaspekte (Nebenwirkungen, therapeutisches Bündnis) gab es keine Unterschiede zwischen Patienten mit kurzer und Patienten mit längerer Arbeitsunfähigkeit. 40-67 % der Patienten hatten eine parallele Behandlung durch einen Primärarzt (neben der Psychotherapie mit kontingentierten, d.h. begrenzten Anzahl von Sitzungen).

Diskussion und Fazit

Die Therapeuten wählten die Interventionsmöglichkeiten je nach Indikation: Bei Patienten mit Problemen der Teilhabe am Arbeitsleben werden mehr arbeitsbezogene Behandlungen durchgeführt, während Interventionen zur Verbesserung der allgemeinen psychischen Gesundheit unabhängig von spezifischen Arbeitsproblemen verwendet werden.

Psychotherapeuten verstehen die chronische Beeinträchtigung durch psychische Erkrankungen und die Notwendigkeit sozialmedizinischer Interventionen, und - ähnlich wie Ärzte (Linden, 2018b) - handhaben sie diese Interventionen je nach den Bedürfnissen der Patienten. Dazu gehört auch die Integration einer kurzen Psychotherapie in die längerfristige allgemeinmedizinische Behandlung durch einen Hausarzt.

Take-Home-Message

Die Anwendung verschiedener Behandlungen sollte der Goldstandard sein, um den langfristigen bio-psycho-sozialen psychischen Gesundheitsstatus (WHO, 2001) von Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen zu verbessern. Dabei wird nicht nur die akute Krankheitsepisode betrachtet, sondern die Frage gestellt wird: Wie kann der Patient mit seiner Krankheit zurechtkommen und die nächsten 20, 30, 40 Jahre seines Lebens am Arbeits- und Sozialleben teilhaben?

Literatur

Deck, R., Mittag, O., Hüppe, A., Muche-Borowski, C., & Raspe, H. (2007): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) - Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 20, 113-120.

Linden, M., Deck, R., & Muschalla, B. (2018a): Rate and spectrum of participation impairment in patients with chronic mental disorders: Comparison of self- and expert ratings. Contemporary Behavioral Health Care, 3, 1-5. doi: 10.15761/CBHC.1000124.

Linden, M., Muschalla, B., Noack, N., Heintze, C., & Döpfmer, S. (2018b): Treatment Changes in General Practice Patients with Chronic Mental Disorders following a Psychiatric-Psychosomatic Consultation. Health Services Research and Managerial Epidemiology, 5, 1-6.

Linden, M., Baron, S., & Muschalla, B. (2009): Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen. Göttingen: Hans Huber.

WHO (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO Press; 2001.

Förderung: Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Inanspruchnahme von Reha-Angeboten und Verlaufskurven bei psychischen Beeinträchtigungen (InVerPsych): Ergebnisse aus dem qualitativen Studienteil

Ernst von Kardorff[1]; Alexander Meschnig[2]; Sebastian Klaus[1]; Yvonne Rafalzik[1]; Christian Hetzel[3]

[1] Berliner Werkstatt für Sozialforschung (BWS) UG; [2] Berliner Werkstatt für Sozialforschung (BWS); [3] Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Sporthochschule Köln (iqpr)

Hintergrund und Zielstellung

Angesichts der Zunahme von ICD-10 F3- und F4-Diagnosen, ihrer häufig langen Verläufe, langandauernder AU-Zeiten, von Chronifizierungsprozessen und der Gefahr vorzeitiger Berentung, haben wir Reha-Inanspruchnahmeketten, Versorgungsverläufe und den RTW dieser Personengruppe in quantitativ auf Basis von RSD-Files (iqpr) und Fragebogendaten (BWS, iqpr) sowie qualitativ auf Basis interviewbasierter Fallstudien (BWS) betrachtet. Dabei stand die Frage nach den Zeitpunkten, der Reihenfolge und der Nutzungsformen unterschiedlicher Versorgungsangebote im langfristigen Krankheits- und Berufsverlauf aus Sicht der Versicherten im Zentrum. Da in den Prozessdaten der DRV weder Informationen über vor- und nachgelagerte Versorgung (z.B. ambulante Psychotherapie, Psychiatrie, Selbsthilfe) noch über biografische Veränderungen und Wendepunkte vorliegen, ging es uns in der qualitativen Teilstudie um die Analyse der berichteten „Inanspruchnahmeketten“ im Kontext der gesamten Lebens- und Berufsbiografie. Aus der Rekonstruktion der subjektiven Bewältigungs- und „Reha-Strategien“ wurden Anhaltspunkte für personenzentrierte und situationsangemessene Behandlungsangebote gewonnen. Anhand exemplarischer und kontrastierender Fälle wurden wiederkehrende Problemkonstellationen als Herausforderungen für die Versorgung identifiziert.

Methoden

Ausgehend von der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) der Jahre 2010-2018, die vom iqpr Köln analysiert wurde (Hetzel, 2022), wurden 6.000 Versicherte mit einem Fragebogen u.a. zur Inanspruchnahme von Leistungen vor und nach der Beantragung von medizinischen Reha- und/oder LTA-Maßnahmen angeschrieben (Rücklauf N = 1.176 = 19,6 %). Dabei wurden die Versichertenverläufe bis einschließlich 2021 nachverfolgt, so dass auf Basis aktueller Daten nicht nur langfristige Verlaufskurven, sondern auch Reihenfolge und die zeitlichen Abstände

zwischen einzelnen Behandlungsformen und Lebenssituationen beobachtet werden konnten (Rückfälle, Mehrfachinanspruchnahme, Zeiten von ALO, Krankengeld, etc.). Auf der Grundlage einer Gruppierung der Versicherten nach der Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen RTW in Abhängigkeit von Generischen Daten, Inanspruchnahme-(häufigkeiten), vorhergehenden Behandlungen, LTA-Leistungen, EM-Rentenanträgen wurden aus dem Fragebogenrücklauf 70 Personen nach inhaltlichen Kriterien für episodisch-narrative Interviews ausgewählt. Mit der Rekonstruktion der subjektiven Krankheits-, Familien- und Berufsgeschichten konnte ein vertiefter Einblick in die Dynamik von Genesungs- und Rückkehrprozessen im Kontext von Betrieb, Lebenssituation und der Nutzung von Versorgungsangeboten (Reha, Psychotherapie, Selbsthilfe, etc.) erreicht werden. Die Auswertung orientierte sich an der Grounded Theory (Strauss, 1994; Charmaz, 2014) und der sequenziellen Narrationsanalyse (Schütze, 2016).

Ergebnisse

Im betrachteten Zeitraum von 2010 – 2018 haben 29,2 % aller Befragten nur eine und 69,8 % mindestens zwei medizinische Reha-Leistungen in Anspruch genommen („Wiederholer“). Die Fallstudien aus der ersten Gruppe (N = 18) zeigen u.a., dass es sich überwiegend um Personen mit stabilen Berufsbiografien handelt, bei denen unterschiedliche Belastungen nach Zeiten von Präsentismus in der Arbeitsweltsicht auftauchen. Personen aus dieser Gruppe gelingt im Beobachtungszeitraum ein stabiler RTW nicht zuletzt aufgrund ihrer Bereitschaft zur Verhaltensänderung.

Der große Anteil von „Wiederholern“ verweist auf langfristige und instabile Verlaufskurven des RTW angesichts verbliebener psychischer Vulnerabilitäten. In den Fallstudien (N=9) mit überwiegend geradlinigen Berufsbiografien sind es vorwiegend starke und andauernde psychische Belastungen in der Arbeitswelt, vor allem aus den psychisch (und körperlich) besonders belastenden pflegerischen und sozialen Berufen, die in die Reha führen. Eine wiederholte Inanspruchnahme stellt sich aus Perspektive der Befragten als notwendige Regeneration und Stabilisierung dar, um bis zur Altersrente durchzuhalten.

Bei einer geringen Anzahl von N = 22 Personen erfolgte nach der Reha ein stationärer Klinikaufenthalt in der Psychiatrie – was sich bei einigen der N=7 Fallstudien retrospektiv als ein Hinweis auf mögliche Fehlzuweisungen darstellte.

Diskussion und Fazit

Bei allen Gruppen zeigt sich ein enges Zusammenspiel zwischen individueller, familiärer und beruflicher Situation mit biografischen Hypotheken und subjektiven Ursachenzuschreibungen, die bei Motivation, Behandlungs- und Rehabilitationsplanung situationsgerecht zu berücksichtigen sind. Darüber hinaus zeigt sich eine große Variationsbreite in den subjektiven Nutzungsweisen der psychosomatischen Reha.

Take-Home-Message

- Der relativ große Anteil von „Wiederholern“ in der Fragebogen-Stichprobe (mindestens 2 med. Reha-Leistungen) legt nahe, dass viele Versicherte dadurch ihre Beschäftigungsfähigkeit bis zum Regelaltersrenteneintritt aufrechterhalten können.
- Die Leistungsketten ermöglichen nur wenige Rückschlüsse auf Art und Umfang des tatsächlichen Unterstützungsbedarfs; Grund dafür ist die große Heterogenität der

Zielgruppe und infolgedessen die Notwendigkeit von Unterstützungsangeboten, die den gesamten (berufs-)biografischen Zusammenhang berücksichtigen.

- Notwendigkeit verstärkter Sensibilisierung betrieblicher Frühaufklärung zur Erkennung von Behandlungsbedarf und zur Motivation von Beratungsangeboten in Kooperation mit dem medizinischen System.

Literatur

Charmaz, K. (2014): Constructing Grounded Theory. London.

Hetzel, Ch., Klaus, S., Meschnig, A. & von Kardorff, E. (2022): Versorgungsverläufe von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf Basis administrativer Paneldaten der Deutschen Rentenversicherung Bund. In: 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. (210-212). Berlin.

Schütze, F. (2016): Biographieforschung und narratives Interview. In: Fiedler, & Krüger, H.-H. (Hrsg.) Fritz Schütze, Sozialwissenschaftliche Prozessanalyse (55- 74). Opladen.

Strauss, A. L. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Mentalisierungsfähigkeit als „Critical-Success-Faktor“ in der psychosomatischen Rehabilitation – Ergebnisse einer longitudinalen Beobachtungsstudie basierend auf elektronischer Routinedatenerhebung

Astrid Lampe[1]; Karin Labek[2]; Vincent Grote[3]; Michael J. Fischer[4]; Gerhard Rumpold[5]; David Riedl[3]

[1] VAMED Reha-Klinik Montafon; [2] Universität Innsbruck; [3] Ludwig Boltzmann Institute for Rehabilitation Research; [4] VAMED Rehabilitationszentrum Kitzbühel; [5] Medizinische Universität Innsbruck (MUI)

Hintergrund und Zielstellung

Die psychosomatische Rehabilitation stellt eine zentrale Behandlungssäule für Menschen mit psychischen Belastungen und psychiatrischen Störungen dar. Trotz der guten Datenlagen zur Wirksamkeit psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlungen ist die Frage nach spezifischen Wirkfaktoren nicht vollständig beantwortet. In den letzten Jahren wurde die Mentalisierungsfähigkeit als ein potentiell zentraler schulenübergreifender Wirkfaktor (Critical Success Factor) in der Psychotherapie identifiziert.

Unter Mentalisierungsfähigkeit wird ein mentaler Prozess begriffen, der das Verständnis und die Repäsentation innerer mentaler Zustände bei sich selbst und anderen ermöglicht . Eingeschränkte Mentalisierungsfähigkeit zeigt sich durch das Fehlen eines emotionalen Bewusstseins, fehlende Selbstreflexion oder die Gleichsetzung innerer mentaler Zustände mit der äußeren Realität und die Mentalisierungsfähigkeit ist eng mit der Emotionsregulation verbunden (Taubner et al., 2019). Vor allem bei Menschen mit traumatischen Erfahrungen stellt die Mentalisierungsfähigkeit einen signifikanten Mediator zwischen früherem Trauma und aktueller Symptomatik dar (Wagner-Skacel et al., 2022). Bisher liegen jedoch noch keine

Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen der Mentalisierungsfähigkeit und der symptomatischen Verbesserung im Zuge psychosomatischer Rehabilitationsbehandlungen vor.

Methoden

In der vorliegenden Studie wurden die Daten des routinemäßig durchgeführten Assessments der Lebensqualität und der psychischen Belastung vor und nach einer multidisziplinären stationären Rehabilitationsbehandlung im psychosomatischen Rehabilitationszentrum Schruns (Österreich) ausgewertet. Alle PatientInnen im Rehabilitationszentrum beantworteten routinemäßig zu Beginn (T1) und zum Ende (T2) des stationären Aufenthalts Fragebögen zur psychischen Symptomatik (BSI-18), der Lebensqualität (WHODAS), sowie der Mentalisierungsfähigkeit (MZQ). Bei vorliegender Traumatisierung füllten die PatientInnen auch einen Fragebogen zur PTBS-Symptomatik aus (ITQ). Die elektronische Routinedatenerhebung wurden Computer-based Health Evaluation System (CHES) durchgeführt, wobei die PatientInnen die Fragebögen sowohl mittels PC, als auch Smartphone oder Tablet ausfüllen konnten.

Der Einfluss der Mentalisierungsfähigkeit auf die Veränderung der psychischen Belastung (BSI-18 Gesamtwert), der Lebensqualität (WHODAS Gesamtwert), sowie der PTBS-Symptomatik (ITQ Gesamtwert) wurde mittels Mediationsanalysen (SPSS PROCESS Macro) berechnet (5000 bootstrapped samples, 95% CI). Um einen potentiellen Ausgangswertunterschied beim MZQ auszugleichen, wurde der „Performance Score (T2D)“ (Grote et al., 2021) für den MZQ Gesamtwert berechnet und in den Modellen als Mediator verwendet.

Ergebnisse

In die Studie konnten n=249 PatientInnen mit vollständigen Datensätzen zu T1 und T2 eingeschlossen werden. Bei n=192 (77.4%) PatientInnen lag zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung basierend auf dem BSI-18 der Verdacht auf eine Depression, bei n=204 (82.3%) auf eine Angsterkrankung und bei n=171 (69.0%) auf eine Somatisierungsstörung vor. Bei n=125 PatientInnen (50.2%) wurde aufgrund einer traumatischen Erfahrung auch der ITQ ausgewertet, wobei davon n=22 (17.6%) die Symptome einer PTBS und n=50 (40.0%) einer komplexen PTBS (kPTBS) erfüllten. Beim überwiegenden Anteil der PatientInnen zeigten sich auffällige Werte in mehr als einem der erhobenen Bereiche (n=199, 80.0%).

Höhere MZQ-Werte waren vor Rehabilitationsbeginn hochsignifikant mit Depressivität ($r=0.60$, $p < 0.001$), Ängstlichkeit ($r=0.56$, $p < 0.001$) und Somatisierung ($r=0.39$, $p < 0.001$), sowie mit der allgemeinen Lebensqualität ($r=0.59$, $p < 0.001$), PTBS ($r=0.57$, $p < 0.001$) und kPTBS ($r=0.72$, $p < 0.001$) assoziiert. Die psychische Belastung zu T1 war hochsignifikant mit der Varianz zu T2 assoziiert ($\beta=0.68$, $p < 0.001$) und klärte 46.1% der Varianz auf. Nach Hinzunahme der Veränderung in der Mentalisierungsfähigkeit wurde zum einen der direkte Zusammenhang der psychischen Belastung zu T1 und T2 reduziert ($\beta=0.56$, $p < 0.001$) und die aufgeklärte Varianz stieg auf 58.4% an. Die Mediationsanalyse zeigte einen signifikanten Mediationseffekt durch die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit auf den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung zu T1 und T2 (95% CI: 0.650–0.155). Zusätzlich zeigten lineare Regressionsanalysen, dass die Verbesserung der

Mentalisierungsfähigkeit als singulärer Prädiktor 29.4% der Varianz des BSI-18 Scores ($\beta=0.56$), sowie 35.0% des PTBS Scores ($\beta=0.59$), 44.7% des kPTBS Scores ($\beta=0.67$) und 33.9% der Lebensqualität ($\beta=0.58$) aufklären konnte (alle $p < 0.001$).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass Verbesserungen der Mentalisierungsfähigkeit in deutlichem Zusammenhang zu Reduktion psychischer Belastung sowie zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität stehen. Die Implementierung mentalisierungsfördernder Therapieelement in der psychosomatischen Rehabilitation können empfohlen werden. Der Performance Score (T2D) stellt eine einfach anwendbare Ausgangswertadjustierung dar und sollte bei der Evaluierung von Rehabilitationsmaßnahmen in der psychosomatischen Rehabilitation berücksichtigt werden. Das elektronische Routineassessment trägt zur Identifikation von „Critical Success Factors“ bei und sollte in die klinische Routine implementiert werden.

Take-Home-Message

Die Mentalisierungsfähigkeit konnte in unserer Studie als Mediator für den Rehabilitationserfolg im Sinne der Reduktion von psychischer Belastung identifiziert werden, was ein Hinweis auf einen möglichen Critical Success Factor in der psychosomatischen Rehabilitation darstellt.

Literatur

Taubner, S., Fonagy, P., Bateman, W. (2019): Mentalisierungsbasierte Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Wagner-Skacel, J., Riedl, D., Kampling, H., Lampe, A. (2022): Mentalization and dissociation after adverse childhood experiences. Scientific reports, 12, 6809.

Selbstakzeptanz psychischer erkrankter Menschen – zwei Seiten einer Medaille

Veneta Slavchova; Joel Rombey; Jens Knispel; Viktoria Arling

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden in der Gesellschaft häufig stigmatisiert, wodurch sie Gefahr laufen sich auch selbst zu stigmatisieren. Darunter wird verstanden, dass Stigmatisierungen von anderen über sich selbst bewusst, daraufhin akzeptiert und schlussendlich verinnerlicht werden (Corrigan et al., 2009; Rüsch et al., 2005). Folglich weisen psychisch erkrankte Menschen, welche Stigmatisierungen über ihre psychische Erkrankung übernommen haben eine niedrigere Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit auf (Corrigan et al., 2009). Demgegenüber steht die Akzeptanz der psychischen Erkrankung, welche mit einer positiven Haltung zu sich selbst assoziiert wird, wobei die Person ihren eigenen Wert und Fähigkeiten anerkennt, ohne in einem Konflikt mit der eigenen psychischen Erkrankung zu stehen (Li & Moore, 1998). Demzufolge könnte die Akzeptanz der psychischen Erkrankung

in diesem Rahmen ein bedeutsamer Faktor sein, um eine Selbststigmatisierung zu vermeiden und im Sinne der Inklusion eine gleichberechtigte Teilhabe in der Gesellschaft zu fördern.

Mit der vorliegenden Studie wurde die Fragestellung aufgegriffen, inwiefern eine Akzeptanz der psychischen Erkrankung eine positive Wirkung auf einen konstruktiven Umgang mit der psychischen Erkrankung hat. Alternativ könnte die Akzeptanz der psychischen Erkrankung bei der Bewältigung dieser hinderlich sein, da das Ankämpfen und somit der Versuch die psychische Erkrankung zu überwinden, ausbleibt. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde der Zusammenhang zwischen der Akzeptanz der psychischen Erkrankung und den folgenden inklusionsrelevanten Konstrukten untersucht: Selbstwirksamkeit, Teilhabestörung und Gesundheitskompetenz. Darüber hinaus wurde der Zusammenhang zwischen der Akzeptanz der psychischen Erkrankung und der persönlichen Identifikation mit der psychischen Erkrankung in Form der beigemessenen Bedeutung der Erkrankung für die eigene Person überprüft.

Methoden

Zur Datenerhebung wurde ein Online-Fragebogen erstellt, welcher zur Akquise der Proband/innen in sozialen Netzwerken (z.B. Facebook-Gruppen) verbreitet wurde. Grundlage der Auswertung waren 132 Menschen mit einer aktuell oder in der Vergangenheit diagnostizierten psychischen Erkrankungen (Alter: AM = 38.95 Jahre, SD = 11.98 Jahre, Spanne: 20-64 Jahre; 15% männliche, 84,8% weibliche Befragte). Zur Untersuchung der Forschungsfrage kamen validierte Messinstrumente zum Einsatz (vgl. Tabelle 1).

Ergebnisse

Je höher die Akzeptanz der psychischen Erkrankung war, desto höher waren auch die Gesundheitskompetenz und die Selbstwirksamkeit (vgl. Tabelle 1). Zudem ging eine niedrige Akzeptanz der eigenen psychischen Erkrankung mit einer höheren Teilhabestörung sowie persönlichen Identifikation mit der psychischen Erkrankung einher (vgl. Tabelle 1).

Tab. 1: Pearson-Korrelationen (einseitig) zwischen der Akzeptanz der psychischen Erkrankung und inklusionsrelevanten Konstrukten. (AD: hohe Werte = Akzeptanz der psychischen Erkrankung).

Konstrukt	**N**	**AM**	**SD**	**Spanne**	**Zusammenhang zur Akzeptanz der Beeinträchtigung**
Gesundheitskompetenz [1]	132	2.52	0.51	1 – 4	$r(132) = .396$, $p < .001$
Selbstwirksamkeit [2]	132	3.19	1.07	1 – 6	$r(132) = .649$, $p < .001$
Teilhabestörung [3]	132	4.21	1.17	1 – 8	$r(132) = -.655$, $p < .001$
Persönliche Identifikation [4]	131	45%	22.58%	0% – 100%	$r(131) = -.443$, $p < .001$

Anmerkungen: [1]*European Health Literacy Survey* (HLS-EU-Q6) basierend auf Pelikan, 2014, vierstufige Abfrage von ‚sehr schwierig' (1) bis ‚sehr einfach' (4); [2]*Mental Health Confidence Scale* (MHCS) basierend auf Carpinello et al., 2000, sechsstufige Abfrage von ‚sehr unsicher' (1) bis ‚sehr sicher' (6); [3] Mini-ICF-APP basierend auf Linden et al., 2018, achtstufige Abfrage von ‚das kann ich gar nicht' (1) bis ‚das ist eindeutig eine Stärke von mir' (8); [4] eigene Abfrage: „Wie viel Prozent Ihrer Person werden über Ihre psychische Erkrankung ausgemacht?"; prozentuale Abfrage von ‚0%' - ‚100%'.

Die Zusammenhänge zwischen der Akzeptanz der psychischen Erkrankung und der Teilhabestörung sowie der Selbstwirksamkeit waren als hoch einzuordnen, während die Zusammenhänge zur Gesundheitskompetenz und der persönlichen Identifikation mit der psychischen Erkrankung im moderaten Bereich lagen (vgl. Tabelle 1).

Diskussion und Fazit

Aus den Ergebnissen kann geschlussfolgert werden, dass eine Akzeptanz der psychischen Erkrankung einen positiven und konstruktiven Umgang mit der psychischen Erkrankung begünstigt, wodurch inklusionsdienliche Verhaltensweisen gefördert werden. Aus der negativen Korrelation zwischen der Akzeptanz der psychischen Erkrankung und der persönlichen Identifikation mit der psychischen Erkrankung kann abgeleitet werden, dass eine hohe persönliche Identifikation mit der psychischen Erkrankung eine Selbststigmatisierung nach sich ziehen kann. Gegebenenfalls könnte eine soziale Identifikation mit der psychischen Erkrankung förderlich sein, um eine Akzeptanz für die psychische Erkrankung zu entwickeln. Einige Befunde zeigten, dass Personen, die eine positive soziale Identität aufgebaut haben auch ein positiveres Selbstwertgefühl entwickelt haben (Corrigan et al., 2009). Folglich scheint zwischen der Selbstakzeptanz und Selbststigmatisierung ein schmaler Grat zu liegen, gleichzeitig sind die Auswirkungen auf den Umgang mit der psychischen Erkrankung jedoch sehr unterschiedlich. Dies spiegelt sich in dem Kontrast wider, dass sich die Akzeptanz für die psychische Erkrankung im Sinne der Teilhabe an der Gesellschaft als förderlich herausstellte, während die persönliche Identifikation mit der psychischen Erkrankung hinderlich war. Schlussendlich gilt es ein ausgewogenes Maß an Akzeptanz und Loslösung von der psychischen Erkrankung zu finden.

Take-Home-Message

Die Selbstakzeptanz fördert einen positiven und konstruktiven Umgang mit der psychischen Erkrankung, wobei eine zu hohe persönliche Identifikation mit der psychischen Erkrankung der Bewältigung dieser im Wege stehen kann. Somit gilt es, mit Betroffenen auf einen Mittelweg hinzuarbeiten.

Literatur

Corrigan, P. W., Larson, J. E. & Rüsch, N. (2009): Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. World Psychiatry, 8(2), 75–81. https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x.

Li, L. & Moore, D. (1998): Acceptance of disability and its correlates. The Journal of social psychology, 138(1), 13–25. https://doi.org/10.1080/00224549809600349.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005): Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. Psychiatrische Praxis, 32(5), 221–232. https://doi.org/10.1055/s-2004-834566.

Zur Rolle von Rumination bei der Entstehung von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Herzpatienten

Stefan Lueger[1]; Tanja Lueger[2]; Peter Deeg[1]

[1] Deegenbergklinik; [2] Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) tritt in der Regel nicht unmittelbar nach einem kardialen Ereignis auf, sondern entsteht erst in der Zeit danach. Was die Frage möglicher Risikofaktoren für eine PTBS nach einem kardialen Ereignis betrifft, so sind die Ergebnisse widersprüchlich. Es gibt Hinweise, dass eine akute Belastungsreaktion oder depressive Symptome infolge des kardialen Ereignisses die Entwicklung einer PTBS begünstigen können (Jacquet-Smailovic et al., 2021). Einen weiteren möglichen Faktor, der bisher bei Herzpatient*innen nur wenig berücksichtigt wurde, stellt Rumination dar. Untersuchungen mit Nicht-Herzpatient*innen konnten zeigen, dass Rumination als eine Form des repetitiven negativen Denkens nach einem Trauma eine PTBS langfristig vorhersagen kann (Moulds et al., 2020).

Es sollte daher geprüft werden, ob die Ruminationswerte zu einer Verbesserung der Vorhersage der PTBS-Werte am AHB-Ende beitragen können und ob sich Patient*innen mit hohen Ruminationswerten im Vergleich zu Patient*innen mit geringen Ruminationswerten bei gleichzeitig hohen bzw. geringen PTBS-Werten zu Beginn in ihren PTBS-Werten im AHB-Verlauf unterscheiden.

Methoden

An der Studie nahmen 412 konsekutiv aufgenommene Herzpatient*innen (30.6% Frauen) mit einem Durchschnittsalter von 67.4 Jahren (SD = 10.1) teil, die eine AHB nach einem akuten Myokardinfarkt und/oder einer Herzoperation durchführten.

Die PTBS-Symptome nach ICD-11 wurden zu Beginn und am Ende der AHB mittels des International Trauma Questionnaire (ITQ) erhoben. Depressionssymptome wurden mittels des PHQ-9 sowie Rumination mittels der Ruminationsskala aus dem Screening-Instrument Rumination-Suppression (RS-8) nach Pjanic et al. (2013) erfragt. Die Skala erfasst Rumination störungsübergreifend in vier Items. Da das kardiale Ereignis zu Beginn mit durchschnittlich 21.2 Tagen (SD = 10.3) weniger als 4 Wochen zurücklag, wurden die PTBS-Symptome zu Beginn als akute Belastungsreaktion interpretiert.

Zur Erfassung des Zusammenhangs zwischen möglichen Prädiktoren und den PTBS-Werten am AHB-Ende wurde eine hierarchische Regressionsanalyse durchgeführt. Dazu wurde zunächst der Zusammenhang von demographischen Variablen (Alter, Geschlecht), Art des kardialen Ereignisses sowie psychologischen Variablen (Depressions-, Ruminations- und PTBS-Werte zu Beginn) mit den PTBS-Werten am AHB-Ende mittels Pearson-Korrelationen und Welch-Tests bestimmt. Die in den bivariaten Analysen signifikanten Variablen (Depressions-, Ruminations- und PTBS-Werte zu Beginn) gingen anschließend in die Regressionsanalyse ein. Zur Bestimmung hoher bzw. geringer Werte wurde eine Dichotomisierung am Median durchgeführt. Aufgrund mangelnder Varianzhomogenität erfolgten Gruppenvergleiche mittels des Welch-Tests.

Ergebnisse

In die hierarchische Regression mit den PTBS-Werten am Reha-Ende als abhängige Variable gingen in einem ersten Schritt die Depressionswerte und die PTBS-Werte zu AHB-Beginn sowie in einem zweiten Schritt die Ruminationswerte ein. Wie Tabelle 1 zeigt, führt die Hinzunahme der Ruminationswerte zu einer signifikanten Verbesserung der Vorhersage der PTBS-Werte. Das Gesamtmodell klärt 43.5% der Varianz auf ($F(3,408) = 104.9$, $p < .001$).

Tab. 1: Hierarchische Regression (N = 412) für PTBS-Werte am AHB-Ende

	Prädiktor	*B*	SE_B	β	*t*	*p*	R^2	ΔR^2
Schritt 1	(Konstante)	0.483	0.268		1.805	0.072	0.424	0.424***
	Depression	0.160	0.041	0.171	3.918	<.001		
	PTBS-Beginn	0.576	0.046	0.546	12.499	<.001		
Schritt 2	(Konstante)	-0.111	0.334		-0.333	0.740	0.435	0.012**
	Depression	0.113	0.044	0.121	2.583	0.010		
	PTBS-Beginn	0.482	0.056	0.457	8.621	<.001		
	Rumination	0.151	0.052	0.164	2.921	0.004		

Anmerkungen. **p < .01, ***p < .001.

Abbildung 1 gibt die Veränderung der PTBS-Werte im AHB-Verlauf wieder, getrennt für Patient*innen mit hohen und geringen Ruminationswerten bei gleichzeig hohen bzw. geringen PTBS-Werten zu AHB-Beginn. Während bei Patient*innen mit hohen PTBS-Werten zu Beginn, unabhängig von den Ruminationswerten, die PTBS-Werte im gleichen Ausmaß abnehmen, weisen von den Patient*innen mit geringen PTBS-Werten diejenigen mit hohen Ruminationswerten eine signifikante Zunahme der PTBS-Werte im AHB-Verlauf auf im Vergleich zu denjenigen mit geringen Ruminationswerten ($t(59.5) = -2.1$, $p < .05$).

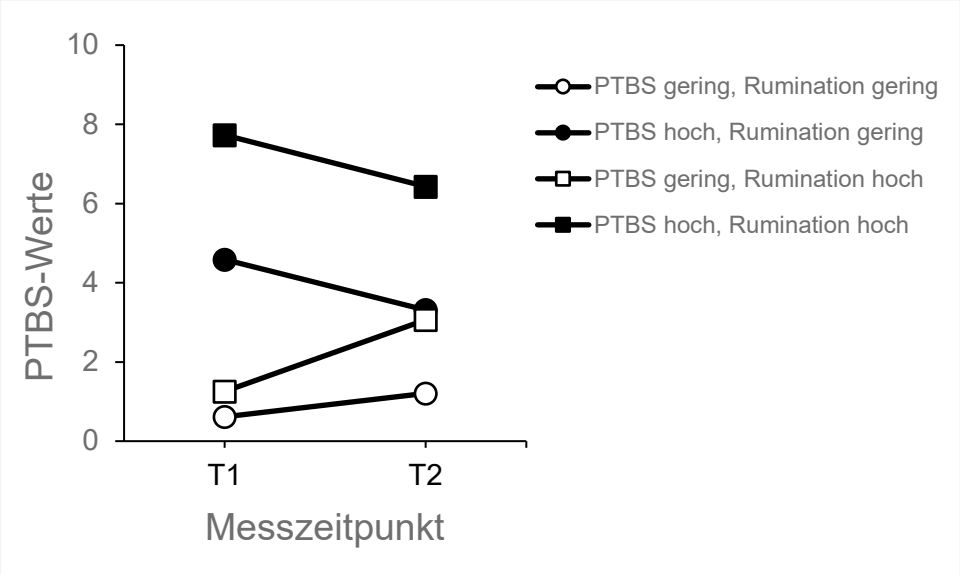


Abb.1: PTBS-Werte im AHB-Verlauf. Anmerkungen. T1 = AHB-Beginn, T2 = AHB-Ende.

Diskussion und Fazit

Rumination scheint bei der Entwicklung einer PTBS nach einem kardialen Ereignis von Bedeutung zu sein. Daher wäre zu überlegen, während der AHB Interventionen einzusetzen, die auf die Veränderung von Rumination abzielen. Erste Hinweise liefert die Studie von Wells et al. (2021), die zeigen konnte, dass vier Monate nach einer metakognitiven Therapie zusätzlich zur Standardbehandlung sowohl die PTBS-Werte als auch das repetitive negative Denken signifikant reduziert waren.

Take-Home-Message

In dem routinemäßigen psychologischen Screening zu AHB-Beginn sollten neben PTBS-Symptomen auch ein ruminativer Verarbeitungsstil erfragt werden und bei Bedarf metakognitive Therapieelemente zum Einsatz kommen.

Literatur

Jacquet-Smailovic, M., Tarquinio, C., Alla, F., Denis, I., Kirche, A., Tarquinio, C., Brennstuhl, M.J. (2021). Posttraumatic stress disorder following myocardial infarction: a systematic review. Journal of Traumatic Stress, 34, 190-199.

Moulds, M.L., Bisby, M.A., Wild, J., Bryant, R.A. (2020). Rumination in posttraumatic stress disorder: a systematic review. Clinical Psychology Review, 82, 101910.

Pjanic, I., Bachmann, M.S., Znoj, H., Messerli-Bürgy, N. (2013). Entwicklung eines Screening-Instruments zu Rumination und Suppression RS-8. Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 63(11), 456-462.

Wells, A., Reeves, D., Capobianco, L., Heal, C., Davies, L., Heagerty, A., Doherty, P., Fisher, P. (2021). Improving the effectiveness of psychological interventions for depression and anxiety in cardiac rehabilitation: PATHWAY-A single-blind, parallel, randomized, controlled trial of group metacognitive therapy. Circulation, 144(1), 23-33.

COVID-19 und der Apnoe-Hypopnoe-Index – Erklärt unentdeckte Schlafapnoe die hohen Prävalenzraten für Fatigue?

Markus C. Hayden[1]; Gabriele Schwarzl[1]; Matthias Limbach[1]; Sorin Mitrea[1]; Michael Schuler[2]; Dennis Nowak[3]; Konrad Schultz[1]

[1] Klinik Bad Reichenhall; [2] Hochschule für Gesundheit Bochum;
[3] Klinikum der Universität München

Hintergrund und Zielstellung

COVID-19 führt zu einer Vielzahl von Symptomen, die häufig auch nach der Akutphase der Erkrankung persistieren. Eine der häufigsten persistierenden Symptome ist Fatigue (Rao et al., 2022). Bisher ist nur wenig über die Entwicklung und das Fortbestehen von Fatigue während und nach COVID-19 bekannt. Vorangegangene Studien haben auf erhöhte Prävalenzraten der Schlafapnoe bei COVID-19-Patient:innen hingewiesen. Da Schlafapnoe häufig mit Müdigkeit und Erschöpfung einhergeht, könnten diese Prävalenzraten die häufig beschriebene Fatigue-Symptomatik zumindest teilweise erklären. Der Zusammenhang mit anhaltender Fatigue wurde jedoch noch nicht untersucht.

Diese Sekundärdatenanalyse untersucht die Prävalenz eines erhöhten Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI), als wichtiges Kriterium der Schlafapnoe, bei Patient:innen in pneumologischer Rehabilitation (PR) nach COVID-19 sowie die Zusammenhänge zwischen dem AHI und Fatigue.

Methoden

Teilnehmer:innen wurden von April 2020 bis April 2021 im Rahmen einer Studie zu den Effekten der stationären PR bei Long-COVID (Hayden et al., 2021) in der Klinik Bad Reichenhall rekrutiert. Alle in die Studie eingeschlossenen Patient:innen wurden gebeten, sich einer schlafmedizinischen Untersuchung zu unterziehen. Darüber hinaus wurden die Fatigue-Symptomatik mit dem Brief Fatigue Inventory (BFI) und die Tagesschläfrigkeit mit der Epworth Sleepiness Scale (ESS) erfasst. Diese Daten wurden zusammen mit dem Body-Mass-Index (BMI), soziodemografischen Variablen und Symptomratingskalen für Ruhe- und Belastungsdyspnoe korreliert. Für eine weiterführende Untersuchung wurde eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt.

Ergebnisse

143 Patient:innen (39,9% ♀; ⌀Alter = 54,1±10,4 Jahre; ⌀BMI 30,2±5,9 kg/m²) willigten in die Untersuchung ein. Nur 25,2% der Stichprobe wiesen einen unauffälligen AHI von ≤ 5 auf. Hingegen zeigten 39,9% Hinweise auf eine leichte Schlafapnoe (5 < AHI < 15), 21,7% Hinweise auf eine mittelschwere Schlafapnoe (15 ≤ AHI < 30) und 13,3% Hinweise auf eine schwere Schlafapnoe (AHI ≥ 30).

Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen sind in Tabelle 1 dargestellt. Wie ersichtlich, sind Werte des BFI negativ mit dem AHI korreliert. Subgruppenanalysen ergaben keine

Abweichungen für Altersgruppen, Geschlecht oder die Cluster der häufigsten Komorbiditäten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselstörungen, Adipositas, orthopädische Erkrankungen, Lungenerkrankungen, psychiatrische Erkrankungen). Das Streudiagramm zeigte keinen Hinweis auf nichtlineare Zusammenhänge. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse sind in Tabelle 2 dargestellt. Das Regressionsmodell erklärte rund 34% der Varianz (R^2=0,371, korrigiertes R^2=0,339, F(6, 126)=11,793, p < 0,001).

Tab. 1: Ergebnisse der Korrelationsanalyse

Korrelation								
	AHI	BFI	ESS	BMI	Ruhe-dyspnoe	Belastungs-dyspnoe	Alter	Geschlecht
AHI	1	*r*=-0,188 *p*=0,033	*r*=0,022 *p*=0,797	*r*=0,367 *p*<0,001	*r*=-0,070 *p*=0,431	*r*=-0,063 *p*=0,473	*r*=0,165 *p*=0,048	*r*=-0,170 *p*=0,043
BFI		1	*r*=0,183 *p*=0,039	*r*=0,183 *p*=0,039	*r*=0,495 *p*<0,001	*r*=0,521 *p*<0,001	*r*=-0,148 *p*=0,096	*r*=0,205 *p*=0,020
ESS			1	*r*=0,054 *p*=0,524	*r*=0,371 *p*<0,001	*r*=0,097 *p*=0,272	*r*=-0,201 *p*=0,017	*r*=0,017 *p*=0,844
BMI				1	*r*=0,064 *p*=0,469	*r*=0,217 *p*=0,013	*r*=-0,060 *p*=0,478	*r*=-0,022 *p*=0,790
Ruhe-dyspnoe					1	*r*=0,507 *p*<0,001	*r*=-0,101 *p*=0,252	*r*=0,154 *p*=0,081
Belastungs-dyspnoe						1	*r*=-0,029 *p*=0,743	*r*=0,042 *p*=0,632
Alter							1	*r*=-0,097 *p*=0,251
Geschlecht								1

AHI = Apnoe-Hypopnoe-Index; BFI = Brief Fatigue Inventory; BMI = Body-Mass-Index; ESS = Epworth Sleepiness Scale.

Tab. 2: Ergebnisse der Regressionssanalyse

Regressionsanalyse				
Prädiktor	Regressions-koeffizient	95% Konfidenzintervall	Standardisierter Regressions-koeffizient	Signifikanz
Belastungsdyspnoe	0,250	0,103 – 0,396	0,291	0,001
Ruhedyspnoe	0,290	0,116 – 0,463	0,290	0,001
AHI	-0,031	-0,056 – -0,006	-0,193	0,016
BMI	0,051	-0,005 – 0,107	0,147	0,074
Geschlecht	0,568	-0,043 – 1,118	0,136	0,068
ESS	0,008	-0,063 – 0,080	0,017	0,821

AHI = Apnoe-Hypopnoe-Index; BFI = Brief Fatigue Inventory; BMI = Body-Mass-Index; ESS = Epworth Sleepiness Scale.

Diskussion und Fazit

Die Daten zeigen erhöhte AHI-Werte in der Stichprobe, wobei drei Viertel der Patient:innen einen AHI von > 5 und ein Drittel einen AHI von ≥ 15 aufwiesen. Diese Werte übersteigen die Prävalenz in der deutschen Allgemeinbevölkerung von 46% für einen AHI > 5 und von 21% für einen AHI ≥ 15 (Fietze et al., 2019).

Interessanterweise erwies sich der Zusammenhang zwischen AHI und Fatigue als negativ. Beide durchgeführten Zusammenhangsanalysen deuten darauf hin, dass höhere AHI-Werte mit einer geringeren subjektiv wahrgenommenen Fatigue-Symptomatik einhergehen. Obwohl vorangegangene Studien Zusammenhänge zwischen COVID-19 und Schlafapnoe dargelegt haben, wurde noch keine negative Korrelation zwischen den beiden Konstrukten berichtet. Aufgrund der Analysen erscheinen nichtlineare Zusammenhänge und eine Beeinflussung der Daten durch Selektionseffekte, mit Ausnahme von Stichprobeneffekten bei der Überweisung, unwahrscheinlich. Zudem könnten gängige Screening-Instrumente nicht geeignet sein, eine COVID-bedingte Fatigue adäquat zu erfassen.

Im Rahmen der PR von Patient:innen nach COVID-19 empfiehlt sich aufgrund der erhöhten Prävalenz für Schlafapnoe routinemäßig ein schlafmedizinisches Screening sowie gegebenenfalls die entsprechende Einleitung einer adäquaten Behandlung bei pathologischem Befund. Hinsichtlich der auffälligen Zusammenhangsanalysen bedarf es weiterer Studien, welche auch potenzielle Einflussfaktoren genau untersuchen.

Take-Home-Message

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen Patient:innen in der pneumologischen Rehabilitation nach COVID-19 erhöhte Werte des Apnoe-Hypopnoe-Index auf. Es zeigte sich jedoch eine negative Korrelation zu subjektiv wahrgenommenen Symptomen von Fatigue.

Literatur

Fietze, I., Laharnar, N., Obst, A., Ewert, R., Felix, S. B., Garcia, C., Gläser, S., Glos, M., Schmidt, C. O., Stubbe, B., Völzke, H., Zimmermann, S., Penzel, T. (2019). Prevalence and association analysis of obstructive sleep apnea with gender and age differences - Results of SHIP-Trend. Journal of Sleep Research, 28. e12770.

Hayden, M. C., Limbach, M., Schuler, M., Merkl, S., Schwarzl, G., Jakab, K., Nowak, D., Schultz, K. (2021). Effectiveness of a Three-Week Inpatient Pulmonary Rehabilitation Program for Patients after COVID-19: A Prospective Observational Study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18. 9001.

Rao, S., Benzouak, T., Gunpat, S., Burns, R. J., Tahir, T. A., Jolles, S., Kisely, S. (2022). Fatigue Symptoms Associated With COVID-19 in Convalescent or Recovered COVID-19 Patients; a Systematic Review and Meta-Analysis. Annals of Behavioral Medicine, 56, 219–234.

Effekte einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bei Long-Covid-/Post-Covid-Syndrom

Lyssa Ginther[1]; Axel Schlitt[2]; Mariela Indzhieva[2]; Viktoria Heinze[2]; Stefan Schwarz[2]

[1] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; [2] Paracelsus-Harzklinik, Bad Suderode

Hintergrund und Zielstellung

Das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2) und die damit einhergehende Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) haben Anfang des Jahres 2020 zu einer weltweiten Pandemie geführt. Bei COVID-19 handelt es sich um eine Multiorganerkrankung, mit Symptomen verschiedener Art in unterschiedlichen Organsystemen, die bei ca. 15% der Betroffenen in ein Long-Covid/Post-Covid-Syndrom übergehen kann. Dieses äußert sich durch Symptome wie anhaltende Luftnot, Fatigue und Einschränkung der Lebensqualität, was letztendlich zu sozialen, familiären und beruflichen Einschränkungen der Teilhabe führen kann.(AWMF-Leitlinie: Rehabilitation Nach Einer COVID-19-Erkrankung, o. J.) Die Effekte einer stationären Rehabilitation bei Long-Covid-Syndrom wurden in Deutschland bisher nur in wenigen Studien untersucht.(Gloeckl et al., 2021; Spielmanns et al., 2021)

Methoden

In dieser retrospektiven, monozentrische Kohortenstudie wurden 116 Patienten mit der Hauptdiagnose Long-Covid-Syndrom der Paracelsus-Harzklinik Bad Suderode von 03/2021 bis 11/2021 eingeschlossen. Der Fokus der Untersuchung lag auf der Spiroergometrie, dem 6-Minuten-Gehtest und dem Fatigue-Fragebogen zur Ermittlung aussagekräftiger Daten hinsichtlich des körperlichen und psychischen Zustandes der Patienten vor, während und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme. Hierfür wurde der Fatigue-Fragebogen der WASOG (ILD Care Foundation) verwendet. Darüber hinaus beinhaltet die hier vorgelegte Analyse ausgewählte Daten von sozialmedizinischer Relevanz in Bezug auf die Berufs- und Arbeitsunfähigkeitssituation sowie Berentung der Patienten zum Zeitpunkt ihres Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik.

Ergebnisse

Das mittlere Alter betrug 57 Jahre, der mittlere BMI bei Aufnahme 30,5 kg/m² (bei Entlassung 30,3 kg/m²) und 53,4% der Patienten waren männlich.

Der Großteil der Patienten kam zur Anschlussrehabilitation (98,3%) mit der Hauptdiagnose Long-Covid/Post-Covid-Syndrom, lediglich zwei Patienten mit der entsprechenden Nebendiagnose.

Die unter den Patienten am häufigsten auftretenden Nebenerkrankungen waren mit 60,3% die Arterielle Hypertonie und mit 17,2% der Diabetes mellitus.

Im Rahmen der rehabilitativen Behandlung wurde bei 103 Patienten (88,8%) ein 6-Minuten-Gehtest durchgeführt. Die zurückgelegte Gehstrecke bei Aufnahme lag bei durchschnittlich 410m. Bei Entlassung hingegen bei 464m entsprechend einer Verbesserung von 54m (13,2%).

Weiterhin erhielten 109 (94,0%) der Patienten zu Beginn ihrer Rehabilitation einen FAS-Fragebogen (Fatigue-Assessment-Score der ILD Care Foundation). Bei 23,8% der Patienten lag der Score bei < 22 entsprechend einer geringen/fehlenden Fatigue-Symptomatik, bei 44,9% zwischen 22-34 entsprechend einer ausgeprägten Fatigue-Symptomatik und bei 30,3% bei > 35 entsprechend einer sehr ausgeprägten Fatigue-Symptomatik.

Von 116 Patienten erhielten 100 (86,2%) eine Spiroergometrie (CPET). Einer der Parameter von besonderem Interesse war dabei die maximale Sauerstoffaufnahme (peakV´O_2), die als globaler Parameter zur Bewertung der körperlichen Leistungsfähigkeit verwendet werden kann. Bei der Untersuchung wurden nur die Werte der Patienten berücksichtigt, die während der Spiroergometrie tatsächlich den Zustand der Ausbelastung erreicht haben und einen RER-Wert von mindestens 1,05 aufwiesen. Insgesamt konnten 53 Probanden (45,7%) identifiziert und in verschiedene Kategorien eingeteilt werden. 16,4% erreichten einen Wert von > 85% entsprechend des Normwertes nach Wasserman, die Mehrheit von 18,1% erreichte einen Wert zwischen 70-85%. 10,3% zeigten mäßige Einschränkungen und erlangten Werte zwischen 50-70 % und nur eine Person (0,9%) hatte schwere Einschränkungen, sodass sich ein Wert von < 50 % dokumentieren ließ.

83 Patienten (71,6%) waren zum Zeitpunkt der Rehabilitationsmaßnahme noch berufstätig. Davon wiederum waren 68 Personen (81,9%) bereits seit längerer Zeit arbeitsunfähig. Der durchschnittliche Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit bis zum Beginn der Rehabilitation lag bei durchschnittlich 4,5 Monaten. Lediglich eine Person (0,9%) war seit 2017 arbeitssuchend.

Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit konnte bei keinem der Patienten festgestellt werden.

Weitere 26,7% waren altersberentet und bei 12 Personen (10,3%) war ein Grad der Behinderung unterschiedlichen Ausmaßes bekannt (Abb. 1).

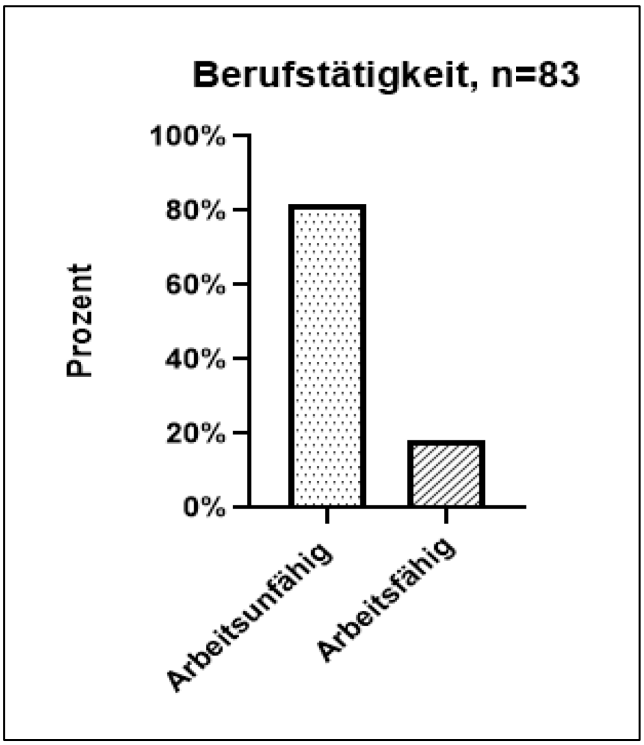


Abb. 1: Berufstätigkeit

Diskussion und Fazit

Diese retrospektive, monozentrische Kohortenstudie mit 116 Patienten aus der Paracelsus-Harzklinik zeigt die positiven Effekte einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bei Long-Covid-/Post-Covid-Syndrom hinsichtlich einer körperlichen Leistungssteigerung. Diese ergibt sich aus der Zunahme der Gehstrecke im Rahmen des 6-Minuten-Gehtests bei Entlassung. Weiterhin zeigte sich, dass ein substanzieller Anteil der Patienten arbeitsunfähig, jedoch nicht erwerbsunfähig oder erwerbsgemindert ist (Abb.2).

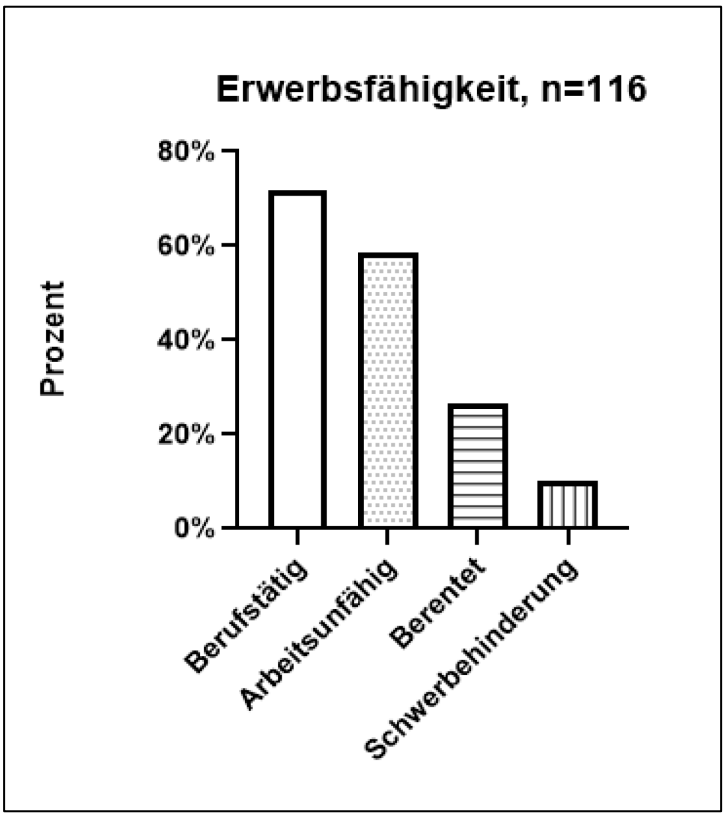


Abb. 2: Erwerbstätigkeit

Take-Home-Message

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme bietet Patienten mit Long-Covid-/Post-Covid-Syndrom die Möglichkeit einer heilungsunterstützenden Therapie, welche die körperliche Leistungsfähigkeit sowie die damit verbundene Lebensqualität verbessert.

Literatur

AWMF-Leitlinie: Rehabilitation nach einer COVID-19-Erkrankung. (o. J.). Abgerufen 25. Oktober 2022, von https://www.aerzteblatt.de/archiv/218662/AWMF-Leitlinie-Rehabilitation-nach-einer-COVID-19-Erkrankung.

Gloeckl, R., Leitl, D., Jarosch, I., Schneeberger, T., Nell, C., Stenzel, N., Vogelmeier, C. F., Kenn, K. & Koczulla, A. R. (2021). Benefits of pulmonary rehabilitation in COVID-19: a prospective observational cohort study. ERJ Open Research, 7(2), 00108–02021. https://doi.org/10.1183/23120541.00108-2021.

Spielmanns, M., Pekacka-Egli, A. M., Schoendorf, S., Windisch, W. & Hermann, M. (2021). Effects of a Comprehensive Pulmonary Rehabilitation in Severe Post-COVID-19 Patients. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(5), 1–14. https://doi.org/10.3390/IJERPH18052695.

Körperliche und psychische Gesundheit von Patient*innen mit berufsbedingter COVID-19-Erkrankung im Anschluss einer stationären Rehabilitation

Katrin Müller[1]; Katharina Zwingmann[1]; Iris Poppele[1]; Anna-Lena Schultz[2]; Alois Wastlhuber[2]; Michael Stegbauer[2]; Torsten Schlesinger[1]

[1] TU Chemnitz; [2] BG Klinik Bad Reichenhall

Hintergrund und Zielstellung

Eine SARS-CoV-2-Infektion kann mit langfristigen Einschränkungen der biopsychosozialen Gesundheit (z.B. PEM, Fatigue) und der Arbeitsfähigkeit assoziiert sein (Förster et al., 2022). In aktuellen Leitlinien zu SARS-CoV-2, COVID-19 und (früh-)Rehabilitation sowie zu Post-COVID/Long-COVID werden rehabilitativer Maßnahmen zur Symptomreduzierung empfohlen. Vor diesem Hintergrund überprüft die vorliegende Studie die Veränderung der körperlichen Belastbarkeit und psychischen Gesundheit im Anschluss einer stationären Rehabilitation von Patient*innen mit COVID-19 als Berufskrankheit (BK-Nr. 3101) oder Arbeitsunfall.

Das Projekt wird durch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV e.V.) finanziert (Projekt Nr. FF-FB 326).

Methoden

In der prospektiven Beobachtungsstudie mit 2 Messzeitpunkten wurden von 127 Patient*innen (Alter: M=50,4 Jahre, ♀: n=96) mit COVID-19 als Berufskrankheit oder Arbeitsunfall zu Beginn (T1) und zum Ende (T2) einer stationären Rehabilitation (Dauer: M=28,8 Tage) in der BG Klinik für Berufskrankheiten in Bad Reichenhall Daten erhoben (Müller et al., 2022). Die körperliche Belastbarkeit wurde erfasst mittels: 6-Minuten-Gehtest (6MGT), 1-Minute-Sit-To-Stand-Test (1-STST), Beinkrafttest (mittels aktivSYSTEM). Die psychische Gesundheit wurde mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) erfasst. Die Längsschnittanalysen erfolgten mittels Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test.

Ergebnisse

Die Mediane und Interquartilsabstände (IQR) der erhobenen Parameter zur T1 und T2 sind Tabelle 1 zu entnehmen. Zu T1 weisen 50,4% grenzwertige bis klinisch auffällige depressive Werte und 45,5% grenzwertige bis klinisch auffällige Angst-Werte auf. Sowohl die Depressivität ($Z = -4{,}563$, $p < 0{,}001$, $r = -0{,}40$) als auch die Angstsymptomatik ($Z = -4{,}444$, $p < 0{,}001$, $r = -0{,}40$) reduziert sich signifikant zu T2. Signifikante Veränderungen im Sinne einer Verbesserung zeigen sich im 6MGT ($Z = -8{,}987$, $p < 0{,}001$, $r = -0{,}82$), 1-STST ($Z = -5{,}010$, $p < 0{,}001$, $r = -0{,}43$) und in der Beinkraft ($Z = -6{,}902$, $p < 0{,}001$, $r = -0{,}61$).

Tab.1: Mediane und IQR der erhobenen Parameter zu den Messzeitpunkten T1 und T2
(6MGT = 6 Minuten-Gehtest, 1-STST = 1-Minute-Sit-To-Stand-Test)

	T1		T2	
	Median	IQR	Median	IQR
6MGT [in m]	520,0	447,0 – 570,0	576,0	521,5 – 637,3
1-STST [N]	20	16 – 24	22	17 – 26
Beinkraft [in kg]	95,4	69,4 - 131,8	109,7	88,3 - 146,1
Depressivität	7	4 - 11	6	3 - 10
Angst	7	4 - 11	5	3 - 10

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zur Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit und psychischen Gesundheit zum Rehabilitationsende sind vergleichbar mit bisherigen Erkenntnissen zur Post-COVID Rehabilitation (Bailly et al., 2022). Aktuell werden Follow-up Untersuchungen 6 und 12 Monate nach dem Rehabilitationsaufenthalt zur Prüfung der Stabilität und Veränderung der nachgewiesenen Verbesserungen umgesetzt, mit dem Ziel, profunde Erkenntnisse über den Nachsorgeverlauf zu gewinnen.

Take-Home-Message

Im Rehabilitationsverlauf zeigen sich positive Veränderungen der körperlichen Belastbarkeit und psychischen Gesundheit bei Post-COVID-Patient*innen.

Literatur

Bailly, M., Pélissier, L., Coudeyre, E., Evrard, B., Bingula, R., Rochette, C., Mériade, L., Blavignac, C., Fournier, A.C., Bignon, Y.J., Rannou, F., Duthei, F., Thivel, D., Duclos, M. (2022). Systematic Review of COVID-19-Related Physical Activity-Based Rehabilitations: Benefits to Be Confirmed by More Robust Methodological Approaches. International Journal of Environmental Research and Public Health. 19. 9025.

Förster, C., Colombo, M. G., Wetzel, A., Martus, P., Joos, S. (2022). Persisting symptoms after COVID-19—prevalence and risk factors in a population-based cohort. Deutsches Ärzteblatt International, 119/10. 167-174.

Müller,K., Zwingmann, K., Auerswald, T., Berger, I., Thomas, A., Schultz, A., Wilhelm, E., Weber, R., Kolb, F., Wastlhuber, A., Meder, S., Stegbauer, M. (2022). Rehabilitation and return-to-work of patients acquiring COVID-19 in the workplace: A study protocol for an observational cohort study, Frontiers in rehabilitation science. 2. 754468.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Medizinische Rehabilitation bei Long Covid - Ergebnisse im Zeitverlauf

Mercedes Rutsch[1]; Jördis Frommhold[2]; Heike Buhr-Schinner[3]; Thomas Gross[4]; Per Otto Schüller[5]

[1] Universität zu Lübeck; [2] MEDIAN Klinik Heiligendamm; [3] Ostseeklinik Schönberg Holm; [4] Reha-Zentrum Schömberg - Klinik Schwarzwald; [5] MEDIAN Klinik Flechtingen

Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitationseinrichtungen sehen sich seit zwei Jahren mit der Indikation Long-/Post-Covid konfrontiert. Die Betroffenen leiden unter langanhaltenden Symptomen und vielfältigen Einschränkungen (Lopez-Leon et al., 2021). Die Krankheitsfolgen können in der medizinischen Rehabilitation erfolgreich bewältigt werden (Bailly et al., 2022). Bisher fehlen jedoch Studien, die die Nachhaltigkeit der Reha-Erfolge dieser Indikation untersucht haben. Es stellt sich die Frage, wie sich der subjektive Gesundheitszustand und die Symptomausprägungen nach der medizinischen Rehabilitation entwickeln und welche Einschränkungen der Teilhabe und der Lebensqualität fortbestehen.

Methoden

Prospektive Beobachtungsstudie im Mixed-Methods-Design: Rehabilitand*innen nach einer Covid-19-Erkrankung wurden zu vier Messzeitpunkten befragt (vor und nach der Rehabilitation sowie nach sechs und zwölf Monaten). Der Fragebogen erfasst u.a. das Ausmaß der Corona-Symptome, Lebensqualität und Teilhabe, psychische Beeinträchtigungen, Fatigue sowie Leistungsfähigkeit (Rutsch et al., 2021). Berichtet werden die Ergebnisse von Patient*innen im Heilverfahren (i.d.R. Long-Covid-Patient*innen). Interviews mit Rehabilitand*innen zu verschiedenen Messzeitpunkten fokussierten die Bewertung der Rehabilitationsinhalte und die Nachsorge. Hieraus können Defizite und Präferenzen abgeleitet und Handlungsempfehlungen erarbeitet werden.

Ergebnisse

In die Studie konnten N=344 Patient*innen nach einer Corona-Erkrankung eingeschlossen werden. Zwölf Monate nach der Reha liegen aktuell die Daten von N=227 Patient*innen vor (Dropout 34,1%). Von diesen führten N=160 Patient*innen ein Heilverfahren durch. In der Stichprobe sind 68% weiblich, das Durchschnittsalter liegt bei 53 Jahren. 81% der Befragten sind voll oder teilweise berufstätig, davon sind 84% nach der Rehabilitation nach durchschnittlich 2,4 Wochen zur Arbeit zurückgekehrt. Zur 12-Monats-Katamnese waren 13% der Berufstätigen für im Mittel 48 Wochen krankgeschrieben und 13% der Befragten tragen sich mit dem Gedanken, einen Rentenantrag zu stellen. Zehn Personen haben bereits einen Rentenantrag gestellt. Die selbst eingeschätzte Arbeitsfähigkeit liegt zwölf Monate nach der Rehabilitation bei einem Wert von 6 auf einer Skala von 0 bis 10 (beste AF), vor der Rehabilitation lag dieser Wert bei 4. Die Post-Covid-Patient*innen wiesen zu Beginn der Rehabilitation sehr hohe Teilhabestörungen, eine deutlich reduzierte Lebensqualität sowie sichtbare Einschränkungen in allen erfassten Zielgrößen auf, die sich am Ende der Rehabilitation signifikant mit großem Effekt verbessern. Mit geringen Abschwächungen bleiben diese Effekte bis zur 12-Monatskatamnese mit mittleren bis großen Effekten stabil ($p < 0.01$; ES zwischen 0.46 (generalisierte Angststörung) und 0.79 (physische Lebensqualität)).

Sämtliche Corona-Symptome bleiben zur 12-Monats-Katamnese auf niedrigerem Niveau, insbesondere die Symptome der Leistungsminderung verbessern sich deutlich, aber auch die neurologisch-kognitiven Einschränkungen und anderweitige Beschwerden bleiben stabil unter dem Ausgangsniveau (ESLM=0.76, $p < 0.01$; ESKOG=0.16, $p=0.048$; ESand=0.22, $p < 0.01$). Der langfristige Reha-Erfolg wird von 38% der Befragten als sehr gut oder gut bewertet, ein Drittel ist damit zufrieden.

Weniger als zwei Drittel der Befragten haben im ersten Jahr nach dem Reha-Aufenthalt Nachsorge in Anspruch genommen. Am häufigsten nahmen die Befragten am Reha-Sport (45%) teil, gefolgt von Physiotherapie (35%) und psychologischer Betreuung (33%).

Diskussion und Fazit

Die Längsschnittdaten der Studie zeigen, dass die Long-Covid-Patient*innen sehr gut von der Rehabilitation profitieren und die am Ende der Reha erreichten Effekte auch weitgehend über den 12-Monatszeitraum aufrechterhalten können. Dies betrifft sowohl körperliche und kognitive Corona-Symptome als auch die physischen und psychischen Krankheitsfolgen. Durch die medizinische Rehabilitation erfahren die Betroffenen signifikante und nachhaltige Reduktionen in allen erfassten Zielgrößen. Dem Thema Reha-Nachsorge sollte ein höherer Stellenwert zukommen.

Die Rehabilitand*innen der vorliegenden Studie bewerten die Therapien während der Rehabilitation unterschiedlich und bennenen klare Präferenzen. Daraus lassen sich Handlungsempfehlungen für passgenaue Reha-Konzepte für unterschiedlich ausgeprägte Teilhabeeinschränkungen und psychische Belastungen, einschließlich geeigneter Nachsorgestrategien, ableiten.

Take-Home-Message

Da es den Long-Covid-Betroffenen nach der pneumologischen Rehabilitation nicht gelingt, die Erfolge über zwölf Monate zu stabilisieren, bedarf es einer stärkeren Fokussierung auf eine langfristige Begleitung der Rehabilitand*innen im Sinne von Reha-Nachsorge.

Literatur

Bailly, M., Pélissier, L., Coudeyre, E., Evrard, B., Bingula, R., Rochette, C., Mériade, L., Blavignac, C., Fournier, A. C., Bignon, Y. J., Rannou, F., Dutheil, F., Thivel, D., Duclos, M. (2022). Systematic Review of COVID-19-Related Physical Activity-Based Rehabilitations: Benefits to Be Confirmed by More Robust Methodological Approaches. Int J Environ Res Public Health. 19(15):9025.

Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A., Villapol, S. (2021). More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep, 11(1).

Rutsch, M., Frommhold, J., Buhr-Schinner, H., Djeiranachvili, L., Gross, T., Schüller, P.,O., Katalinic, A., Deck, R. (2021). Study protocol medical rehabilitation after COVID-19 disease: an observational study with a comparison group with obstructive airway disease / Re_Co. BMC Health Serv. Res., 21(1), 373.

Förderung: Deutschen Rentenversicherung Bund

Pneumo-kardiologische Rehabilitation nach COVID-19 – Charakterisierung von Rehabilitand*innen und ihren Problemlagen

Jana Stucke[1]; Isabel Meier[2]; Stefanie Gillitzer[1]; Fadeke Berida[1]; Thorsten Meyer[3]

[1] Universität Bielefeld; [2] MZG Westfalen Bad Lippspringe, Klinik Martinusquelle;
[3] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Sowohl nach leichten als auch nach schweren COVID-19-Erkrankungen zeigen Betroffene sehr heterogene, rehabilitationsrelevante Langzeitfolgen. Persistierende Symptome, wie Fatigue, eingeschränkte physische und kognitive Leistungsfähigkeit, Dyspnoe und Schmerzen, führen zu Einschränkungen der Alltagsaktivitäten und Teilhabe. Diese sind bisher durch wenige, überwiegend kurzzeitig angelegte Studien analysiert. Unklar ist, welche Faktoren sich in welcher Weise auf den Genesungsverlauf auswirken, auf welche Versorgungsbedarfe die medizinische Rehabilitation reagiert und wie es Rehabilitand*innen langfristig nach ihrem Rehabilitationsaufenthalt geht. Ziel dieses Beitrags ist es, Rehabilitand*innen, die wegen COVID-19 an einer medizinischen Rehabilitation teilnehmen, anhand eines multidimensionalen Assessments zu charakterisieren und systematisch Ansatzpunkte für spezifischen Rehabilitationsbedarfe zu gewinnen.

Methoden

Teil der Mixed-Methods-Studie Eva-CoReha (gefördert von der DRV Westfalen) ist eine klinische Kohortenstudie. Hier wurden u.a. Rehabilitand*innen, die nach einer COVID-19-Erkrankung eine pneumologisch-kardiologische Rehabilitation in Anspruch nehmen, über einen Zeitraum von 6 Monaten konsekutiv rekrutiert und mit standardisiertem Fragebogen zu ihrem Gesundheitszustand und ihrer Funktionsfähigkeit befragt. Erfasst wurden u.a. Atemnot (mMRC Dyspnoe-Skala), gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D), Fatigue (FACIT) und Arbeitsfähigkeit (SPE). Im weiteren Verlauf werden die Teilnehmenden zu vier weiteren Zeitpunkten (Entlassung, 3, 6 und 12 Monate nach Entlassung) befragt. Zur Einordnung der zu Rehabilitationsbeginn erhobenen Ergebnisse erfolgte – wenn möglich – ein Vergleich mit Bevölkerungsdaten [BV] sowie zur PHOSP-COVID-Studie aus England [PC] (Evans et al. 2021), die Patient*innen nach einem Krankenhausaufenthalt wegen COVID-19 befragt hat und an der sich die Auswahl der Outcomes von Eva-CoReha orientierte.

Ergebnisse

Zwischen April und September 2022 wurden 229 Rehabilitand*innen wegen Zustand nach COVID-19 in die stationäre Rehabilitationseinrichtung aufgenommen. Von ihnen füllten 156 (68,1%) Personen den Fragebogen zu Beginn der Rehabilitation aus. Eine pneumologische Indikation besteht bei 91%, eine kardiologische bei 9%. Das Durchschnittsalter liegt bei 51,3 Jahren (SD=12,3, Range=19-87) [PC: M=55, SD=13]. 48,1% der Teilnehmenden sind weiblich [PC: 36%], 69,9% sind erwerbstätig [PC: 67,5%] und 10,3% berentet. 62,8% waren zum Zeitpunkt der Erkrankung geimpft. Der durchschnittliche mMRC Dyspnoe Wert liegt bei 1,03 (SD=0,89, KI=[0,89; 1,16]). Im Vergleich zu COPD Rehabilitand*innen ist die Atemnot damit deutlich geringer [M=2,6, SD=1,15] (Leupoldt et al., 2017). Der mittlere FACIT-Score beträgt 24,4 (SD=11,2, KI=[22,6; 26,2]) [BV: M=43, SD=8,3, PC: M=15,9, SD=12,9]. Knapp

die Hälfte (49,7%) der Befragten hat laut der SPE-Skala (SPE>=2) eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, in den nächsten Jahren einen Rentenantrag zu stellen (Mittag et al., 2006). Der EQ-5D-3L zeigt, dass viele Teilnehmende „einige Probleme“ in den Dimensionen Alltägliche Tätigkeiten (70,7%) [BV:11,5%], Mobilität (51,3%) [BV: 14,5%] und Angst (58%) [BV: 15,7%] haben. In der Dimension Selbstversorgung geben 92,7% [BV: 96,5%] an, keine Probleme zu haben. 65,3% geben an, mäßige, 13,3% extreme Schmerzen oder Beschwerden zu haben [BV: 31,8%, 1,7%] (Hinz et al., 2006).

Diskussion und Fazit

Die vorliegenden Daten aus der pneumo-kardiologischen Klinik zeigen, dass die Rehabilitand*innen zu Rehabilitationsbeginn deutliche Einschränkungen in den alltagsrelevanten Funktionen haben. Die Kohorte ähnelt den wegen COVID-19 hospitalisierten Patient*innen aus England. Vorhandene Unterschiede könnten auf die Schwere der akuten COVID-19-Erkrankung zurückzuführen sein, was es im weiteren Studienverlauf zu untersuchen gilt. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weist die Kohorte einen substanziell schlechteren körperlichen und psychischen Gesundheitszustand auf und hat mehr Probleme bei Alltagsaktivitäten. Die charakterisierte Kohorte entspricht den theoretischen Vorannahmen: Die verwendeten Fragebögen wurden anhand von in der Literatur berichteten Symptomen nach COVID-19-Erkrankungen ausgewählt. Die Ergebnisse zeigen, dass ein Großteil der Teilnehmenden auf verschiedenen Ebenen substanziell auffällige Werte haben, die auf eine Rehabilitationsbedürftigkeit verweisen. Die systematische Charakterisierung von Rehabilitand*innen und ihren Problemlagen ist essenziell, um die Rehabilitation auf die komplexen Bedarfe und Bedürfnisse nach COVID-19 ausrichten zu können.

Take-Home-Message

Rehabilitand*innen zeichnen sich durch multiple Symptomkombinationen aus. Es gilt zu überprüfen, inwieweit und mit welchem Erfolg die Rehabilitation diese Probleme adressiert.

Literatur

Evans et al. (2021) Physical, cognitive, and mental health impacts of COVID-19 after hospitalisation (PHOSP-COVID): a UK multicentre, prospective cohort study. Lancet Respir Med 9: 1275–1287.

Hinz, A., Klaiberg, A., Brähler, E., & König, H. H. (2006). The Quality of Life Questionnaire EQ-5D: modelling and norm values for the general population. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 56(2), 42-48.

Leupoldt, A. von, Reijnders, T., Schuler, M., Wittmann, M., Jelusic, D. & Schultz, K. (2017). Validity of a Self-administered Questionnaire Version of the Transition Dyspnea Index in Patients with COPD. COPD, 14(1), 66–71.

Montan, I., Löwe, B., Cella, D., Mehnert, A., & Hinz, A. (2018). General population norms for the functional assessment of chronic illness therapy (FACIT)-fatigue scale. Value in Health, 21(11), 1313-1321.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Behandlungsbedürftige Kinder in stationären Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen: Analyse therapeutischer Maßnahmen anhand von Daten der Klassifikation Therapeutischer Leistungen

Claudia Kirsch; Monique Förster; Dorothee Noeres

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Stationäre Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge- und Reha-Maßnahmen nach §§ 24 und 41 SGB V dienen primär dem Erhalt und der Wiederherstellung der Gesundheit von Müttern und Vätern. Die Mitnahme des Kindes kann dann erfolgen, wenn die Mutter-/Vater-Kind-Beziehung gestärkt werden soll, eine maßnahmebedingte Trennung des Kindes von der Mutter/dem Vater unzumutbar erscheint oder zu psychischen Störungen des Kindes führen kann oder wenn das Kind eine eigene Behandlungsbedürftigkeit aufweist (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2012).

Mit Daten aus der Studie „Ressourcenaktivierung und Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch stationäre Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen“ (RessQu) soll erstmalig berichtet werden, welche Therapien behandlungsbedürftige Kinder in stationären Mutter- /Vater-Kind-Vorsorgemaßnahmen in welchem zeitlichen Umfang erhalten. Zudem wird im Hinblick auf die erhaltenen Therapien ein Vergleich von Kindern mit den Schwerpunktindikationen Atemwegserkrankungen und Psychische Störungen/ Verhaltensauffälligkeiten als häufigste Indikationen vorgenommen.

Methoden

Die Anzahl und Dauer der durchgeführten Anwendungen wurden anhand einer KTL-Liste mit 55 Angebotsgruppen (Otto et al., 2019) im Rahmen der RessQu-Studie von März bis Dezember 2018 in fünf Kliniken erhoben. Für die Dauer einer kompletten Maßnahme (21 Tage) werden die Mittelwerte der Anzahl der Anwendungen sowie der Therapiedauer in Stunden pro KTL-Gruppe deskriptiv dargestellt.

Zu Beginn der Maßnahme konnten die Ärzt*innen der Einrichtungen maximal zwei Schwerpunktindikationen (SPI) auswählen, die laut Attest der einweisenden Ärzt*in behandelt werden sollten und nach Überprüfung durch den/die behandelnde/n Ärzt*in der Klinik vorlagen. Für die Analyse wurden Therapiedaten von Kindern einbezogen, bei denen:

1. ausschließlich eine Atemwegserkrankung oder zusätzlich eine weitere Indikation mit Ausnahme der SPI Psychische Störungen/ Verhaltensauffälligkeiten vorlag,
2. ausschließlich die SPI Psychische Störungen/ Verhaltensauffälligkeiten oder zusätzlich eine weitere Indikation mit Ausnahme der SPI Atemwegserkrankungen vorlag.

Für diese beiden Schwerpunktindikationen wurden mittels t-Test für unabhängige Stichproben Mittelwertvergleiche der erhaltenen Therapien durchgeführt.

Ergebnisse

Von 172 behandlungsbedürftigen Kindern (M=8,9 Jahre, SD=3,5; 51,2 % männlich) wurden die therapeutischen Anwendungen anhand der KTL-Liste erhoben.

Die Kinder erhielten im Mittel Leistungen aus 4,4 (SD=2,2) von 55 Angebotsgruppen aus der KTL-Liste. Die Therapiedichte lag im Mittel bei 16,6 Anwendungen (SD=8,8). Die meisten Anwendungen erhielten die Patientenkinder aus der KTL-Gruppe Rekreationstherapie, gefolgt von Anwendungen aus der KTL-Gruppe Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie. Die Therapiedauer betrug über alle dokumentierten Anwendungen im Mittel 15,0 Therapiestunden (SD=9,9). Die meisten Therapiestunden fielen bei der Rekreationstherapie sowie der Klinischen Sozialarbeit, Sozialtherapie an (Tab. 1).

Tab. 1 Anzahl der Anwendungen und Therapiedauer je KTL-Gruppe (N=172)

KTL-Gruppe	**Anteil***	**Anzahl an Anwendungen pro Maßnahme M** (SD)**	**Therapiedauer in Stunden pro Maßnahme M** (SD)**
Rekreationstherapie	80,8 %	9,1 (8,81)	11,4 (8,69)
Physiotherapie	61,0 %	3,5 (1,39)	1,8 (0,73)
Sport- und Bewegungstherapie	54,7 %	4,1 (2,36)	3,1 (1,68)
Information, Motivation, Schulung	44,8 %	3,0 (1,81)	1,4 (2,08)
Klinische Psychologie, Neuropsychologie	24,4 %	3,7 (1,04)	3,6 (1,23)
Physikalische Therapie	20,3 %	5,2 (3,15)	1,1 (0,62)
Reha-Pflege und Pädagogik	17,4 %	3,4 (2,93)	2,6 (2,45)
Ernährungsmedizinische Leistungen	12,2 %	2,7 (1,35)	3,2 (1,21)
Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie	5,8 %	4,5 (1,00)	4,2 (1,19)
Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	2,9 %	6,8 (3,83)	7,0 (3,67)

* Anteil der Patientenkinder, die mindestens eine Leistung aus der KTL-Gruppe erhalten haben
** M = Mittelwert, die Mittelwerte der Therapiedauer und Anzahl der Anwendungen beziehen sich nur auf diejenigen Patientenkinder, die mindestens eine Leistung aus der jeweiligen KTL-Gruppe erhalten haben
SD = Standardabweichung

Von den 172 behandlungsbedürftigen Kindern hatten 76 die SPI Atemwegserkrankungen und 53 die SPI Psychische Störungen/ Verhaltensauffälligkeiten. Kinder mit der SPI

Atemwegserkrankungen erhielten während der gesamten Maßnahme im Mittel insgesamt 18,3 Anwendungen (SD=6,6) mit einer Therapiedauer von 17,4 Stunden (SD=9,5). Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zu Kindern mit der SPI Psychische Störungen/ Verhaltensauffälligkeiten, welche im Mittel 15,3 Anwendungen (SD=10,8) mit einer Dauer von 14,4 Stunden (SD=11,1) erhielten. Auf der Ebene der einzelnen KTL- Gruppen zeigten sich hingegen vereinzelt signifikante Unterschiede. So erhielten Kinder mit der SPI Atemwegserkrankungen häufiger Rekreationstherapie (M=10,8 Anwendungen, SD=4,4) als Kinder mit der SPI Psychische Störungen/ Verhaltensauffälligkeiten (M=8,0 Anwendungen, SD=6,8). Sie hatten ebenfalls eine höhere Therapiedauer in den KTL- Gruppen Information, Motivation, Schulung und Klinische Psychologie.

Umgekehrt verhielt es sich bei der KTL-Gruppe Reha-Pflege und Pädagogik. Hier erhielten Kinder mit der SPI Psychische Störungen/ Verhaltensauffälligkeiten signifikant mehr Therapiestunden (M=4,9 Stunden, SD=1,5) als Kinder mit der SPI Atemwegserkrankungen (M=1,6 Stunden, SD=2,1).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder z.B. nicht nur aufgrund fehlender heimischer Betreuungsmöglichkeiten ihre Eltern begleiten, sondern behandlungsbedürftige Schwerpunktindikationen aufweisen können, für die durchaus zielgerichtete Therapien zur Anwendung kommen. Weiterführende Analysen, welche therapeutischen Maßnahmen maßgeblich zur Verbesserung der Beschwerden beitragen, wären von besonderem Interesse. Dafür bedarf es jedoch einer größeren Stichprobe.

Take-Home-Message

Angesichts der gesundheitsbezogenen Bedarfe und therapeutischen Möglichkeiten, die durch multiprofessionelle Teams in den Kliniken gegeben sind, sollten Kinder, die sich mit der Mutter bzw. dem Vater in eine stationäre Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme begeben, nicht nur als Begleit- sondern als behandlungsbedürftige Personen betrachtet werden.

Literatur

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2012). Umsetzungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des MDS im Zusammenhang mit Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter nach §§ 24, 41 SGB V.

Otto, F., de Wall, S., Kirsch, C. & Barre, F. (2019). Anwendung der Delphi-Methode zur Entwicklung von indikationsspezifischen Behandlungskonzepten nach KTL. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Rehabilitation – Shaping healthcare for the future, Bd. 117. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 35–37.

Förderung: Mutter-/Vater-Kind-Kliniken des Forschungsverbunds Familiengesundheit

Benefit Finding and Growth bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen – Überprüfung eines Erklärungsmodells

Roman von Rezori; Petra Warschburger

Universität Potsdam

Hintergrund und Zielstellung

Chronische Erkrankungen sind mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychosoziale Belastungen während der Kindheit und Jugend verbunden (Pinquart & Shen, 2011a, 2011b) und können infolgedessen auch zu einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen im Erwachsenalter führen (Secinti et al., 2017). Meta-analytische Ergebnisse zeigen, dass Menschen, die positive Lebensveränderungen - wie persönliche Reifung, engere Beziehungen zu Familie und Freunden oder neue Prioritäten und Ziele im Leben - aus kritischen Lebensumständen ableiten (= „Benefit Finding and Growth"; BFG), weniger emotionalen Stress und mehr psychisches Wohlbefinden erleben (Helgeson et al., 2006). Trotz des wachsenden Forschungsinteresses gibt es noch keine belastbare empirische Basis für ein theoretisches Modell, das individuelle Unterschiede im BFG erklären kann. Das Jugendalter kann aufgrund hoher Entwicklungsanforderungen als eine besonders sensible Phase für psychosoziale Anpassungsprozesse betrachtet werden. Das Ziel der vorliegenden Studie war es, zu untersuchen wie gut BFG bei Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes (T1D), juveniler idiopathischer Arthritis (JIA) und cystischer Fibrose (CF) durch ein theoretisch und empirisch fundiertes Modell erklärt werden kann (siehe Abbildung 1).

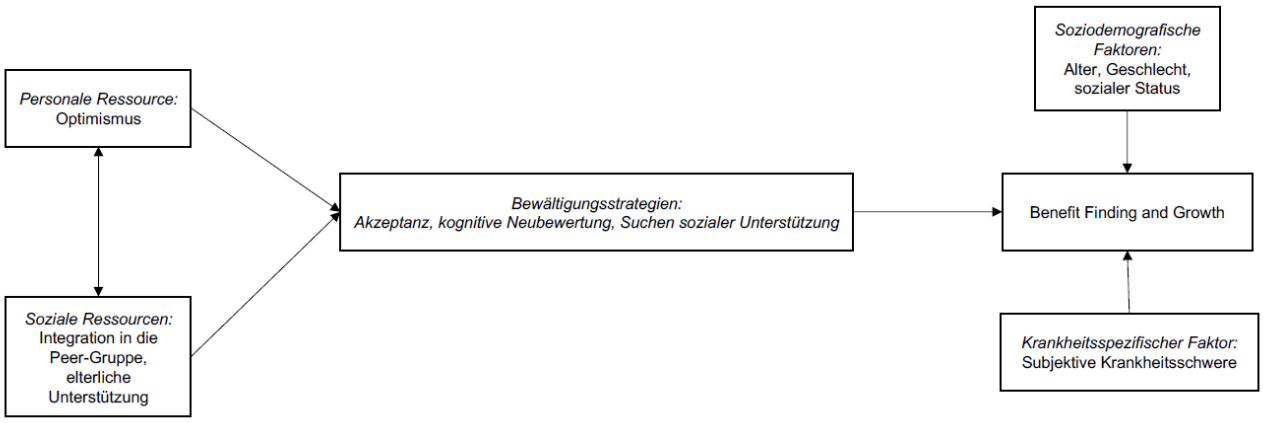


Abb. 1: Studie war es, zu untersuchen wie gut BFG bei Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes (T1D), juveniler idiopathischer Arthritis (JIA) und cystischer Fibrose (CF) durch ein theoretisch und empirisch fundiertes Modell erklärt werden kann

Methoden

Es wurden querschnittliche Daten aus einer prospektiven Onlinebefragung von N = 498 Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 21 Jahren (M = 15.43, SD = 2.07; 58.2% weiblich; 0.2% divers) genutzt, die im Rahmen der Routineversorgung, deutschlandweit über an Patientenregistern teilnehmenden klinischen Zentren, rekrutiert wurden (Trial Registrierung: DRKS00025125; Studienprotokoll: Warschburger et al., 2022). Das Erklärungsmodell wurde mithilfe eines Strukturgleichungsmodells geschätzt (ML-Schätzer; Bootstrapping mit 10.000 Iterationen), um latente Zusammenhänge sowie Messfehler abbilden zu können.

Ergebnisse

Deskriptiv zeigte sich kein signifikanter Unterschied im BFG zwischen den Diagnosegruppen (T1D: n = 388; JIA: n = 82; CF: n = 28). Das finale Modell zeigte einen akzeptablen Fit zu den Daten (CFI = 0.92; RMSEA = 0.05; SRMR = 0.06) und erklärte insgesamt 32% Varianz des wahrgenommenen BFG. Unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, sozialem Status und Krankheitsschwere, erklärten Optimismus und soziale Ressourcen das Akzeptieren der chronischen Erkrankung (40% aufgeklärte Varianz), die Neubewertung als Strategie zur Emotionsregulation (29% aufgeklärte Varianz), sowie das Suchen sozialer Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung (44% aufgeklärte Varianz).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Wahrnehmung positiver Lebensveränderungen bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen von der Ausprägung des persönlichen Optimismus und der wahrgenommenen Qualität sozialer Ressourcen, indirekt über spezifische Bewältigungsstrategien, erklärt werden kann. Um Aussagen über die prädiktive Validität des Modells machen zu können, werden längsschnittliche Studien benötigt.

Take-Home-Message

Akzeptanz und kognitive Neubewertung von Stressoren, als auch das Suchen nach sozialer Unterstützung im Kontext chronischer Erkrankungen, spielen eine entscheidende Rolle bei der Erklärung individueller Unterschiede in der Wahrnehmung positiver Lebensveränderungen.

Literatur

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(5), 797–816. https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797.

Pinquart, M., & Shen, Y. (2011a). Depressive Symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: an updated meta-analysis. Journal of Pediatric Psychology, 36(4), 375–384. https://doi.org/10.1093/JPEPSY/JSQ104.

Pinquart, M., & Shen, Y. (2011b). Behavior problems in children and adolescents with chronic physical illness: a meta-analysis. Journal of Pediatric Psychology, 36(9), 1003–1016. https://doi.org/10.1093/JPEPSY/JSR042.

Secinti, E., Thompson, E. J., Richards, M., & Gaysina, D. (2017). Research review: childhood chronic physical illness and adult emotional health – a systematic review and meta-analysis. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58(7), 753–769. https://doi.org/10.1111/JCPP.12727.

Warschburger, P., Petersen, A.-C., von Rezori, R. E., Buchallik, F., Baumeister, H., Holl, R. W., Minden, K., Müller-Stierlin, A. S., Reinauer, C., & Staab, D. (2021). A prospective investigation of developmental trajectories of psychosocial adjustment in adolescents facing a chronic condition - study protocol of an observational, multi-center study. BMC Pediatrics, 21(1), 404. https://doi.org/10.1186/s12887-021-02869-9.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Individualisiertes Familien-Coaching zur Förderung der Verhaltensmodifikation von begleiteten Kindern und Jugendlichen mit Adipositas: Formative Evaluation

Evita Ausner[1]; Christian Falkenberg[2]; Ines Gellhaus[3]; Petra Hampel[1]

[1] Europa-Universität Flensburg; [2] Fachklinik Satteldüne, Amrum;
[3] Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche der Deutschen Rentenversicherung Nord

Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitationserfolge in der stationären Kinder- und Jugendlichenrehabilitation konnten lediglich bei höchstens 50% der Patient*innen aufrechterhalten werden (Holl et al., 2011). Um die Nachhaltigkeit der stationären Rehabilitation bei Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren mit Adipositas zu verbessern, wurde in dem Projekt „Motivationsfördernde Rehabilitation durch Modularisierung“ (MoReMo) bereits der Einfluss der Motivationslage auf die Gesundheitsverhaltensänderung berücksichtigt. Hierbei wurde zur Messung der Motivationsstadien ein Gesprächsleitfaden zur Ermittlung des Motivationsstadiums (GLF-MOS) entwickelt. Zudem wurde die Adipositasschulung modularisiert sowie für die Motivationsstadien „Intender“ und „Actor“ konzipiert und formativ evaluiert. Analysen von MoReMo-Daten zur Optimierung der Rückfallprophylaxe bei Jugendlichen mit Adipositas in der stationären Rehabilitation (Wilkens, 2017) und zur Verbesserung der beiden motivationsstadienbasierten, modularisierten Adipositasschulungskonzepte (Hagedorn, 2019) legten nahe, dass durch eine individuellere Begleitung in der Rehabilitation dort erlernte Verhaltensweisen noch besser in den Alltag zu Hause transferiert werden können.

Um die Nachhaltigkeit der Erfolgsquote bei jüngeren, begleiteten Patient*innen zu erhöhen, wird dementsprechend mit dem Projekt „Entwicklung eines Coaching-Leitfadens für die stationäre Rehabilitation für begleitete Kinder und Jugendliche mit Adipositas: individualisiertes Familien-Coaching zur Förderung der Verhaltensmodifikation“ (ReCoVer) eine individuelle Begleitung der Patient*innen zusammen mit einer Begleitperson bei der Verhaltensänderung in der Rehabilitation sowie eine Planung der Fortführung zu Hause erprobt und formativ evaluiert. So wurde zunächst ein Ansatz erprobt, bei der die Umsetzung der in der Gruppenschulung erlernten Grundsätze im Klinikalltag durch ein Familien-Coaching begleitet wird. Die Gespräche werden mit Methoden des motivatonal interviewing (MI; Miller, Rollnick, 2015) und unter Berücksichtigung des jeweiligen Motivationsstadiums geführt. Damit soll die intrinsische Motivation zur Verhaltensmodifikation innerhalb der Familie gestärkt und ein autoritativer Erziehungsstil der Begleitpersonen gefördert werden.

Methoden

Zur Entwicklung des Coaching-Leitfadens wurden im Rehabilitationsverlauf bei N=12 Familien je 3 Familien-Coachings vorgenommen (Alter: 10-14 Jahre; Alter der Begleitpersonen: 33-58 Jahre). Das Motivationsstadium der Patient*innen wurde durch den GLF-MOS in Einzelinterviews zum Zeitpunkt vor der Rehabilitation (t0) ermittelt. Des Weiteren wurden zum Zeitpunkt nach der Rehabilitation (t1) zwei Fokusgruppeninterviews mit Begleitpersonen durchgeführt. Zur Datenauswertung wurde die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) herangezogen.

Ergebnisse

Keine Familie hat auf Coaching-Termine verzichtet oder die Teilnahme abgebrochen. Die Befragten hätten lieber mehr individuelle Termine gehabt als eine allgemeine Schulung. Von den Begleitpersonen wurde das Familien-Coaching und die verwendeten Methoden als hilfreich und bereichernd empfunden, da es um die Bearbeitung ihrer individuellen Rehabilitationsziele ging und gemeinsam Lösungsansätze erarbeitet wurden. Die Begleitpersonen beschrieben eine höhere Handlungsfähigkeit und empfanden sich als konsequenter und weniger hilflos. Sie schätzten an dem Coaching, dass die Patient*innen ebenfalls zielgerichtet arbeiteten und ihr Verhalten selbst reflektierten. Auch die gemeinsame Zeit und schöne Gespräche mit dem Kind wurden als wertvoll beurteilt. Vor allem das Thema Rückfallprophylaxe empfanden die Begleitpersonen als sehr hilfreich, da das erfolgreich geänderte Ernährungs- und Bewegungsverhalten als nicht fortführbar im Alltag eingeschätzt wurde. Ein Aspekt für die Teilnahme war seitens der Begleitpersonen ein telefonisches Gespräch nach 6 Wochen (t2) mit der Beraterin.

Diskussion und Fazit

Das Familien-Coaching gefiel den Begleitpersonen und es war gut im Klinikalltag durchführbar. Die qualitativen Ergebnisse deuten auf eine höhere Selbstwirksamkeit der Begleitpersonen hin. Der GLF-MOS war auch bei den unter 12-jährigen Patient*innen anwendbar.

Insgesamt schienen 3 Termine á 60 Minuten aus der Sicht der Beraterin ausreichend; für 10-jährige Kinder ist eine Verkürzung auf 45 Minuten zu überlegen. In Phase 2 wird zukünftig das Familien-Coaching optimiert und an einer größeren Stichprobe mit umfangreicheren qualitativen und quantitativen Messmethoden formativ evaluiert.

Take-Home-Message

Erste Ergebnisse sprechen für die Akzeptanz und Durchführbarkeit des Familien-Coachings.

Literatur

Hagedorn, N. (2019): Motivationsfördernde Rehabilitation durch Modularisierung (MoReMo). Entwicklungs- und Machbarkeitsanalyse von motivationsstadienbasierten und modularisierten Adipositasschulungskonzepten für Jugendliche der Phase 2 des Forschungsprojekts MoReMo. Dissertation, Europa-Universität Flensburg.

Holl, R., Kiess, W., Wiegand, S., de Zwaan, M., deSzousa, M., Wiedhalm, K., Reinehr, T. (2011): BMI über zwei Jahre bei 272 Kindern/ Jugendlichen der APV-Datenbank: Prädiktoren für Weight-Maintenance (KKN Adipositas-LARGE). Obesitiy Facts,4(Spl.2)8-9

Mayring, P. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (13., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Miller, R., Rollnick, S. (2015): Motivierende Gesprächsführung (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Wilkens, C. (2017): Qualitative Analyse des Barrierenmanagements zur Optimierung der Rückfallprophylaxe bei Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas in einer stationären Rehabilitation unter Berücksichtigung unterschiedlicher Motivationsstadien. Unveröffentlichte Masterarbeit, Europa-Universität Flensburg.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – Eine Querschnittbefragung von Versicherten in Berlin und Hamburg

Hannes Banaschak[1]; Flaminia Bartolini[2]; Ramazan Salman[2]; Matthias Bethge[1]

[1] Universität zu Lübeck; [2] Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.

Hintergrund und Zielstellung

Im Jahr 2020 hatten etwa 39 % der unter 18-Jährigen in Deutschland einen Migrationshintergrund (MH). In Großstädten wie Berlin (48,1 %) und Hamburg (46,3 %) war der Anteil noch höher (Statistisches Bundesamt, 2022). Kinder mit MH sind insgesamt ähnlich häufig von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen wie Gleichaltrige ohne MH (Santos-Hövener et al., 2019). Im Falle einer chronischen Erkrankung besteht die Möglichkeit, eine medizinische Rehabilitation über die gesetzliche Krankenversicherung oder die gesetzliche Rentenversicherung zu erhalten. Die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (KJR) durch Kinder mit MH ist bisher jedoch kaum untersucht. Daten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) belegen lediglich eine Unterinanspruchnahme durch Kinder ausländischer Staatsangehörigkeit. So waren unter den Rehabilitand:innen der KJR im Jahr 2019 lediglich 0,1 % Ausländer:innen, während ihr Gesamtanteil an der Bevölkerung in der Altersgruppe bei 10 % lag (Deutsche Rentenversicherung, 2019). Bei Erwachsenen deuten Studien auf eine Unterinanspruchnahme durch Personen mit Migrationshintergrund hin (Fauser et al., 2022). Der vorliegende Beitrag adressiert diese Forschungslücke und berichtet auf Grundlage einer Querschnittbefragung die relative Häufigkeit von Kindern mit MH unter den Rehabilitand:innen aus Berlin und Hamburg.

Methoden

Im Rahmen des MiMi-Reha-Kids-Projekts erfolgte im 4. Quartal 2020 eine Querschnittbefragung aller Versicherten aus Berlin und Hamburg mit einem Kind im Alter bis 17 Jahre, das im Vorjahr eine Rehabilitation durch die DRV erhalten hatte. Die Identifikation der Versicherten erfolgte über die Versichertenkonten der DRV Berlin-Brandenburg, DRV Bund und DRV Nord. Fragebogendaten wurden mit Daten aus dem Versichertenkonto verknüpft. Erhoben wurden Angaben zum Migrationsstatus, zur Soziodemografie und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Der MH wurde unter Berücksichtigung des Geburtslandes des Kindes und seiner Eltern sowie der Staatsangehörigkeit der Eltern gebildet und trennt zwischen Personen ohne MH, mit einseitigem MH oder mit beidseitigem MH (Koschollek et al., 2019). Ein einseitiger MH wurde angenommen, wenn ein Elternteil nicht in Deutschland geboren oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit ist. Ein beidseitiger MH wurde angenommen, wenn das Kind selbst und mindestens ein Elternteil in einem anderen Land geboren sind sowie wenn beide Elternteile in einem anderen Land geboren oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 1061 Versicherte in Berlin und Hamburg postalisch angeschrieben. 273 Versicherte nahmen an der Befragung teil und willigten in die Nutzung administrativer Daten ein (Rücklaufquote: 25,7 %). Die Kinder der Versicherten waren zum Zeitpunkt ihrer

Rehabilitation im Durchschnitt 9,9 Jahre (SD = 4,5) alt. 66,3 % lebten in Berlin und 33,7 % in Hamburg. 56,0 % waren Jungen und 44,0 % Mädchen. In 25,3 % der Fälle erfolgte die Rehabilitation aufgrund von psychischen Erkrankungen, gefolgt von Atemwegserkrankungen (24,5 %) und Stoffwechselerkrankungen (18,7 %). Lediglich 0,4 % der Kinder waren nicht-deutscher Staatsangehörigkeit. Insgesamt 27,8 % der Kinder hatten einen Migrationshintergrund. Bei 13,6 % lag ein einseitiger und bei 14,3 % ein beidseitiger Migrationshintergrund vor.

Diskussion und Fazit

Auch wenn es sich nicht um eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe handelte, ermöglichen die berichteten Ergebnisse erste Einschätzungen zur Inanspruchnahme der KJR durch Kinder und Jugendliche mit MH. Unter den Rehabilitand:innen aus Berlin oder Hamburg hatten knapp 28 % einen MH. Im Vergleich dazu ist der Anteil an Minderjährigen mit MH in den beiden Stadtstaaten deutlich höher (Statistisches Bundesamt, 2022). Unter Berücksichtigung, dass Kinder und Jugendliche mit MH ähnlich häufig von chronischen Erkrankungen betroffen sind, deuten diese Zahlen auf eine Unterinanspruchnahme hin.

Take-Home-Message

Kinder und Jugendliche mit MH sind in der KJR unterrepräsentiert. Dies deutet auf Inanspruchnahmebarrieren in dieser Bevölkerungsgruppe hin.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2019): Reha-Bericht 2019. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Fauser, D., Banaschak, H., Zimmer, J.-M., Golla, A., Schmitt, N., Mau, W., & Bethge, M. (2022). Rehabilitation utilization of non-migrant and migrant persons with back pain: A cohort study using different definitions of migrant background. EClinicalMedicine, 46. 101351.

Koschollek, C., Bartig, S., Rommel, A., Santos-Hövener, C., & Lampert, T. (2019): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring, 4. 7-29.

Santos-Hövener, C., Kuntz, B., Frank, L., Koschollek, C., Ellert, U., Hölling, H., Thamm, R., Schienkiewitz, A., & Lampert, T. (2019): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 62. 1253–1262.

Statistisches Bundesamt (2022): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund—Ergebnisse des Mikrozensus 2020. Statistisches Bundesamt.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg;
Deutsche Rentenversicherung Nord

Subjektive Konzepte von Eltern zur Reha ihres Kindes

Gloria Metzner[1]; Cindy Höhn[1]; Edith Waldeck[2]; Manuela Glattacker[1]

[1] Universitätsklinikum Freiburg;
[2] Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Edelsteinklinik

Hintergrund und Zielstellung

Elternseitige Annahmen über die Erkrankung und Behandlung ihres Kindes sind mit der Inanspruchnahme einer Behandlung, der Beteiligung der Eltern an dieser und deren Behandlungszufriedenheit assoziiert. Zudem zeigten sich Zusammenhänge mit der kindbezogenen Behandlungsadhärenz sowie dem Behandlungsergebnis (Drotar, Bonner, 2009; Morrissey-Kane, Prinz, 1999). Die elternseitigen Behandlungsannahmen im Kontext der Kinder- und Jugend-Reha wurden bislang nur selten untersucht. Vorangegangene Studien berichten von einer grundsätzlich positiven Einstellung der Eltern gegenüber der Reha (Jürgensen et al., 2017). Gleichzeitig benannten die Eltern aber auch Befürchtungen wie Heimweh oder Schulausfall (Berghem, 2015; Jürgensen et al., 2017). Häufig geäußerte Erwartungen betreffen eine umfangreiche Diagnostik, Schulungen, das Essens- und Freizeitangebot sowie die Zimmerausstattung (Berghem, 2015; Jürgensen et al., 2017). Vor allem durch die Erkrankung des Kindes belastete Familien berichteten den Wunsch nach Erholung (für die gesamte Familie) sowie Stärkung des Kindes (Jürgensen et al., 2017).

In der vorliegenden Studie wurde das subjektive Behandlungskonzept von Eltern zur Reha ihres Kindes über mehrere Dimensionen erfasst sowie Unterschiede zwischen geringer und stärker belasteten Familien analysiert.

Methoden

Die Eltern jugendlicher Rehabilitand*innen (12-17 Jahre) beantworteten einmalig vor Reha-Beginn einen Fragebogen zum subjektiven reha-bezogenen Behandlungskonzept, welcher die Dimensionen Notwendigkeit, Gefühle, Struktur-, Prozess- und Ergebniserwartungen sowie Befürchtungen umfasst. Mit dem Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel; Ravens-Sieberer et al., 2001) wurden die Auswirkungen der Erkrankung des Kindes auf die Familie erfragt.

Das elternseitige Behandlungskonzept wurde deskriptiv analysiert. Mittels Median-Split anhand des FaBel-Gesamtscores wurden zwei Gruppen geringer vs. stärker belasteter Familien gebildet. Gruppenunterschiede hinsichtlich des reha-bezogenen Behandlungskonzepts wurden mit Mann-Whitney-Tests berechnet.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasste N=162 Eltern (M=44,1 Jahre alt, 84% weiblich). Die Ergebnisse des FaBel zeigten eine geringe bis moderate Belastung der Familien (M=1,72, SD=0,40, Median=1,63).

Die Eltern berichteten eine hohe subjektive Notwendigkeit der Reha für ihr Kind (96,1% „stimmt größtenteils“ oder „stimmt voll und ganz“). Die überwiegende Mehrheit schaute zuversichtlich auf die Reha (84,8%), jeweils etwa zwei Drittel berichteten Erleichterung (62,0%) oder Aufregung (59,2%). Ängste (19,2%) oder Zweifel (13,5%)

gegenüber der Reha kamen selten vor. Insgesamt hatten die Eltern hohe Erwartungen an die Reha. Die am häufigsten bejahten Struktur- und Prozesserwartungen (>95%) bezogen sich auf die Klinikmitarbeitenden, passgenaue Informationen und Behandlungsangebote für das Kind und seine Erkrankung sowie den Einbezug des Kindes in die Festlegung der Reha-Ziele und die Nachsorge. Verbesserungen der Beschwerden und des Wohlbefindens des Kindes waren die häufigsten Ergebniserwartungen (jeweils 99,4%). Befürchtungen bestanden nur wenige, wovon Heimweh am häufigsten (36,9%) benannt wurde.

Der Vergleich zwischen gering vs. moderat belasteten Familien verdeutlicht, dass sich die beiden Gruppen nach Bonferroni-Korrektur für multiples Testen nicht signifikant in ihrem reha-bezogenen Behandlungskonzept unterscheiden. Tendenziell berichteten moderat belastete Familien jedoch stärkere Gefühle von Angst und Zweifel, stärkere Befürchtungen (z.B. hinsichtlich der Themen Mobbing und Heimweh) sowie höhere Ergebniserwartungen (z.B., dass es der Familie durch die Reha bessergehe). Gering belastete Familien zeigten hingegen tendenziell etwas höhere Erwartungen an den Behandlungsprozess (z.B. freundliche und unterstützende Klinikmitarbeitende).

Diskussion und Fazit

Insgesamt haben die Eltern hohe Erwartungen und relativ geringe Befürchtungen gegenüber der Reha ihres Kindes. Gleichzeitig fanden vorgegangene Studien ein ausgeprägtes Informationsbedürfnis der Eltern zur Reha für Kinder und Jugendliche (Berghem, 2015; Jürgensen et al., 2017). Vor diesem Hintergrund und Befunden aus dem psychotherapeutischen Kontext, dass unerfüllte elternseitige Erwartungen zu Unzufriedenheit und Abbruch der Behandlung führen können (Morrissey-Kane & Prinz, 1999), sind umfassende Informationsangebote für einen Abgleich der Erwartungen mit dem tatsächlichen Behandlungsangebot im Vorfeld zur Reha essentiell.

Take-Home-Message

Eltern berichten hohe Erwartungen an die Reha ihres Kindes. Da die Erwartungserfüllung einen wichtigen Faktor für die Behandlungszufriedenheit darstellt, sollte dieser Aspekt auch im Kontext der Kinder- und Jugend-Reha untersucht werden.

Literatur

Berghem, S. (2015): Was Eltern von der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen erwarten. DRV-Schriften, Bd. 107. 389-391.

Drotar, D., Bonner, M.S. (2009): Influences on adherence to pediatric asthma treatment: a review of correlates and predictors. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 30,6. 574-582.

Jürgensen, M., Großmann, N., Thyen, U. (2017): „Das würde ich gar nicht erst beantragen!“ – Barrieren der Inanspruchnahme einer Kinder- und Jugend-Rehabilitations-Maßnahme aus Sicht der Familien. Rehabilitation, 56. 109-118.

Morrissey-Kane, E., Prinz, R. J. (1999): Engagement in child and adolescent treatment: the role of parental cognitions and attributions. Clinical Child and Family Psychology Review, 2, 3. 183-198.

Ravens-Sieberer, U., Morfeld, M., Stein, R.E.K., Jessop, D.J., Bullinger, M., Thyen, U. (2001): Der Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel-Fragebogen). Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, 51. 384-393.

Interessenkonflikt: Frau Dr. Edith Waldeck arbeitet für die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Heterogenität, inklusionsbezogene Einstellungen und berufliche Ziele Studierender der Sonderpädagogik

Hans-Christoph Eichert

Pädagogische Hochschule Heidelberg

Hintergrund und Zielstellung

Der Umgang mit Heterogenität und Einstellungen zur Inklusion sind in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung im schulischen und beruflichen Bereich von großer Bedeutung. Dabei sind eigene Erfahrungen mit Heterogenität z.B. in Schule und Beruf sehr wichtig. Daher wurde die Heterogenität Studierender der Sonderpädagogik hinsichtlich verschiedener Merkmale und ihre Einstellung zur Inklusion in den Blick genommen.

Darüber hinaus befasst sich der Beitrag mit der Frage, inwieweit der Bereich beruflicher Habilitation und Rehabilitation für Studierende ein relevantes Berufsziel ist, denn hier besteht ein großer Mangel an Fachkräften mit inklusionsbezogenen Kompetenzen.

Im Einzelnen stehen folgende Fragestellungen im Mittelpunkt:

1. Wie setzen sich die Studierenden hinsichtlich des Geschlechts, des Bildungshintergrundes der Eltern, des Migrationshintergrundes und der Behinderung zusammen?
2. Wie stellen sich ihre inklusionsbezogenen Einstellungen dar?
3. Welche Berufsziele streben Studierende zu Beginn ihres Studiums an und spielt dabei der Bereich der beruflichen Erst- und Wiedereingliederung eine Rolle?

Studiengang. Der BA Sonderpädagogik an der PH Heidelberg ist ein sechssemestriger lehramtsbezogener Studiengang, der primär auf das Lehramt Sonderpädagogik ausgerichtet ist. In diesem Zusammenhang spielen auch Fragen der beruflichen Ersteingliederung im Rahmen des Übergangs von der Schule in Ausbildung und Beruf eine Rolle, allerdings vorrangig bezogen auf Curricula an Sonderschulen. Der berufsschulische oder außerschulische Bereich spielt im Studiengang eine untergeordnete Rolle. Erst der Masterstudiengang beinhaltet ein Modul Ausbildung-Erwerbsarbeit-Leben, in dem der berufliche Bereich eine signifikante Rolle spielt.

Methoden

Befragt wurden in drei online-Befragungen über Soscisurvey zwischen April 2021 und Mai 2022 insgesamt 338 Studierende einer Einführungsvorlesung des Studiengangs BA Sonderpädagogik.

Der Fragebogen enthielt soziodemographische Fragen, Fragen zum familiären Bildungshintergrund, zum Migrationshintergrund, zu Behinderung sowie zu Studium und beruflichen Zielen.

Außerdem war der Einstellungsfragebogen zur Inklusion (EFI-L) integriert.

Ergebnisse

Zusammensetzung. Die Studierenden sind weit überwiegend weiblich (83,2%), ein drittes Geschlecht gibt nur eine Person an. Insgesamt dominiert im Elternhaus eine höhere Bildung des Elternhauses (Väter 45,9%, Mütter 36,3% Akademiker, jeweils doppelt so viele im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, DESTATIS 2019). Die Studierenden haben kaum Migrationshintergrund, nur 0,6% geben ein anderes Geburtsland als Deutschland an, in der Elterngeneration sind 7,3 bzw. 5,3%, in der Großelterngeneration sind es 12,5% bis 13,5%. Mit 6,5% sind weniger Menschen mit Behinderung unter den Studierenden als in der Gesamtbevölkerung (altersbezogen vergleichbar, DESTATIS 2019). Erfahrungen mit inklusiver Beschulung haben 28,7%. Die Zusammensetzung der Studierenden in den drei untersuchten Semestern ist somit weitgehend homogen weiblich, ohne Migrationshintergrund, mit einem höheren Bildungshintergrund des Elternhauses und nicht behindert.

Inklusionsbezogene Einstellungen. Beim EFI erreichten die erreichten die Studierenden insgesamt und in den Subskalen (Fachliche Förderung (EFI1), Persönliche Bereitschaft (EFI2) und Soziale Inklusion (EFI3) Werte im mittleren Zustimmungsbereich (3,73 bis 4,51 bei einer sechsstufigen Likertskala).

Berufsziele. Die beruflichen Ziele liegen weitgehend im Bereich der Schule, wobei Sonderschule mit 68,5% und das Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ) mit 53% klar dominieren. Der berufliche Bereich ist hingegen kaum vertreten: Am häufigsten noch die WfbM (9,1%), Ersteingliederung (1,2%) und berufliche Rehabilitation (0,9%) spielen keine Rolle. Offensichtlich sind hauptsächlich schulische Sondereinrichtungen (Sonderschule, SBBZ) als späteres Berufsfeld im Blick der Studierenden. Soweit der berufliche Bereich überhaupt genannt wird ist es ebenfalls eher die Sondereinrichtung WfbM. Der Focus liegt also insgesamt eher auf segregativen Einrichtungen im schulischen Bereich.

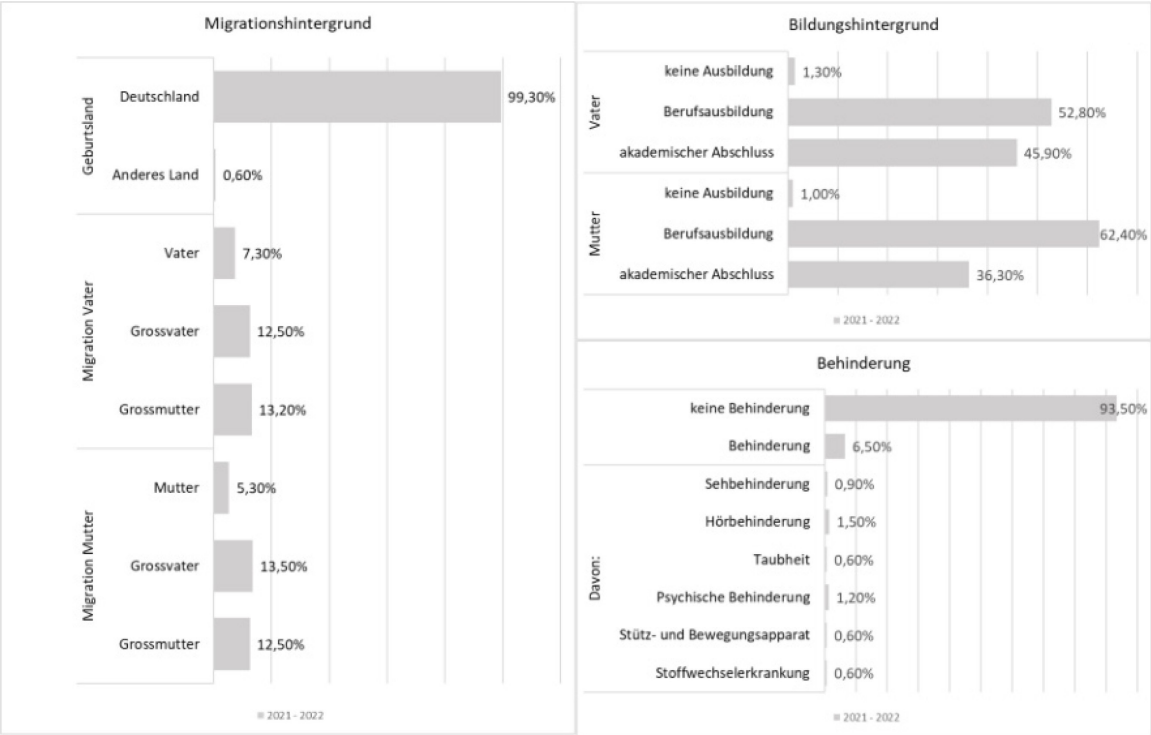


Abb. 1: Zusammensetzung der Studierenden

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die befragten Studierenden eine weitgehend homogene Gruppe darstellen, die trotz positiver Einstellungen gegenüber Inklusion ihre beruflichen Ziele eher in schulischen Sondereinrichtungen sehen. Daraus und aus der Architektur des Studiengangs ergibt sich, dass aktuell später nur wenige Absovent:innen mit inklusions- und sonderpädagogische Kompetenz eine Tätigkeit im Bereich der beruflichen Erst- und Wiedereingliederung aufnehmen werden, obwohl entsprechende Kompetenzen in einer inklusiv ausgerichteten Erst- und Wiedereingliederung dringend erforderlich wären.

Take-Home-Message

Um mehr Absolvent:innen für die berufliche Rehabilitation zu gewinnen, sollte ein breiteres und heterogeneres Spektrum an Studierenden angesprochen werden. Zudem sollten bereits Bachelor-Studiengänge der Sonderpädagogik deutlich mehr inklusive berufsbezogene Inhalte aufweisen.

Literatur

Seifried, S., Heyl, V. (2016). Konstruktion und Validierung eines Einstellungsfragebogens zu Inklusion für Lehrkräfte (EFI-L), in: Empirische Sonderpädagogik 8 (2016) 1, S. 22-35 - URN:urn:nbn:de:0111-pedocs-118527 - http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-118527.

Statistisches Bundesamt (2021). Ergebnis 12211-0041: Bevölkerung (ab 15 Jahren): Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersgruppen, Beruflicher Bildungsabschluss. Quelle: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/_inhalt.html, Abrufdatum 2021-05-24.

Therapeut:innenkompetenzen im Kontext der gruppenbasierten Bewegungstherapie – Eine qualitative Studie mit Therapeut:innen und Rehabilitand:innen

André Arik Schuber; Madeleine Gernert; Andrea Schaller

Deutsche Sporthochschule Köln

Hintergrund und Zielstellung

Bewegungstherapie ist ein zentraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation (Brüggemann et al., 2018) und hat das Ziel, die biopsychosozialen Funktionen, das Gesundheitsverhalten und die Bewältigungskompetenzen von Rehabilitand:innen zu fördern (Pfeiffer et al., 2010). Obwohl gruppenbasierte Therapieangebote fast die Hälfte aller bewegungstherapeutischen Leistungen in stationären Rehabilitationsmaßnahmen ausmachen (Brüggemann et al., 2018), sind die für die Durchführung dieser Therapien benötigten Kompetenzen nur unzureichend erforscht. Zielstellung dieser Untersuchung war deshalb die Identifizierung relevanter Therapeut:innenkompetenzen im Kontext der gruppenbasierten Bewegungstherapie in der orthopädischen Rehabilitation.

Methoden

In einer monozentrischen, qualitativen Studie wurden dazu leitfadengestützte Interviews mit Bewegungstherapeut:innen (n = 5) und Rehabilitand:innen (n = 5) durchgeführt. Einschlusskriterium waren eine mindestens drei Jahre umfassende Erfahrung in der Leitung von Gruppentherapien (Bewegungstherapeut:innen) bzw. die vollständige Teilnahme an einer zweiwöchigen Rückenschule im Rahmen der orthopädischen Rehabilitation (Rehabilitand:innen). Alle Interviews wurden in Präsenz durchgeführt, digital aufgezeichnet, transkribiert und anschließend durch drei Projektmitarbeiter:innen gemäß der strukturierenden, qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018) softwaregestützt (MAXQDA 20) analysiert.

Die Studie ist Teil des DRV-Projekts FeedYou, welches den Einfluss von bewegungstherapeutischem Feedback auf die Ergebnisqualität in der orthopädischen Rehabilitation evaluiert und im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS00027263) registriert ist.

Ergebnisse

Im Rahmen der deduktiv-induktiven Entwicklung des Kategoriensystems wurden aus 155 themenrelevanten Interviewpassagen textanalytisch 4 Kompetenzkategorien mit 16 Unterkategorien und entsprechenden Ausprägungen identifiziert. Neben der biomedizinischen Fachkompetenz wird von Therapeut:innen im Kontext der gruppenbasierten Bewegungstherapie zusätzlich ein breites Spektrum an didaktischen, personalen und sozial-kommunikativen Fähigkeiten erwartet (siehe Tabelle 1).

Tab. 1: Identifizierte Kompetenzen von Therapeut:innen im Kontext der gruppenbasierten Bewegungstherapie

Kompetenzkategorien	**Unterkategorien**	**Ausprägungen**
Fachkompetenz	Theorie	Anatomie, Physiologie & Pathologie
		Pathologiespezifische Bewegungstherapie
	Praxis	Übungsdemonstration
Methodisch-didaktische Kompetenz	Themenauswahl	Partizipative Gestaltung
		Schlüssige Struktur und Themenabfolge
		Themenvielfalt
	Übungsauswahl und -modifikation	
	Lehrmethode	Übungserläuterung & Übungsanleitung
		Umgang mit Sprachbarrieren
	Volitionale Strategien	Übungs-Handouts
		Übungen mit Kleingeräten und Alltagsgegenständen
Personale Kompetenz	Empathie	
	Freundlichkeit	
	Humor	
	Sport- und Bewegungsaffinität	
	Echtheit	

Kompetenzkategorien	Unterkategorien	Ausprägungen
Sozial-kommunikative Kompetenz	Motivation	Ermutigen und Anspornen
		Fortschritte mittels objektiver Leistungstests aufzeigen
		Gruppenkohäsion fördern
	Patient:innenorientierung	Adressieren von Ängsten und Verunsicherungen
		Berücksichtigen sämtlicher Patient:innen
		Persönliche Anrede mit dem Nachnamen
	Moderationskompetenz	
	Feedback	Feedback geben
		Feedback von Patient:innen einholen
	Professionelles Rollenverständnis	

Diskussion und Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen, vergleichbar mit der Gruppenpsychotherapie (Yalom, 1995), die enorme Bedeutung psychosozialer Therapeut:innenkompetenzen in der gruppenbasierten Bewegungstherapie. Dies entspricht den multidimensionalen Zielkategorien nach Pfeiffer et al., 2010 und es gilt zu überprüfen, in wie weit die geforderten Fähigkeiten im Rahmen der Aus- und Weiterbildung von Bewegungstherapeut:innen adressiert werden.

Take-Home-Message

Bewegungstherapeut:innen im Kontext von gruppenbasierten Therapieangeboten in der orthopädischen Rehabilitation benötigen nicht nur biomedizinische und trainingswissenschaftliche Fachkompetenzen sondern auch ein breites Spektrum psychosozialer Kompetenzen.

Literatur

Brüggemann, S., Sewöster, D., Kranzmann, A. (2018): Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung – eine Analyse auf Basis quantitativer Routinedaten. Rehabilitation, 57. 24-30.

Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse – Methoden, Praxis, Computerunterstützung (4. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

Pfeifer, K., Sudeck G., Brüggemann S., Huber G. (2010): DGRW-Update: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität, Perspektiven. Rehabilitation, 49. 224-236.

Yalom, I. (1995): The Theory and Practice of Group Psychotherapy (4. Aufl.). New York, NY: BasicBooks.

Förderung: Rehabilitations-Forschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung Rheinland (refonet)

Umgang mit Verantwortung unter Ressourcenmangel: Implikationen für zukünftige Pandemien

Anna Pieschnik; Alex Stern; Nele Röttger; Anna-Lena Esser; Simone Stickling; Oliver Razum

Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Temporäre oder langanhaltende Ressourcenmängel können für die stationäre Rehabilitation in Pandemiesituationen erhebliche Schwierigkeiten über die akute Mangelsituation hinaus verursachen. Die mittel- und langfristigen Folgen fehlender Ressourcen können Klinikbetriebe auf Organisationsebene und der Individualebene der einzelnen Mitarbeitenden betreffen und weitere Verstärkungen von Mangelsituationen begünstigen. Gleichzeitig ist bekannt, dass Verantwortungsverschiebung als eigenständiger Faktor negativen Einfluss auf Organisationen und Individuen entwickeln kann. Auf welcher Ebene welche Ressourcenmängel in künftigen Pandemien adressiert werden sollten, ist dementsprechend für die frühzeitige Prävention mittel- und langfristiger Folgeschäden für die stationäre Rehabilitation von hoher Relevanz.

Die vorgestellten Analyseergebnisse sind Teil des Projekts „Pandemieplanung am Beispiel von Covid-19 und deren zukünftige Weiterentwicklung in Rehabilitationseinrichtungen (PanCov-Reha)“ in Förderung durch die DRV Westfalen.

Methoden

14 qualitative Interviews mit Klinikleitungen (n = 17) und Pflegekräften (n = 2) wurden hinsichtlich der unterschiedlichen Formen von Ressourcenmängeln, ihren ex- und impliziten Folgen im Pandemieverlauf und Möglichkeiten zur Vorbeugung analysiert. Gestützt wurden die Ergebnisse durch eine kurze quantitative Erhebung unter Klinikmitarbeitenden vorrangig in Leitungsfunktionen (n = 12) sowie die Diskussion der Ergebnisse mit Vertreter*innen aus der Rehabilitationspraxis, öffentlichem Gesundheitsdienst und Wissenschaft auf einer „Lessons Learned“-Veranstaltung des Forschungsprojekts.

Ergebnisse

Oftmals thematisierte Ressourcenmängel im Pandemieverlauf betreffen Sachinformationen zu Covid-19 und dem (zu Beginn der Pandemie) unklaren Status von Rehabilitationskliniken als Gesundheitseinrichtungen. Weitere Mängel beziehen sich auf Schutzmaterial, personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen innerhalb der Kliniken. Deutlich wird, dass einzelne Formen von Ressourcenmangel – z.B. die Unklarheit des Status von Rehabilitationskliniken oder finanzielle Nachteile durch unzureichende Ausgleiche notwendiger Infektionsschutzmaßnahmen – auf gesundheitspolitische bzw. leistungsrechtliche Entscheidungen zurückzuführen sind. Klinikmitarbeitende mit und ohne Leitungsfunktionen befinden sich vermehrt in der Situation, unter Zeitdruck bei wissentlich noch unzureichender Informationslage Entscheidungen treffen zu müssen. Diese Entscheidungen liegen oftmals außerhalb der rehabilitationsüblichen Themenspektren und können weitreichende Folgen für Individuen und die gesamte Organisation haben (z.B. Erfolg einer Ausbruchsprävention). Insbesondere für pflegerisches, aber auch ärztliches Fachpersonal können Konflikte

zwischen arbeitsethischem Anspruch und strukturellen Zwängen dazu führen, ihrer individuellen Verantwortung nicht hinreichend gerecht werden zu können. Kurzfristig folgt daraus eine reduzierte Qualität des Angebots stationärer Rehabilitation, mittelfristig führen derartige Konflikte zu verringerter Belastbarkeit der Mitarbeitenden, was die personellen Ressourcenmängel verstärken kann. Sichtbar werden diese Zusammenhänge nur, wenn regelmäßig Erfahrungen und Feedback von allen Statusgruppen eingeholt und anerkannt statt relativiert werden.

Diskussion und Fazit

Einzelne Formen von Ressourcenmängeln – wie z.B. zeitlich verzögerter Erkenntnisgewinn zu Virusvarianten oder der Wirksamkeit von Schutzmaßnahmen – sind in Pandemien erwartbar. Sie können vorrangig durch gemeinsame Entscheidungsprozesse auf Leitungs- bzw. Organisationebene kompensiert werden, während einzelne Mitarbeitende nicht dafür zuständig sind, Entscheidungen bezüglich der Pandemiemaßnahmen zu treffen. Wenn zeitliche und personelle Ressourcenmängel nicht vermieden werden können, müssen auf institutioneller Ebene frühzeitig die damit verbundenen Folgen für die einzelnen Mitarbeitenden berücksichtigt werden, um die Mangelsituation nicht noch weiter zu verschärfen und die Versorgungsqualität der Einrichtung sicherzustellen. Ein besonderes Augenmerk sollte hier auf dem Phänomen des moralischen Stresses (Baumann-Hölzle & Gregorowius,2022; Riedel & Lehmeyer,2021) liegen, den Mitarbeitende mittelfristig erfahren, wenn sie aufgrund struktureller Gegebenheiten nicht in der Lage sind, ihrer rollenspezifischen Verantwortung nachzukommen.

Strukturelle Ressourcenmängel im finanziellen Bereich können Personalknappheit verstärken, indem zum einen Möglichkeiten auf fehlende Schutzausrüstung zu reagieren eingeschränkt sind und (auch mittelfristiger) Personalausfall durch Infektionen entsteht und zum anderen personellem Mehrbedarf nicht durch Neueinstellungen begegnet werden kann. Um moralischen Stress der Mitarbeitenden zu vermeiden, erscheint es hier wichtig, die institutionelle Verantwortung nicht auf die Ebene der individuellen Verantwortung zu verschieben. Ebenso sollten aber auch die Kliniken als Institutionen entlastet werden. Wenn die Angebotsqualität stationärer Rehabilitation langfristig sichergestellt bleiben soll, muss in vergleichbaren Pandemien künftig gesundheitspolitisch und leistungsrechtlich Sorge dafür getragen werden, dass Rehabilitationsklinken keine Ressourcenmängel aus Infektionsschutzmaßnahmen oder einem rechtlich ungeklärten Status erwachsen.

Take-Home-Message

Um trotz einer pandemischen Lage mittel- und langfristig die Angebotsqualität der stationären Rehabilitation aufrechtzuerhalten, müssen Leistungsträger und Politik gegenüber den Kliniken und letztere gegenüber ihren Mitarbeitenden aktiv möglichen Ressourcenmängeln entgegenwirken und Verantwortungsverschiebungen vorbeugen. Mitarbeitende müssen auf Individualebene vor moralischem Stress geschützt werden, um der Verschärfung von Personalausfall und –mangel vorzubeugen.

Literatur

Baumann-Hölzle, R., Gregorowius, D. (2022): Moralische Eskalationen in der Corona-Krise: Ein Eskalationsmodell mit Beispielen aus dem Gesundheitswesen. Ethik im Gesundheitswesen, 1-13.

Riedel, A., Lehmeyer, S. (2021): Erlebensqualitäten moralischer Belastung professionell Pflegender und die Notwendigkeit des Schutzes der moralischen Integrität – am Beispiel der COVID-19-Pandemie. Ethik im Gesundheitswesen, 1-29.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung: Entwicklung einer Handreichung für Rehabilitationseinrichtungen

Tuğba Aksakal[1]; Yüce Yilmaz-Aslan[1,2]; Maria Mader[1,2]; Fabian Erdsiek[1]; Kübra Annaç[1]; Oliver Razum[2]; Patrick Brzoska[1]

[1] Universität Witten/Herdecke; [2] Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Der stetige Wandel der Gesellschaft und die damit einhergehende Vielfalt der Bevölkerung implizieren eine Vielzahl verschiedener Erwartungen, Bedürfnisse und Wünsche an die Versorgung, wie auch an die Rehabilitation. Je mehr diese von Gesundheitseinrichtungen berücksichtigt werden können, desto mehr können Versorgungsoutcomes und die Versorgungszufriedenheit verbessert werden (Brzoska & Razum, 2015). Ebenso hat die Diversität der Belegschaft viele Vorteile und eröffnet Chancen, aber geht auch oft mit Herausforderungen und Konflikten, einher. Eine Möglichkeit vielfältige Bedürfnisse zu berücksichtigen, ist die Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung (Stanford, 2020). Untersuchungen zeigen, dass sich Verantwortliche in Rehabilitationseinrichtungen durchaus der Notwendigkeit einer diversitätssensiblen Versorgung bewusst sind, entsprechende Instrumente allerdings selten und nur unsystematisch zum Einsatz kommen. Das liegt auch daran, dass es bislang an einer praxisnahen Übersicht geeigneter Instrumente mangelt, die in der Versorgung eingesetzt werden können (Aksakal et al., 2022). Im Rahmen des Projektes DiversityKAT wurde eine Handreichung, bestehend aus einem Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden, entwickelt, welche Rehabilitationseinrichtungen bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung unterstützen kann.

Methoden

Im Projekt kam ein Mixed-Methods-Ansatz zum Einsatz. Um Instrumente und Umsetzungsstrategien für eine diversitätssensible Versorgung zu identifizieren, wurde zunächst ein Scoping Review verfügbarer Veröffentlichungen durchgeführt. Anschließend wurden bundesweit ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser (ngesamt=4000) kontaktiert, um bereits etablierte diversitätssensible Instrumente sowie den Bedarf an diversitätssensiblen Maßnahmen in verschiedenen Kontexten der Gesundheitsversorgung zu erheben. Auf Basis der Literaturrecherche und Einrichtungsbefragung wurde der Entwurf einer Handreichung, bestehend aus einem Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden, zur Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung erstellt. Im Rahmen eines partizipativen Delphi-Prozesses bewerteten und konsentierten Mitarbeitende aus 4 Rehabilitationseinrichtungen in

Fokusgruppen und Verantwortliche von Rehabilitationsträgern (n=5) in einem Diskussionszirkel den Entwurf der Handreichung. Ziel der Befragungen waren die Bewertung der Umsetzbarkeit, die Diskussion von Voraussetzungen für die Implementierung sowie potenzielle Hindernisse und Hürden bei der Umsetzung. Anhand der Ergebnisse wurde die Handreichung überarbeitet und in 4 weiteren Fokusgruppen mit Gesundheitspersonal (insgesamt 44 Mitarbeitende) diskutiert. Die Ergebnisse flossen in die Finalisierung der DiversityKAT-Handreichung.

Ergebnisse

Auf Basis von 78 eingeschlossenen Veröffentlichungen wurden organisationsbezogene Instrumente zur Umsetzung von Diversitätssensibilität, Instrumente zum Umgang mit der Diversität von Mitarbeitenden und Instrumente zum Umgang mit der Diversität von Patient*innen identifizier. Darunter waren Checklisten, Fragebögen, Online-Tools und Arbeitshilfen. Die identifizierten Instrumente wurden auf ihre Übertragbarkeit im Hinblick auf den Bereich der Gesundheitsversorgung sowie ihre Anwendbarkeit geprüft. Dabei erfüllten 34 von 78 Instrumenten die Kriterien für den Instrumentenkatalog. Die qualitativen (n=8 Fokusgruppen) und quantitativen Einrichtungsbefragungen (n=593 Einrichtungen) zeigten auf, dass Diversitätssensibilität für viele Gesundheitseinrichtungen ein relevantes Thema ist, das in der Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen werde. Diversitätssensibilität wurde von den befragten Mitarbeitenden und Einrichtungsleitungen als besonders bedeutend für die Zufriedenheit der Versorgungsnutzer*innen, die Zufriedenheit der Mitarbeitenden und den Behandlungserfolg von Patient*innen bzw. Rehabilitand*innen angesehen. Hindernisse bei der Umsetzung seien fehlende Anreize der Versorgungsträger, fehlende finanzielle Ressourcen und organisatorische Schwierigkeiten. Gleichzeitig wurden verschiedene Umsetzungsmöglichkeiten der Handreichung in Gesundheitseinrichtungen diskutiert. Zentrale Ergebnisse bzw. Vorschläge waren hierbei: die notwendige Unterstützung bei der Implementierung durch die Versorgungsträger, der Einsatz von Steuerungsgruppen und die Durchführung von Seminaren, Schulungen und Workshops zum Thema Diversitätssensibilität.

Diskussion und Fazit

Ein Großteil der identifizierten Instrumente bezieht sich lediglich auf einzelne Diversitätsmerkmale, darunter am häufigsten auf Migrationserfahrung, Kultur und Sprachsensibilität. Selten sind praxisorientierte Handlungshilfen oder Hinweise (z. B. Schritt-für-Schritt-Anleitungen) zur Umsetzung diversitätssensibler Instrumente in der Versorgungspraxis verfügbar. Nur wenige Instrumente sind evaluiert. Für die Mehrheit der befragten Einrichtungen ist Diversitätssensibilität ein relevantes Thema. In vielen Einrichtungen wünschen sich Führungskräfte und Mitarbeitende Unterstützung bei der Entwicklung diversitätssensibler Kompetenzen und der Auswahl passender Instrumente. Der im Projekt DiversityKAT entwickelte Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden können hierfür eine Grundlage bieten. Die Ergebnisse des Projekts zeigen zudem auf, dass die Umsetzung einer digitalen Version der Handreichung mit erweiterten Funktionen und Inhalten empfehlenswert ist.

Take-Home-Message

Vielen Einrichtungsleitungen und Mitarbeitenden von Rehabilitationseinrichtungen sind die Vorteile und die Relevanz von Diversitätssensibilität bewusst. Um eine diversitätssensible rehabilitative Versorgung anbieten zu können, benötigen Einrichtungen Unterstützung bei der Kompetenzbildung sowie bei der Auswahl und Implementierung geeigneter Maßnahmen. Die DiversityKAT-Handreichung kann hierfür eine Grundlage bieten. Sie ist verfügbar unter:

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/forschungsprojekte/handreichung_diversitykat.html.

Literatur

Aksakal, T., Erdsiek, F., Yılmaz-Aslan, Y. et al. (2022), Umsetzungsstrategien einer diversitätssensiblen Gesundheitsversorgung und Unternehmensführung – Eine bundesweite postalische Befragung von Rehabilitationseinrichtungen. Die Rehabilitation 2022; 61.

Brzoska, P., Razum, O. Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2015; 58: 553–559.

Stanford, F.C. The Importance of Diversity and Inclusion in the Healthcare Workforce. National Medical Association 2020; 112: 247–249.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Welche Fachabteilungen sind am stärksten von ärztlichem Fachkräftemangel betroffen? Ergebnisse einer quantitativen Umfrage in Rehabilitationseinrichtungen

Eva Jansen[1]; Manuela Marquardt[1]; Ariane Funke[2]; Karla Spyra[1]

[1] Charité – Universitätsmedizin Berlin; [2] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Ärzte- und Ärztinnenmangel ist besonders in Flächenländern wie Kanada und Australien ein Problem, das die Gesundheitsversorgung stellenweise einschränkt. Aber auch in geografisch dicht besiedelten Ländern wie Deutschland gibt es Versorgungslücken in strukturschwachen Regionen sowie in bestimmten Fachgebieten.

Dazu gehört vor allem die hausärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten und der öffentliche Gesundheitsdienst (Kaduszkiewicz, Teichert, & van den Bussche, 2018). Für die Rehabilitation liegen bislang keine Daten zum ärztlichen Fachkräftemangel vor. Rekrutierungsbarrieren bestehen einerseits ausbildungsbezogen durch den geringen Stellenwert, den der Fachbereich im Medizinstudium einnimmt, andererseits geografisch durch die Lage zahlreicher Rehabilitationseinrichtungen in abgelegenen, wirtschaftlich benachteiligten Regionen (Jansen, Hänel & Klingler, 2018).

Dieser Vortrag liefert Ergebnisse einer quantitativen Fachabteilungsumfrage mit einem Unterabschnitt zum Thema ärztlicher Fachkräftemangel in Rehabilitationseinrichtungen. Es handelt sich hierbei um eine Teilauswertung der Studie „Medizinerinnen und Mediziner mit ausländischem Abschluss in deutschen Rehabilitationseinrichtungen (MaA-quant)“.

Methoden

Im Frühjahr 2022 führten wir eine postalische Fachabteilungsumfrage aller ambulanten und stationären Fachabteilungen der DRV QS Datenbank (QS-REDA) durch. Der Fragebogen, welcher wahlweise auf Papier oder online ausgefüllt werden konnte, enthielt einen Abschnitt zum Thema Fachkräftemangel. Die Fachabteilungsleitungen wurden um Angaben zum aktuellen ärztlichen Personal und zu den aktuell unbesetzten Stellen (in VZÄ), zur durchschnittlichen Dauer bis zur Neubesetzung einer ärztlichen Stelle (Vakanzzeit – in Monaten) sowie zur Fluktuation ärztlicher Fachkräfte (Angabe zu Stellen pro Jahr/en) gebeten. Aus den drei einzelnen Indikatoren (1) Anteil unbesetzter Stellen (am gesamten ärztlichen Personal), (2) Vakanzzeit und (3) Fluktuationsrate (prozentualer Anteil des pro Jahr ausgetauschten ärztlichen Personals) erstellten wir mittels Quartilssplit am 25. und 75. Perzentil Extremgruppen (-1, 0, 1) und summierten diese zu einem Index (r=-2–3). Ausgewertet wurden bivariate Zusammenhänge zwischen den drei Kategorien des Fachkräftemangel-Indizes (niedrig < 0, mittel =0, hoch > 0) und weiterer struktureller und regionaler Fachabteilungsvariablen mittels Chi-Quadrat-Test.

Ergebnisse

Zur Bildung des Fachkräftemangel-Indizes mit Angaben zu allen drei Indikatoren (Anteil unbesetzter Stellen, Vakanzzeit, Fluktuationsrate) konnten n=373 Fachabteilungen eingeschlossen werden, von denen 80% stationäre oder gemischte Behandlungsformen anbieten und 20% rein ambulante. Weitere Stichprobenmerkmale sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Es wurden Chi-Quadrat-Tests zwischen dem kategorisierten Fachkräftemangel-Index und struktureller und regionaler Fachabteilungsmerkmale durchgeführt. Es zeigten sich statistisch signifikante Zusammenhänge bei den Merkmalen Einrichtungsgröße ($\chi^2(4) = 12.6$, $p = 0.014$, Cramer's V = 0.133), Behandlungsform ($\chi^2(2) = 15.3$, $p = < 0.001$, Cramer's V = 0.224), Schwerpunkt der Fachabteilung ($\chi^2(4) = 10.1$, $p = 0.038$, Cramer's V = 0.117) und kategorisierter BIK-Region ($\chi^2(4) = 22.3$, $p = < 0.001$, Cramer's V = 0.173).

Die BIK-Regionen und Verflechtungsgebiete sind eine bundesweite räumliche Gliederungssystematik, die die Stadt-Umland-Beziehungen auf Gemeindeebene für Ballungsräume, Stadtregionen, Mittel- und Unterzentren darstellt (https://www.bik-gmbh.de/cms/regionaldaten/bik-regionen).

Tab. 1:Fachkräftemangel-Index

			Fachkräftemangel-Index					
			niedrig		mittel		hoch	
	n=373	in %	n=103	in %	n=111	in %	n=159	in %
Einrichtungsgröße*								
klein (0-99 BP)	82	22.0	33	32.0	24	21.6	25	15.7
mittel (100-200 BP)	129	34.6	25	24.3	39	35.1	65	40.9
groß (201-800 BP)	144	38.6	41	39.8	42	37.8	61	38.4
keine Angabe	*18*	*4.8*	*4*	*3.9*	*6*	*5.4*	*8*	*5.0*
Behandlungsform*								
stationär/gemischt	240	64.3	59	57.3	67	60.4	114	71.7
ambulant	63	16.9	26	25.2	24	21.6	13	8.2
unbekannt	*70*	*18.8*	*18*	*17.5*	*20*	*18.0*	*32*	*20.1*
Schwerpunkt der Fachabteilung (kategorisiert)*								
Abhängigkeitserkrankungen/ Psychosomatik	82	22.0	26	25.2	27	32.9	29	18.2
Ortphopädie/Rheumatologie	157	42.1	51	49.5	46	41.4	60	37.7
Übrige	134	35.9	26	25.2	38	34.2	70	44.0
BIK*								
Peripherie (BIK-Regionen bis 50.000 EW)	168	45.0	33	33.3	24	22.9	91	57.2
Umland (BIK-Regionen Umlandsgemeinden ab 50.000 EW)	104	27.9	25	25.3	39	37.1	40	25.2
Zentrum (BIK-Regionen Kernbereiche ab 50.000 EW)	101	27.1	41	41.4	42	40.0	28	17.6
Bundesland								
Nord	78	20.9	18	17.5	23	20.7	37	23.3
Bremen	*3*	*0.8*	*2*	*1.9*	*0*	*0.0*	*1*	*0.6*
Hamburg	*3*	*0.8*	*1*	*1.0*	*1*	*0.9*	*1*	*0.6*
Mecklenburg-Vorpommern	*17*	*4.6*	*5*	*4.9*	*8*	*7.2*	*4*	*2.5*
Niedersachsen	*33*	*8.8*	*6*	*5.8*	*9*	*8.1*	*18*	*11.3*
Schleswig-Holstein	*22*	*5.9*	*4*	*3.9*	*5*	*4.5*	*13*	*8.2*
Ost	79	21.2	20	19.4	29	26.1	30	18.9
Berlin	*11*	*2.9*	*3*	*2.9*	*7*	*6.3*	*1*	*0.6*
Brandenburg	*17*	*4.6*	*5*	*4.9*	*6*	*5.4*	*6*	*3.8*
Sachsen	*27*	*7.2*	*8*	*7.8*	*9*	*8.1*	*10*	*6.3*
Sachsen-Anhalt	*6*	*1.6*	*2*	*1.9*	*2*	*1.8*	*2*	*1.3*
Thüringen	*18*	*4.8*	*2*	*1.9*	*5*	*4.5*	*11*	*6.9*
Süd	99	26.5	26	25.2	30	27.0	43	27.0
Baden-Württemberg	*46*	*12.3*	*17*	*16.5*	*9*	*8.1*	*20*	*12.6*
Bayern	*53*	*14.2*	*9*	*8.7*	*21*	*18.9*	*23*	*14.5*
West	117	31.4	39	37.9	29	26.1	49	30.8
Hessen	*40*	*10.7*	*9*	*8.7*	*11*	*9.9*	*20*	*12.6*
Nordrhein-Westphalen	*55*	*14.7*	*21*	*20.4*	*12*	*10.8*	*22*	*13.8*
Rheinland-Pfalz	*21*	*5.6*	*8*	*7.8*	*6*	*5.4*	*7*	*4.4*
Saarland	*1*	*0.3*	*1*	*1.0*	*0*	*0.0*	*0*	*0.0*

*Chi-Quadrat Test signifikant ($p<0.05$)

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass kleine Einrichtungen (0-99 BP), die in BIK-Regionszentren liegen, weniger stark vom Fachkräftemangel betroffen. Rein ambulante Rehabilitationsfachabteilungen sind in dieser Gruppe leicht überrepräsentiert. Ebenso Fachabteilungen mit dem Schwerpunkt Orthopädie/Rheumatologie. Tendenziell stärker vom

Fachkräftemangel betroffen sind mittelgroße Einrichtungen (100-200 BP) in peripherer Lage mit stationär/gemischter Behandlungsform und "übrigem" Behandlungsschwerpunkt. Bei den Bundesländern sind Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen und Hessen leicht überrepräsentiert in der Subgruppe, die stärker vom Fachkräftemangel betroffen ist. Aufgrund der großen Anzahl an Bundesländern und der teilweise geringen Anzahl an Fachabteilungen, die auf die einzelnen Kategorien entfallen, sind diese Zusammenhänge jedoch nicht statistisch signifikant.

Einschränkend bleibt festzuhalten, dass der inhaltliche Fokus der Hauptstudie nicht primär auf ärztlichem Fachkräftemangel, sondern auf Medizinerinnen und Medizinern mit ausländischem Abschluss lag. Die Auswertung hat durch die Messung dieser drei Indikatoren, die mit Fachkräftemangel assoziiert sind, einen explorativen Charakter. Weiterhin können die Daten über den ärztlichen Fachkräftemangel in der Rehabilitation bislang nicht in Relation zu Fachrichtungen von akuten Einrichtungen und ambulanter Versorgung gesetzt werden. Ärztlicher Fachkräftemangel ist nach wie vor eine Forschungslücke.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse der Fachabteilungsumfrage zeigen, dass es eher mittelgroße, peripher gelegene Einrichtungen, mit einer stationären oder gemischten Behandlungsform und ohne die Behandlungsschwerpunkte Orthopädie oder Rheuma sind, die unter ärztlichem Fachkräftemangel leiden.

Literatur

Jansen, E., Hänel, P., Klingler, C. (2018). Rehabilitation-specific challenges and advantages in the integration of migrant physicians in Germany: a multiperspective qualitative interview study in rehabilitative settings. Public Health. doi:10.1016/j.puhe.2018.03.017.

Kaduszkiewicz, H., Teichert, U., van den Bussche H. (2018). Ärztemangel in der hausärztlichen Versorgung auf dem Lande und im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz; 61: 187–194.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Ergebnisse des Forschungsprojekts MedKonz zum Manual und Bewertungssystem für medizinische Konzepte

Carolin Gurisch; Svenja Harms

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit festgelegten Qualitätsanforderungen zu beschaffen, schließt die Deutsche Rentenversicherung im Rahmen eines offenen Zulassungsverfahrens einen Vertrag nach § 38 SGB IX mit den Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für eine Inanspruchnahme durch die Träger der Rentenversicherung erfüllen. Die Erfüllung der Anforderungen ist im medizinischen Konzept einer somatischen und psychosomatischen medizinischen Rehabilitationseinrichtung darzulegen. Die Prüfung der medizinischen Konzepte erfolgt durch prüfende Ärztinnen und Ärzte anhand eines einheitlichen Bewertungssystems.

Das BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit wurde in Zusammenarbeit mit der Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung am Universitätsklinikum Freiburg im September 2019 mit dem Projekt zur Evaluation des einheitlichen Bewertungssystems für das medizinische Konzept einer Reha-Einrichtung beauftragt. Das Projekt wurde im August 2022 erfolgreich abgeschlossen.

Ziel des Projekts war es, jeweils ein Manual zur konsentierten Orientierungsgliederung (Manual 1) und zum einheitlichen Bewertungssystem (Manual 2) zu erstellen, zu evaluieren und die Eindeutigkeit des Bewertungssystems sowie die Akzeptanz und Verständlichkeit der Bewertungen zu prüfen. Das Manual 1 soll Reha-Einrichtungen bei der Konzepterstellung und das Manual 2 prüfende Ärztinnen und Ärzte bei der Konzeptbewertung unterstützen (siehe Abbildung 1).

Im Rahmen des Reha-Kolloquiums werden die Evaluationsergebnisse des Manuals 1 sowie des Bewertungssystems seitens der Reha-Einrichtungen fokussiert.

Methoden

Im Rahmen des Forschungsprojekts wurden verschiedene Methoden angewendet (siehe Abbildung 2).

Zur Überprüfung des Verständnisses des Manuals 1 und der Akzeptanz und Verständlichkeit der Bewertungen erfolgte im Januar und Februar 2022 eine schriftliche Befragung von Chefärztinnen und Chefärzten DRV-belegter Fachabteilungen der Indikationen Orthopädie, Kardiologie und Psychosomatik. Die Befragung hatte eine Rücklaufquote von 19,8 % (258 / 1.303).

Es wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt, um die Ergebnisse der Befragung verdichtet darstellen zu können. Um zu überprüfen, ob Eigenschaften der Befragten Auswirkungen auf

das Antwortverhalten haben, wurden stratifizierte Analysen durchgeführt und Korrelationen berechnet (Bortz & Döring, 2006).

Anschließend erfolgten halbstrukturierte Interviews mit Chefärzten jeder einbezogenen Fachabteilung, um die Erkenntnisse aus der Befragung zu vertiefen.

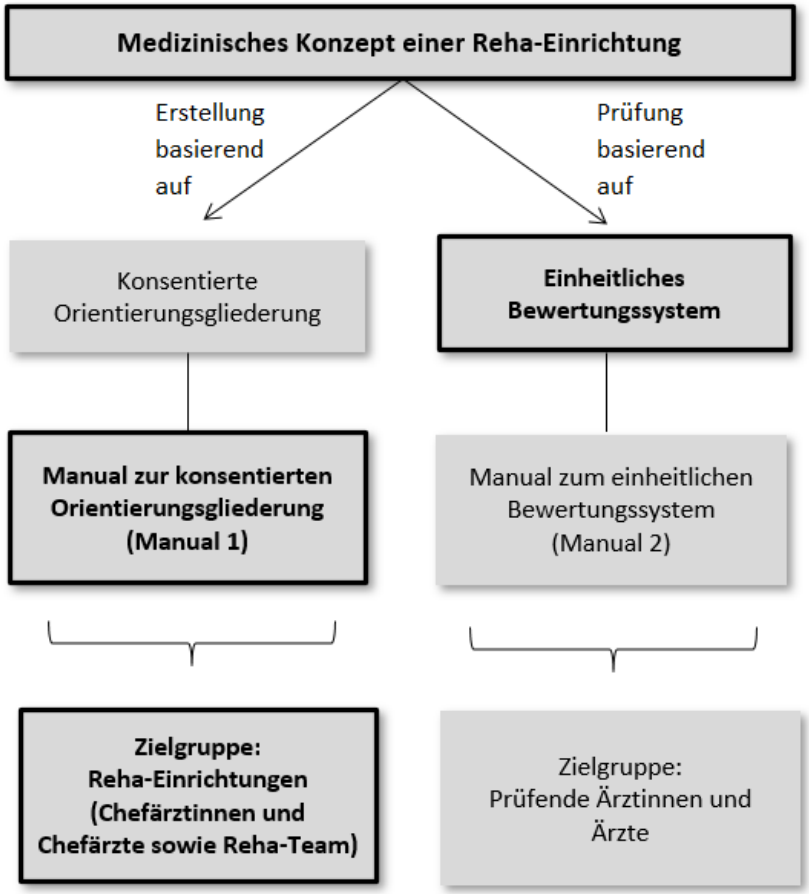


Abb. 1: Evaluationsgegenstand

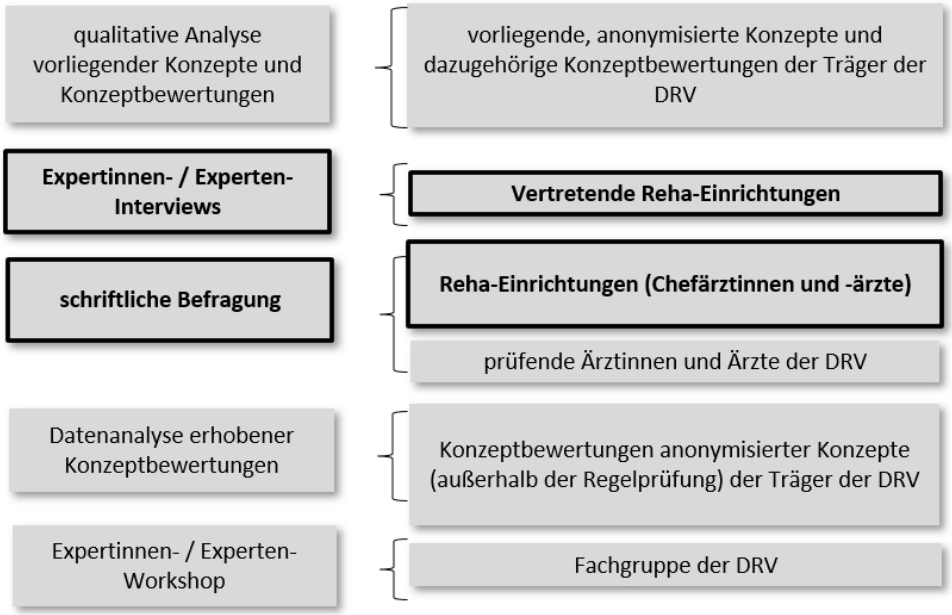


Abb. 2: Verwendete Datenquellen im Rahmen der Manualisierung und Evaluation

Ergebnisse

Die Gesamtbewertung des Manuals 1 fällt positiv aus. Die Mehrheit der Befragten empfand die verwendeten Begrifflichkeiten als eindeutig (66 % (64 / 97)) und die Texte als verständlich (72,1 % (70 / 101)).

Das Verständnis der Konzeptbewertungen wurde von etwas mehr als der Hälfte der Reha-Einrichtungen positiv bewertet. Negativ fällt das unzureichende Verständnis zur Behebung von festgestellten Mängeln auf.

Als Merkmale der Akzeptanz wurden die Nachvollziehbarkeit und die Transparenz der Konzeptbewertung von der Mehrheit der Befragten positiv bewertet. Hingegen wurde der Mehrwert der Konzepterstellung sowie der Aufwand vom Großteil der Befragten negativ bewertet.

Im Rahmen der Befragung gaben 30,3 % (64 / 211) an, die Rückmeldung in Form der Bewertungsmatrix erhalten zu haben. Bei den Befragten mit Erhalt der Bewertungsmatrix liegt sowohl ein höheres Verständnis als auch eine höhere Akzeptanz der Konzeptbewertungen vor. So gaben z.B. 62,9 % (34 / 54) der Befragten mit Erhalt der Bewertungsmatrix an, die Darstellung der Ergebnisse als übersichtlich zu empfinden, wohingegen nur 27,9 % (24 / 86) der Befragten ohne Erhalt der Bewertungsmatrix dieser Aussage zustimmten.

Diskussion und Fazit

Das Manual 1 wird grundsätzlich positiv bewertet und sollte Reha-Einrichtungen für die Unterstützung in der Konzepterstellung zur Verfügung gestellt und entsprechend verbreitet werden. Die Nutzung des Bewertungssystems wird empfohlen, da dieses zu einem höheren Verständnis und einer höheren Akzeptanz der Konzeptbewertungen führt.

Eine zeitnahe Zustellung der Konzeptbewertung an die Reha-Einrichtungen erscheint essentiell für die Steigerung der Akzeptanz und bietet daher großes Verbesserungspotenzial. Zur Erhöhung des inhaltlichen Verständnisses des Manuals 1 ist dieses stetig auf Aktualität zu prüfen und bei Bedarf zu ergänzen.

Limitierend ist zu berücksichtigen, dass nicht alle befragten Reha-Einrichtungen das Manual 1 zur Konzepterstellung nutzen konnten. Sofern diese das Manual dennoch eingesehen und in dieser Befragung bewertet haben, basiert die Bewertung nicht auf der tatsächlichen Nutzung des Manuals, was die Reliabilität der Bewertungsergebnisse limitiert.

Take-Home-Message

Das entwickelte Manual 1 kann die Reha-Einrichtungen bei der Konzepterstellung unterstützen und dessen Nutzung wird daher empfohlen.

Es muss eine zeitnahe Bewertung der medizinischen Konzepte seitens der Deutschen Rentenversicherung sichergestellt werden. Um das Verständnis und die Akzeptanz der Konzeptbewertungen seitens der Reha-Einrichtungen zu steigern, ist die Nutzung des Bewertungssystems geeignet.

Literatur

Bortz, J., & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Inanspruchnahme der medizinischen und psychologischen Fachdienste in einem Berufsförderungswerk

Christian Hetzel[1]; Christof Schmidt[2]; Stefanie Siebeneick[2]; Gabriela Sewz[2]; David Bühne[1]; Torsten Alles[1]

[1] Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation iqpr GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln; [2] Berufsförderungswerk Dortmund

Hintergrund und Zielstellung

Die Berufsförderungswerke (BFW) bieten über ihre Fachdienste auch medizinische und psychologische Leistungen (§ 49 SGB IX), u.a. (a) Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, (b) Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, (c) Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz sowie (d) das Training lebenspraktischer und motorischer Fähigkeiten.

Die Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation (LBR) dient der Abbildung, Bewertung und Sicherung der Prozessqualität der beruflichen Rehabilitation (DRV, 2016). Nach unserer Kenntnis gibt es dazu keine publizierten Auswertungen. Das BFW Dortmund (ca. 950 Ausbildungsplätze) dokumentiert umfassend nach dieser Klassifikation (NRW BFW, 2022) und hat die Strategie, die Teilnehmenden frühzeitig an die Fachdienste zu binden. Ziel des Beitrags ist es die Inanspruchnahme des medizinischen (MD) und psychologischen Fachdienstes (PD) im BFW Dortmund zu beschreiben sowie Einflussfaktoren auf die Nutzungshäufigkeit zu ermitteln. Die Arbeit wird gefördert aus Mitteln der DRV Bund (Forschungsschwerpunkt berufliche Rehabilitation, Projekt „WorkOut“).

Methoden

Datengrundlage ist die LBR-Dokumentation zu den Leistungen der Fachdienste des BFW Dortmund inklusive Stammdaten. Eingeschlossen werden Personen mit Teil- und Vollqualifizierungen mit Beginn Juni 2016 bis Beginn Januar 2018 und einem Mindestaufenthalt von 3 Monaten. Für die Rehabilitanden, die den Fachdienst nutzen, schätzen wir lineare Regressionen für die Zielgröße „Anzahl der Nutzungen des MD bzw. PD je Monat“ (logarithmiert wegen der schiefen Verteilung) mit den Prädiktoren Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Hauptdiagnose, Anzahl der Diagnosen, Berufsziel, Maßnahmeende und Fehlzeitenquote.

Ergebnisse

Die untersuchte Population (n=1187) ist 73% männlich, Durchschnittsalter 41,4 Jahre (SD=8,1), 32% Hauptdiagnose F bzw. 38% M bzw. 30% sonstige sowie 22% Maßnahmeabbruch (inkl. Rückversetzung, Umsetzung) bzw. 78% geplantes Ende (inkl. vorzeitige Integration).

- Den MD nutzen 5% der Personen nie, 17% bis 4-mal, 17% bis 9-mal, 24% bis 19-mal und 36% mindestens 20-mal; im Mittel 1,08-mal im Monat für 15 Minuten.
- Den PD nutzen 18% der Personen nie, 49% bis 4-mal, 20% bis 9-mal, 13% mindestens 10-mal; im Mittel 0,27-mal je Monat für 40 Minuten.
- Keinen Fachdienst nutzen 3% der Personen.

- Von den Personen mit F- bzw. M-Hauptdiagnose sind 11% bzw. 22% nicht beim PD, 7% bzw. 5% nicht beim MD und jeweils 3% bei keinem der beiden Dienste.
- Die Tabelle zeigt die Prädiktoren der Nutzungshäufigkeit. Nach den hier nicht dargestellten partiellen R^2 dominiert beim PD Hauptdiagnose und Maßnahmeende, beim MD gibt es keine Auffälligkeit.

Tab. 1: Prädiktoren der Nutzungshäufigkeit des MD bzw. PD.

		Nutzung des MD je Monat (log.)		Nutzung des PD je Monat (log.)	
		b	*p*	*b*	*p*
Geschlecht (Ref.=Männer)	Frauen	0,26	**<0,001**	0,14	**0,035**
Alter (Ref.= 50 und älter)	bis unter 30	-0,19	0,177	-0,43	**0,002**
	30 bis unter 40	0,25	**0,002**	-0,19	**0,018**
	40 bis unter 50	0,09	0,241	-0,24	**0,003**
Migration (Ref.=nein)	ja	0,01	0,883	-0,01	0,919
Hauptdiagnose (Ref.=M)	F	-0,15	**0,031**	0,53	**<0,001**
	sonstige	-0,14	**0,034**	-0,07	0,327
Anzahl der Diagnosen		0,07	**<0,001**	0,05	**0,001**
Berufsziel (Ref.=andere Berufe)	Kfm. Berufe	0,25	**<0,001**	0,15	**0,012**
Maßnahmeende (Ref.=regulär)	Abbruch	0,03	0,709	0,47	**<0,001**
Fehlzeiten		0,79	**0,001**	0,93	**<0,001**
Anzahl der Beobachtungen		1122		971	
R^2 / R^2 adjusted		0,096 / 0,087		0,206 / 0,197	

Anmerkungen: Ref.=Referenz; MD bzw. PD = medizinischer bzw. psychologischer Fachdienst

Diskussion und Fazit

Der weit überwiegende Teil der Teilnehmenden nutzt die Fachdienste, ein kleiner Teil sogar sehr intensiv. Während den PD häufiger die älteren Personen nutzen, ist das Alter im MD nachrangig. Personen mit F-Diagnosen nutzen häufiger den PD und seltener den MD. Personen, die die Maßnahme abbrechen, sind häufiger beim PD – beim MD gibt es keinen Unterschied. Ein Hinweis darauf, dass die Nutzungshäufigkeit mit dem objektiven Bedarf einhergeht, zeigt die positive Assoziation zwischen Fehlzeiten und Nutzungshäufigkeit. Limitierend ist, dass die Prädiktoren teils sehr grob operationalisiert und die Potenziale damit noch nicht ausgeschöpft sind. Offen ist, ob die Befunde auf die übrigen BFW generalisierbar sind.

Take-Home-Message

Die medizinischen und psychologischen Fachdienste im BFW Dortmund werden von fast allen Rehabilitanden genutzt, aber unterschiedlich häufig. Das Profil der Nutzenden unterscheidet sich teils zwischen den Fachdiensten, hier insbesondere bezüglich Alter, Hauptdiagnose und Abbruch.

Literatur

DRV - Deutsche Rentenversicherung (2016): Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation (LBR), Ausgabe 2016. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

NRW BFW - Nordrhein-Westfälisches Berufsförderungswerk e.V. (2022): Geschäftsbericht 2021. URL: https://www.bfw-dortmund.de/images/pdf/BFW-NRW-GB-2021.pdf, Abruf: 20.10.2022.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Klinikvergleichende Ergebnisqualität in der orthopädischen Rehabilitation mittels eines standardisierten Fremdratings – Ergebnisse zum modifizierten Staffelstein Score

Volker Beierlein[1]; Ralf Bürgy[2]; Torsten Kirsch[3]; Johannes Kneißl[4]; Matthias Köhler[3]; Annabelle Neudam[5]; Holger Schulz[1]

[1] Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; [2] MediClin AG;
[3] VAMED Gesundheit Deutschland; [4] Medical Park SE ; [5] 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH;

Hintergrund und Zielstellung

Für die Messung des Behandlungserfolgs in der orthopädischen Rehabilitaton steht mit dem modifizierte Staffelstein Score (Middeldorf & Casser, 2000) eine standardisierte Fremdeinschätzungskala zur Verfügung, die in den Bereichen Schmerzen, Alltägliche Aktivitäten und physische Parameter von Behandlern eingeschätzte Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen der Hüfte bzw. des Knies erfasst.

Ziel der hier vorgenommen Analysen ist eine Überprüfung der Eignung dieses Instruments für eine klinikvergleichende Erfassung der Ergebnisqualität basierend auf einem Vergleich mit international gut etablierten indikationsspezifischen sowie generischen Patient Reported Outcome Measures (PROMs).

Methoden

Die Datenerhebung der Pilotstudie erfolgte in 24 Rehabilitationseinrichtungen. Daten zu allen selbst- und Fremdeinschätzungsskalen der Indikationen Hüft-TEP und Knie-TEP lagen zur Aufnahme von n=1747 und zur Enlassung von n=1680 Patient:innen vor.

Zusätzlich zum Fremdrating wurden kurze PROMs eingesetzt, die auf den Empfehlungen des International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) beruhen: Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score Kurzform (HOOS-PS) und Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score Kurzform (KOOS-PS) sowie die generischen Summenskalen körperliche und psychische Lebensqualität (PCS und MCS) des VR-12.

Pro Indikation wurden jeweils für die gesamte Stichprobe sowie für die einzelnen Einrichtungen getrennt Prä-Post-Differenzen (Cohen's dz für verbundene Stichproben) sowie Pearson Produkt-Moment Korrelationen (r) zwischen den Selbst- und Fremdeinschätzungsskalen zur Aufnahme und zur Entlassung berechnet.

Ergebnisse

Für die Indikation Hüft-TEP beträgt die durchschnittliche Effektstärke über alle Patient:innen im modifizierten Staffelstein d=1.97, die erreichten Effektstärken innerhalb der Kliniken weisen einen Range von d=1.37 bis d=2.95 auf. Im HOOS-PS beträgt die mittlere Effektstärke d=0.76 mit einem Range zwischen den Kliniken von d=0.34 bis d=1.80. In der körperlichen Summenskala des VR-12 beträgt die durchschnittliche Effektstärke d=0.77, mit einem Range zwischen den Kliniken von d=0.36 bis d=1.50.

Die Korrelation des Staffelstein-Score zur Aufnahme beträgt r=.22 mit dem HOOS-PS und r=.25 mit der PCS des VR-12, die beiden PROMs korrelieren zu r=.50. Der Range für die Korrelation mit HOOS-PS reicht dabei zwischen den Kliniken von r=-.15 bis r=.77, für den PCS von r=.03 bis r=.70. Zur Entlassung korreliert der Staffelstein-Score zu r=.32 (Range: r=-.14 bis r=.56) mit dem HOOS-PS und r=.29 (Range: r=.09 bis r=.69) mit der PCS des VR-12, die beiden PROMs korrelieren mit r=.57. Die durchschnittliche Korrelation der Veränderungswerte des Staffelstein Score mit denen des HOOS-PS beträgt r=.05 und mit denen des PCS r=.06, Veränderungswerte des HOOS-PS und des PSC korrelieren zu r=.43.

Für die Indikation Knie-TEP beträgt die durchschnittliche Effektstärke über alle Patient:innen im modifizierten Staffelstein d=1.93, die erreichten Effektstärken innerhalb der Kliniken weisen einen Range von d=1.32 bis d=4.08 auf. Im KOOS-PS beträgt die mittlere Effektstärke d=0.84 mit einem Range zwischen den Kliniken von d=0.34 bis d=1.81. In der körperlichen Summenskala des VR-12 beträgt die durchschnittliche Effektstärke d=0.72, mit einem Range zwischen den Kliniken von d=0.30 bis d=1.48.

Die Korrelation des Staffelstein-Score zur Aufnahme mit dem KOOS-PS beträgt r=.35 und mit dem PCS des VR-12 r=.25, die PROMs korrelieren zu r=.51. Zur Entlassung liegt die Korrelation mit dem KOOS-PS bei r=.30 und dem PCS des VR-12 bei r=.29, die der PROMs bei r=.57. Die durchschnittliche Korrelation der Veränderungswerte des Staffelstein Score mit denen des KOOS-PS beträgt r=.07 und mit denen des PCS r=.06, Veränderungswerte des KOOS-PS und des PSC korrelieren zu r=.41.

Diskussion und Fazit

Die durchschnittlichen Effektstärken liegen in beiden untersuchten Indikationen für den modifizierten Staffelstein Score deutlich, d.h. um mehr als den Faktor zwei, über denen der spezifischen und des generischen PROM. Dies lässt darauf schließen, dass eine in der klinischen Routine bestimmte Fremdeinschätzung den Behandlungserfolg eher überschätzt, also ein positiver Bias vorliegt.

Der geringe Zusammenhang des Staffelstein Scores mit den PROMs könnte dahingehend interpretiert werden, dass die Einschätzung der Behandler u.U. weniger reliabel ist, zu wenige Kenntnisse über den Patienten bestehen oder andere Aspekte beurteilt werden. Letztendlich zeigt sich, dass Veränderungen von Behandlern und Patienten deutlich unterschiedlich wahrgenommen werden und angesichts der Unterschiede in den Prä-Post-Effektstäken die der Patient:innen als aussagekräftiger zu werten sind. Weitere Analysen zur Frage, wovon die Höhe der Korrelation zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung mit den eingesetzten Instrumenten beeinflusst wird, sind notwendig.

Take-Home-Message

Für die Bestimmung der klinikvergleichende Ergebnisqualität in der orthopädischen Rehabilitation können etablierte PROMs und weniger ein standardisiertes Fremdrating empfohlen werden.

Literatur

Middeldorf, S. & Casser, H.-R. (2000). Verlaufs und Ergebnisevaluation stationärer Rehabilitationsmaßnahmen nach alloarthroplastischem Hüft- und Kniegelenkersatz mit dem Staffelstein-Score. Orthopädische Praxis, 36(4), 230-238.

Förderung: Qualitätskliniken

Kontinuierliche interne Patientenbefragungen – Basis für Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Rehabilitation

Rüdiger Nübling; Udo Kaiser; Jürgen Schmidt

Gesellschaft für Qualität im Gesundheitsweisen

Hintergrund und Zielstellung

Kontinuierliche Patientenbefragungen dienen als Grundlage zur Evaluation und Steuerung von qualitätsrelevanten Prozessen der Rehabilitation. Sie können im Sinne des Ansatzes der Patient Reported Outcomes (PRO; Nübling et al., 2018) auch als Teil der Partizipation und aktiven Einbindung der Patienten in die Weiterentwicklung der Rehabilitation gesehen werden. Als Routinemonitoring sind sie als interne Befragung fester Bestandteil des Qualitätsmanagements von Rehabilitationskliniken, als externe Befragung Teil des Qualitätssicherungs-Programms der Rentenversicherung.

Methoden

Ein auf der Grundlage des Patientenfragebogens des DRV-QS-Programms entwickeltes Routineinstrument wird seit Anfang 2005 bundesweit inzwischen in ca. 75 Rehabilitationskliniken routinemäßig eingesetzt (Vollerhebung). Es umfasst Skalen u.a. zur ärztlichen, psychologischen und pflegebezogenen Versorgung sowie einen klinikspezifischen Teil zu den durchgeführten Behandlungsmaßnahmen. Der Fragebogen wird in den Klinken kurz vor Entlassung an jeden behandelten Rehabilitanden ausgegeben. Integriert ist der Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8, Schmidt 2008, Kriz et al., 2008) sowie die Outcomeskala BESS (Schmidt et al., 2018). Die Form der quartalsbezogenen Routinerückmeldungen wurde bereits beschrieben (vgl. Nübling et al., 2007, 2018).

Ergebnisse

Grundlage für die vorliegende Analyse ist eine Teilstichprobe von ca. n=196.000 Rehabilitanden, die 2019 bis 2021 in bundesweit über 70 Rehakliniken behandelt wurden. Der Gesamtdatensatz seit 2005 umfasst inzwischen ca. 750.000 Fälle. Die Rücklaufquote liegt über alle Kliniken bei fast 80%. Stichprobenmerkmale: 46% Frauen; Altersschnitt 56,1 Jahre (sd=10,9); Erwerbsstatus: 71% berufstätig 2% frühberentet, 15% Altersrente, 9% arbeitslos;

Schulabschluss: 33% Haupt-, 33% Realschule, 27% FHR/Abitur; Diagnosehauptgruppen: 40,1% Orthopädie, 14,4% Psychosomatik, 9,8%, Onkologie, 9,5% Kardiologie, 21,7% andere. Durchschnittliche Behandlungsdauer 26,0 (sd=8,9) Tage. Die Skalenmittelwerte lagen zwischen 1,58 (sd=0,8) für die Skala ‚Pflegerische Betreuung' und 2,61 (S=1,2) für die Skala ‚Nachsorgevorbereitung'. Die Rehabilitandenzufriedenheit (ZUF8) lag bei durchschnittlich 26,5 Skalenpunkten (Range 8-32), was umgerechnet 77,0 Qualitätspunkten (QP) entspricht. Für die Out-comeskala BESS ergab sich ein M=24,1 (sd=4,1, Range 6-30), entsprechend 75,2 QP (sd=17,3). Mit Verlaufsdarstellungen der einzelnen Qualitätsparameter kann die Wirksamkeit eingeleiteter Verbesserungsmaßnahmen dokumentiert werden. Abbildung 1 zeigt beispielhaft die Entwicklung des Skalenmittelwertes einer Klinik zur Psychologischen Betreuung.

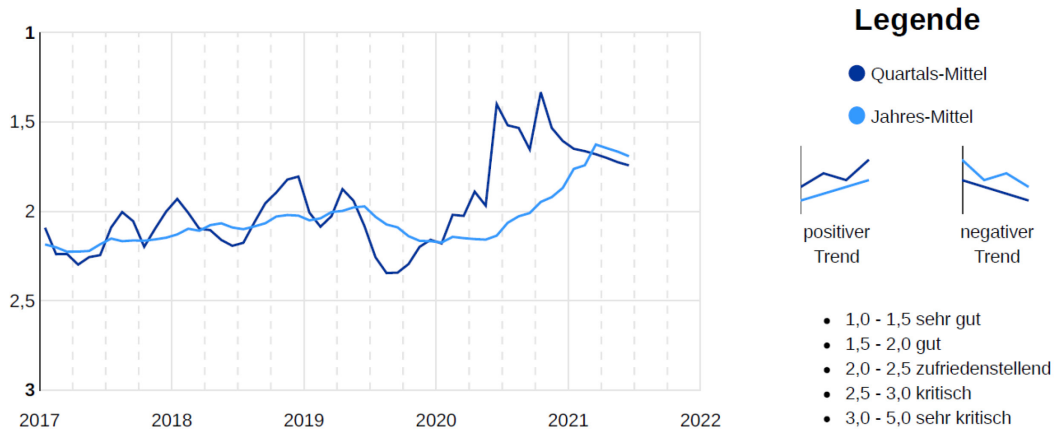


Abb. 1: Skala Psychologische Behandlung – Verlaufsgraphik, Beispielklinik, Zeitraum 2017-2021

Der Verlauf zeigt nach Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen (Optimierung der Prozesse „Zielbestimmung" und „Abstimmung der Behandlung") Mitte 2019 einen deutlichen Trend nach oben. Ein Vergleich der Kliniken im Rahmen eines übergreifenden Benchmarkings ermöglicht die Orientierung an den besten (Vgl. Abb. 2).

Träger I	Multipler Qualitätsindex (MQI)	Anzahl N	Skala Ärztliche Betreuung	Skala Psychologische Betreuung	Skala Pflegerische Betreuung	Skala Zufriedenheit mit Betreuun	Skala Behandlungsmaßnahmen	Skala Beratungen und Hilfen	Skala Vorträge, Seminare und Sch	Skala Rehabilitationsthemen	Skala Therapieablauf	Skala Organisation und Service	Skala Unterbringung	Skala Verpflegung	Skala Freizeit	Skala Nachsorgevorbereitung	Skala Erwerbsfähigkeit	Skala Veränderungen durch Reha	Skala Allgemeine Bewertung	Skala Multipler Qualitätsindex (M
Klinik 1		496	70,8	78,8	91,2	79,0	84,8	69,8	77,0	67,2	86,1	81,0	61,4	79,3	64,3	68,5	66,0	75,8	81,9	75,3
Klinik 2		277	69,3	84,4	87,7	78,8	84,3	67,6	77,4	64,3	85,2	79,2	60,9	76,4	64,0	67,5	58,0	74,1	81,4	74,1
Klinik 3		265	81,0	85,9	82,8	82,3	86,1	70,6	80,2	73,0	85,8	80,9	61,2	79,4	66,3	71,9	62,3	78,0	83,0	77,0
Klinik 4		559	77,4	87,0	82,9	83,1	81,4	62,7	77,1	63,0	70,8	79,5	75,4	85,5	65,5	60,7	69,4	78,0	85,4	75,4
Klinik 5		683	82,1	84,1	83,8	82,6	81,1	63,0	78,2	64,9	72,4	80,4	76,6	84,0	66,7	58,9	73,0	78,1	84,3	76,1
Klinik 6		1415	78,2	75,3	86,1	80,5	81,1	82,2	73,6	66,7	73,0	79,9	82,6	82,4	63,7	68,0	63,1	75,4	83,6	76,3
Klinik 7		410	76,5	69,8	85,5	79,1	80,6	78,9	74,7	66,9	74,4	78,9	83,0	82,0	61,7	59,4	61,3	75,5	79,6	74,8
Klinik 8		140	73,8	73,9	79,8	75,9	79,1	83,0	68,3	63,3	75,5	75,7	79,0	79,2	58,2	65,2	54,5	71,0	76,2	72,4
Klinik 9		939	83,3	85,5	88,4	84,2	84,4	76,1	78,1	71,2	87,1	80,3	80,7	83,2	58,6	71,5	68,1	76,5	85,4	79,1
Klinik 12		80	81,3	86,9	88,7	84,5	83,6	78,9	77,4	74,6	85,3	81,2	81,3	81,5	64,1	74,5	58,9	71,4	83,3	78,6
Klinik 11		1459	71,6	77,0	90,9	79,3	83,3	71,9	77,6	65,9	85,3	81,9	69,7	82,4	66,4	66,3	62,5	75,4	80,7	75,8

Abb. 2: Klinikvergleich/Benchmarking Skalenübersicht in Qualitätspunkten (anonymisierter Ausschnitt, somatische Indikationen, im Original in Farbe grün – gelb – rot, grün=hohe QP, rot=niedrige QP)

Diskussion und Fazit

Die interne Patientenbefragung ist eine wichtige Ergänzung zu den externen Befragungen im Rahmen der QS-Programme. Sie stellt auch, da testmethodisch untersucht (Kriz et al., 2008, 2014; Schmidt et al., 2018), auch eine Alternative zu den noch immer verbreiteten, häufig

„selbstgestrickten“ In-House-Befragungen dar. Die Schnittstellen zu den externen Befragungen ermöglichen u.a. Vergleiche zu den nur in kleineren Stichproben erfassten Qualitätsmerkmalen. Durch die zeitnahe Verfügbarkeit der Ergebnisse (4-6 Wochen nach Quartalsende) sowie durch die kontinuierlichen Verlaufsdarstellungen sind gezielt und schnell Qualitätsverbesserungen möglich. Durch die Vollerhebung ist zudem eine hohe Generalisierbarkeit gewährleistet.

Patientenbefragungen sollten methodischen (Mindest-)Anforderungen genügen. Hierzu gehört neben der fundierten testmethodischen Entwicklung eine ausreichende Evaluation des Instrumentes. Darüber hinaus sollten die Ergebnisse für eine optimale Nutzung durch interne QM möglichst zeitnah den Kliniken vorliegen.

Take-Home-Message

Interne Patientenbefragungen dieser Art können einen wichtigen Beitrag zu Qualitätsverbesserungen und damit für eine gute Positionierung der Klinken im Wettbewerb sowie auch der Reha als Ganzes leisten.

Literatur

Kriz, D., Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W.W. & Schmidt, J. (2008). Patientenzufriedenheit in der stationären medizinischen Rehabilitation: Psychometrische Prüfung des ZUF-8. Zts Med Psychol, 17, 67-79.

Kriz, D., Nübling, R., Schmidt, J. (2014). Psychometrische Analyse einer kontinuierlichen Patientenbefragung in der medizinischen Rehabilitation. Band 103 (S. 185-187). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Nübling, R., Körner, M., Steffanowski, A., Rundel, M. Kohl, C.F.R., Löschmann, C. & Schmidt, J. (2007). Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 12, 44-50.

Nübling R, Kaiser U, Kriz D, Schmidt J. Bedeutung von Patient Reported Outcomes (PROs) für Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation - Fortlaufendes Qualitätsmonitoring durch kontinuierliche Rehabilitandenbefragungen. Prax Klin Verhaltensmed Rehab 2018; 31 (103): 182–195.

Schmidt, J. (2008): Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit –ZUF-8. In Bengel, J., Wirtz, M. & Zwing-mann, C. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation (S. 255-258). Göttingen, Hogrefe.

Schmidt, J., Nübling, R., Kriz, D., Kaiser, U. & Wittmann, W.W. (2018). Die Kurzskala BESS zur direkten Veränderungsmessung des gesundheitlichen Befindens – Psychometrische Überprüfungen für den Bereich der Medizinischen Rehabilitation. GfQG-Schriften - Nr. 1, Karlsruhe. Download: http://bit.ly/39POhwf.

Zusammenhang von Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität mit dem längerfristigen Reha-Outcome

Jürgen Schmidt; Udo Kaiser; Rüdiger Nübling

Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen

Hintergrund und Zielstellung

Die Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Donabedian (Donabedian, 1966) stellt eines der am weitesten verbreiteten Konzepte der Qualitätssicherung dar. Auch im Reha-QS-Programm der DRV (Ostholt-Corsten, 2020) werden mittels unterschiedlicher Instrumente und Datenquellen Qualitätsindikatoren für diese drei Qualitätsdimensionen erhoben (Parameter der Strukturqualität, Rehabilitandenstruktur, KTL, Peer Review, Reha-Therapiestandards, Rehabilitandenbefragung). Die klassische Gliederung impliziert ein Kausalmodell, d.h. dass die Strukturqualität die Prozessqualität beeinflusst und letztere wiederum die Ergebnisqualität (mit-) bestimmt. Die Zusammenhänge zwischen Indikatoren der drei Qualitätsbereiche und deren Bedeutungsgehalt sind im Rehabereich bisher wenig empirisch untersucht worden (Farin et al., 2001; Schmidt et al., 2020; Forschungsgruppe Requamo, 2021). Vor diesem Hintergrund wurde in der Requamo-II-Studie (Forschungsgruppe Requamo, 2021) auch überprüft, ob zwischen Routine-Indikatoren aus dem QS-Programm und dem längerfristigen Reha-Outcome Zusammenhänge bestehen.

Methoden

Im Rahmen der Reha-QM-Outcome-Studie II (Forschungsgruppe Requamo, 2021) wurden für N=74 Fachabteilungen aus 41 Rehakliniken zeitgleiche Qualitätskennwerte aus dem QS-Programm der DRV (Zufriedenheit mit der Reha, Behandlungserfolg, KTL-Parameter, RTS, Rehabilitandenstruktur) und zusätzliche Kennwerte (z.B. Laufzeit der E-Berichte) erhoben (für den Beitrag wurden 30 Kennwerte ausgewählt). Um zu überprüfen, ob diese Kennwerte mit dem längerfristigen Outcome in Beziehung stehen, wurden aus der Nachbefragung (N > 7500 Teilnehmer) und der Reha-Statistik-Datenbasis exemplarisch 6 Outcome-Parameter herangezogen (Behandlungszufriedenheit, Veränderungen, Nutzen der Reha, Zielerreichung, multiples Ergebniskriterium MOC, SV-Beitragszahlungen im Jahr nach der Reha) und die Mittelwerte dieser Ergebnismaße für die beteiligten Fachabteilungen berechnet. Zur Ermittlung der Zusammenhänge wurden Rangkorrelationen nach Spearman berechnet.

Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt, dass ein gutes Drittel aller Korrelationen (66 der 180) zumindest auf dem 5%-Niveau signifikant (grau unterlegt) ist. Die Koeffizienten weisen auf schwache ($r < .30$) bis starke Effekte ($r \geq .50$) zwischen den überprüften Qualitätsmerkmalen und den Outcomes hin. Gehäuft zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen Kennwerten aus der DRV-Rehabilitandenbefragung (vgl. die Zeilen 1-6) und fast allen Ergebnismaße (Ausnahme: Beitragszahlungen). Die deutlichsten Beziehungen bestehen mit $r= .76$ bzw. $r = -.81$ zwischen dem Qualitäts-Parameter „Zufriedenheit mit der Reha“ (DRV-Befragung) bzw. dem DRV-Item „Bewertung der Reha insgesamt“ (1 = sehr gut, 5 = schlecht) und der Skala ZUF-8 („Behandlungszufriedenheit“). Rehabilitanden aus Fachabteilungen, die in DRV-Berichten „gute“ Werte erreichen zeigen also in der Nachbefragung ebenfalls „gute“ Werte. Eher geringe

oder fehlende Zusammenhänge können hingegen zwischen Qualitätskennwerten aus den Bereichen KTL / RTS / Laufzeit der E-Berichte und den Ergebnismaßen beobachtet werden. Lediglich der KTL-Indikator „Leistungsverteilung“ korreliert hier mit drei Ergebnismaßen im Bereich > |.25|.

Tab. 1: **Zusammenhang zwischen Kennzahlen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Fachabteilungen und Outcome-Kennwerten; Rangkorrelationen nach Spearman, N_{max}=72 Abteilungen. Koeffizienten** ≥ |.10|

			1	2	3	4	5	6
	S-P-E-Indikatoren		ZUF-8	BESS8	NUTZ	ZE	MOC	SV_B
1	Zufriedenheit (QP)	RB	**.76**	**.32**	**.63**	**.59**	**.36**	-
2	Bewertung Reha insgesamt (M)	RB	**-.81**	**-.36**	**-.68**	**-.64**	**-.30**	.11
3	Behandlungserfolg (QP)	RB	**.59**	**.45**	**.51**	**.55**	**.44**	-
4	Subjektiver Behandlungserfolg %	RB	**.60**	**.46**	**.52**	**.57**	**.44**	-
5	Besserung Gesundheitszustand %	RB	**.47**	**.51**	**.42**	**.48**	**.39**	-
6	Besserung Leistungsfähigkeit %	RB	**.43**	**.48**	**.37**	**.38**	**.50**	.11
7	Leistungsmenge (QP)	KTL	-.17	-	-	-	.21	-
8	Leistungsdauer (QP)	KTL	-.25	.11	-.12	-.15	.24	.18
9	Leistungsverteilung (QP)	KTL	-.17	-	-.12	**-.27**	**.26**	**.28**
10	Therapeutische Versorgung (QP)	KTL	-.23	-	-	-.17	.23	.14
11	Reha-Therapie-Standards (QP)	RTS	.11	.20	.11	.16	.18	.20
12	Ø Laufzeit E-Berichte	eE	-	-.10	-	-	-	.10
13	Größe der Klinik (Bettenzahl)	eE	-	.12	-	-	-	-
14	Größe der FA (Bettenzahl)	eE	.20	.18	**.26**	.18	.23	**.29**
15	Anzahl Rbd.in der FA/Jahr	RS	-	.12	-	-	.23	**.48**
16	Ø Alter der Rehabilitanden	RS	.20	**.25**	.18	**.28**	-	**-.35**
17	Ø Anteil Rentner	RS	-	.14	-	-	-.19	**-.53**
18	Ø Anteil AHB	RS	**.33**	**.31**	**.38**	**.57**	-	**-.45**
19	Ø Anteil Arbeitslose	RS	-.20	-.13	**-.25**	-	-.11	.11
20	Ø Anteil Rbd. ohne AU-Zeiten	RS	-	-.15	-	-	-.10	**.28**
21	Ø Anteil Rbd. mit EM-Antrag	RS	-.11	-	-.12	**-.25**	-	-
22	Ø Anteil Rbd. mit dt. Staatsangehörigkeit	RS	-	-	-.10	-.14	-	-
23	Ø Anteil Eilfälle	RS	**-.43**	**-.32**	**-.46**	**-.57**	-	**.38**
24	Ø Maßnahmendauer	RS	-.18	-.24	-.21	**-.41**	-	.22
25	Ø Anteil Rbd. mit MBOR-Maßnahmen	RS	**-.27**	**-.27**	-.23	**-.26**	-.14	.18
26	Ø Anteil Rbd. ohne bes. Maßnahmen	RS	**.26**	**.35**	**.26**	**.33**	.17	-.18
27	Ltd. Arzt hat FA-Qualifikation (1,0)	eE	-	.17	-	-	-	-.13
28	Spezifische Konzepte und Verfahren	eE	**.31**	.19	**.37**	**.37**	.15	-
29	Index der Strukturqualität (S_QUAL)	eE	.18	-	.19	**.26**	-	-.15
30	Anzahl zusätzlicher Zertifizierungen, Gütesiegel etc.	eE	**.24**	-	.14	.18	-.16	-

Legende:
ZUF-8 = Behandlungszufriedenheit (8-Item-Skala) / BESS8 = direkte Veränderungsskala (hohe Werte entsprechen vielen positiven Veränderungen) / NUTZ = Nutzen der Reha (1-4, wobei 4 = großer Nutzen) / ZE = Erreichungsgrad persönlicher Rehaziele (hohe Werte = hohe Zielerreichung) / MOC = multiples Ergebniskriterium, MOC27D / SV_B = Beitragszahlungen zur Sozialversicherung im Jahr nach der Reha (gewichtete Beitragsmonate) / RB = Rehabilitandenbefragung / KTL = Klassifikation Therapeutischer Leistungen / RTS = Reha-Therapie-Standards / RS = Rehabilitandenstruktur / eE = eigene Erhebung / QP = nicht adjustierte Qualitätspunkte / M = Mittelwert / Rbd. = Rehabilitanden / S_QUAL = Ø Ausprägung von 12 Strukturbereichen (Belegungsrelevante Merkmale, Barrierearmut, räumliche Ausstattung, berufsgruppenspezifische Funktions-

Moderate bis große Effekte zeigen sich auch mit Merkmalen der Rehabilitandenstruktur: Je höher der durchschnittliche Anteil von Eilfällen in der Fachabteilung, desto geringer in der Nachbefragung die Behandlungszufriedenheit (ZUF-8), die Veränderungen (BESS8), die Nutzenbewertung (NUTZ) und der Erreichungsgrad per-sönlicher Ziele (ZE). Interessant ist

auch, dass zwischen dem Qualitätsmerkmal „Spezifische Konzepte und Verfahren“ und den meisten Ergebnismaßen ein moderater positiver Zusammenhang vorliegt.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass zum Teil deutliche Zusammenhänge zwischen QS-Parametern aus der DRV-Patientenbefragung (Zufriedenheit, Behandlungserfolg) und Ergebnismaßen der 1-Jahres-Katmanese bestehen. Die beobachtbaren Zusammenhänge differieren in Abhängigkeit vom Qualitätsbereich und sind bei KTL-und RTS-Indikatoren vergleichsweise deutlich geringer. In der Gesamtschau sprechen die Befunde dafür, derartige Beziehungen an noch größeren Stichproben (von Kliniken/Abteilungen) zu überprüfen, um den Bedeutungshorizont der in der Routine verwendeten Qualitätsindikatoren besser einschätzen zu können. Dies erscheint insbesondere im Lichte einer qualitätsorientierten Belegungssteuerung sinnvoll.

Take-Home-Message

Fachabteilungsbezogene Qualitätsindikatoren der Routine-Rehabilitandenbefragung der DRV korrelieren hoch mit längerfristigen Outcomes von Rehabilitanden, die in diesen Fachabteilungen behandelt wurden. Generell sollte der Bedeutungsgehalt aller Qualitätsindikatoren der Routine-QS vermehrt empirisch überprüft werden.

Literatur

Donabedian, A., Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Quart, Vol. 44, No. 3, 1966: 166-206.

Farin, E., Burchardi-Grabic, N., Gerdes, N., Jäckel, W.H., Klein, K., Der Zusammenhang zwischen Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität in kardiologischen und orthopädischen Rehabilitationskliniken. In Inter-netausgabe des Tagungsbandes zum 10. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium 2001: S. 50-51.

Forschungsgruppe Requamo (Hg.). Requamo II-Studie: Entwicklung eines Reha-Outcome-Index als Element der Klinikbewertung und Instrument eines qualitätsorientierten Benchmarking für stationäre Rehabilitation.Abschlussbericht. Karlsruhe, Bad Buchau: GfQG, IFR; 2021. Download unter: https://gfqg.de/c2/assets/d4f61b18-2808-4eae-80c5-6d4aed0dbc4f.pdf.

Ostholt-Corsten, M., Reha-Qualitätssicherung. In Köllner V & Bassler M (Hrsg): Praxishandbuch Psychosomati-sche Medizin in der Rehabilitation. Urban & Fischer (Elsevier) 2020: S. 207-213.

Schmidt, J., Kaiser, U., Nübling, R.: Zusammenhänge unterschiedlicher Qualitätsparameter (Kennzahlen) aus der externen Qualitätssicherung der DRV.DRV-Schriften, Band 120, 2020: S.209-211.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Deutsche Rentenversicherung Nordbayern, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Behandlungserfolg und Selbsteinschätzung zur beruflichen Wiedereingliederung bei ambulanten psychiatrischen Rehabilitand*innen mit und ohne Schmerzerleben

Ina Knoop[1]; Miriam Traugott[1]; Barbara Haider-Novak[1]; Daniela Fischer-Hansal[1]; Alexandra Schosser[2]; Birgit Senft[1]

[1] Zentren für seelische Gesundheit BBRZ-MED; [2] Sigmund Freud PrivatUniversität

Hintergrund und Zielstellung

Psychische Erkrankungen sind mit Abstand die häufigsten Gründe für Invalidität und Berufsunfähigkeit und damit für Frühpensionierungen (Pensionsversicherungsanstalt 2022). Im Durchschnitt leiden 30-50% der Patient*innen mit Depressionen unter Schmerzbeschwerden (Kroenke et al., 2011). Patient*innen, die einer psychosomatischen Rehabilitation zugewiesen waren, profitierten weniger gut von der Rehabilitation, wenn zusätzlich eine Schmerzstörung vorlag (Kessemeier et al., 2021).

Zielsetzung der Studie ist die Analyse von Unterschieden zwischen Rehabilitand*innen mit und ohne Schmerzerleben in Bezug auf den Rehabilitationserfolg sowie die subjektiv eingeschätzte voraussichtliche Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt (return to work (RTW)). Die Selbsteinschätzung der RTW erwies sich in zahlreichen Studien als ein valider prognostischer Faktor für sowohl den tatsächlichen Wiedereinstieg ins Berufsleben (Volker et al., 2015), als auch für soziale Leistungen, Invaliditätsrenten und Erwerbstätigkeit (Bethge et al., 2018).

Methoden

824 psychiatrische Rehabilitand*innen (68% affektive Störungen F3, 22% Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen F4, 8% Persönlichkeits-/Verhaltensstörungen F6 und 2% sonstige; 35,9% Männer, ø 44,65 Jahre) wurden im Zeitraum Oktober 2017 bis Juli 2019 bei Beginn und Ende der 6-wöchigen ambulanten Rehabilitation in Ergänzung zu der Routine-Evaluation mittels gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36) und Beck Depression Inventar (BDI-II) schriftlich befragt. Auf Basis der Einschätzung von Schmerzintensität und Ausmaß der damit verbundenen Beeinträchtigung anhand Items 7 und 8 im SF-36 wurden die Rehabilitand*innen zum Vergleich in sechs Gruppen zusammengefasst.

Ergebnisse

Gut die Hälfte der Rehabilitand*innen fühlt sich durch Schmerzen beeinträchtigt (20% mäßig und 33% ziemlich oder sehr). Rehabilitand*innen mit stärkerer Beeinträchtigung durch Schmerzen sind im Schnitt 5 Jahre älter und signifikant seltener berufstätig. Je stärker die Schmerzen und die damit verbundene Beeinträchtigung sind, desto geringer ist die selbst eingeschätzte Wahrscheinlichkeit nach der Rehabilitation wieder einer Arbeit nachzugehen (Tab. 1). Gegen einen Wiedereinstieg werden körperliche und psychische Gründe

gleichermaßen genannt. Bei Beginn der Behandlung weisen Rehabilitand*innen mit Schmerzsymptomatik stärkere Depressionssymptome auf. Jene, die sich durch Schmerzen stärker beeinträchtigt fühlen, profitieren auch psychometrisch weniger gut als Rehabilitand*innen ohne Schmerzsymptomatik. Bei der depressiven Symptomatik zeigen sich Verbesserungen im Ausmaß mittlerer Effekte (Tab. 2). Die Schmerzen und die damit verbundene Beeinträchtigung wurden am Ende der Rehabilitation etwas positiver eingeschätzt. Zwar bewerten 20% der Rehabilitand*innen Schmerzen und Beeinträchtigungen am Ende der Rehabilitation etwas schlechter, aber gut 30% geben weniger Schmerzen und Beeinträchtigungen an.

Tab. 1: Einschätzung der Chancen nach Rehabilitationsbehandlung

Wie schätzen Sie die Chance ein, nach der Rehabilitationsbehandlung wieder einer Arbeit nachzugehen? (N = 810)	nach 0 bis 3 Monaten	nach 4 bis 12 Monaten	überhaupt nicht mehr	nicht zutreffend
keine/sehr leichte Schmerzen & überhaupt nicht/etwas beeinträchtigt (N = 223)	49,8	33,6	13,0	3,6
leichte/mäßige Schmerzen & überhaupt nicht/etwas beeinträchtigt (N = 154)	45,5	39,6	11,7	3,2
leichte/mäßige Schmerzen & mäßige Beeinträchtigung (N = 162)	29,6	40,7	26,5	3,1
leichte/mäßige Schmerzen & ziemlich/sehr beeinträchtigt (N = 66)	30,3	36,4	28,8	4,5
starke/sehr starke Schmerzen & mäßig beeinträchtigt (N = 32)	31,3	46,9	21,9	
starke/sehr starke Schmerzen & ziemlich/sehr beeinträchtigt (N = 173)	23,1	38,2	35,8	2,9

Tab. 2: Veränderung im Beck Depressionsintentar

Veränderung im Beck Depressionsinventar BDI-II (N = 810)	immer im unauffälligen Bereich <14 Punkte	klinisch signifikante Verbesserung	signifikante Verbesserung	signifikante Verbesserung im unauffälligen Bereich	keine signifikante Veränderung	signifikante Verschlechterung
keine/sehr leichte Schmerzen & überhaupt nicht/etwas beeinträchtigt (N = 223)	15,2	35,0	17,5	4,0	26,0	2,2
leichte/mäßige Schmerzen & überhaupt nicht/etwas beeinträchtigt (N = 154)	10,4	34,4	20,1	1,9	29,2	3,9
leichte/mäßige Schmerzen & mäßige Beeinträchtigung (N = 162)	4,3	19,1	31,5	1,2	40,7	3,1
leichte/mäßige Schmerzen & ziemlich/sehr beeinträchtigt N = 66)	1,5	25,8	27,3	1,5	36,4	7,6
starke/sehr starke Schmerzen & mäßig beeinträchtigt (N = 32)	0,0	15,6	46,9	0,0	37,5	0,0
starke/sehr starke Schmerzen & ziemlich/sehr beeinträchtigt (N = 173)	0,6	18,5	35,3	1,2	41,0	3,5

Diskussion und Fazit

Psychiatrische Rehabilitand*innen mit Schmerzbeeinträchtigungen weisen neben einer schlechteren subjektiven RTW-Prognose auch etwas geringere Reha-Erfolge auf. Die Ergebnisse passen in das Verständnis, dass aufgrund der Überschneidung von chronischem Schmerz und psychischer Gesundheit angepasste Behandlungsansätze notwendig sind, um für diese Gruppe eine höhere RTW-Prognose und langfristig auch mehr soziale Teilhabe zu erreichen. Die Erfassung von Schmerzen und der damit verbundenen Beeinträchtigung ist ein wichtiger Indikator für das „Gesamtbild“ der Rehabilitand*innen und kann den Rehabilitand*innen die Perspektive auf bio-psycho-soziale Zusammenhänge und damit einhergehende Salutogenese erweitern. Für diesen Zweck sind die beiden bisher verwendeten Items nicht hinreichend, daher wurde das Schmerz-Assessment in der Einrichtung angepasst und erweitert.

Take-Home-Message

Subjektives Schmerzerleben ist ein negativer Prädiktor für den Behandlungserfolg bei psychiatrischen Rehabilitand*innen und geht mit einer kritischeren RTW-Selbsteinschätzung einher. Es braucht daher eine Erfassung der Schmerzbeeinträchtigung am Beginn der Rehabilitation und optimalerweise adaptierte schmerztherapeutische Reha-Angebote.

Literatur

Bethge, M., Spanier, K., Peters, E., Michel, E., Radoschewski, M. (2018). Self-Reported Work Ability Predicts Rehabilitation Measures, Disability Pensions, Other Welfare Benefits, and Work Participation: Longitudinal Findings from a Sample of German Employees. J Occup Rehabil. 28(3):495-503. doi: 10.1007/s10926-017-9733-y. PMID: 28956225.

Kessemeier, F. & Bablok, I. & Bassler, M. & Nübling, R. & Kobelt-Pönicke, A. (2021). Welchen Einfluss haben Schmerzstörungen auf den Reha-Erfolg in der psychosomatischen Rehabilitation? In book: 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Teilhabe und Arbeitswelt in besonderen Zeiten (pp.143-145) Publisher: DRV Schriften Band 123.

Kroenke, K., Wu, J., Bair, M. J., Krebs, E. E., Damush, T. M., Tu, W. (2011). Reciprocal Relationship between Pain and Depression: A 12-Month Longitudinal Analysis in Primary Care. J Pain, 12 (9), 964-973. doi: 10.1016/j.jpain.2011.03.003.

Pensionsversicherungsanstalt (2022): PV 2022: Zahlen - Daten - Fakten über die PV. Wien. URL: http://www.pv.at/cdscontent/?contentid=10007.707631&portal=pvaportal, Abruf: 24.10.2022.

Volker, D, Zijlstra-Vlasveld, M.C., Brouwers, E.P., van Lomwel, A.G., van der Feltz-Cornelis, C.M. (2015). Return-to-Work Self-Efficacy and Actual Return to Work Among Long-Term Sick-Listed Employees. J Occup Rehabil. 25(2):423-31. doi: 10.1007/s10926-014-9552-3. PMID: 25354750.

Berufliche Teilhabe nach einer psychosomatischen Rehabilitation. Repräsentative Analysen auf Basis der DRV-Routinedaten

Anne-Kathrin Mayer; Marco Streibelt; Pia Zollmann

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die berufliche Wiedereingliederung (Return to Work, RTW) nach Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Störungen gestaltet sich oftmals schwierig. Aus internationalen Studien wurden RTW-Quoten zwischen 44 % (Hoff et al., 2022) und mehr als 90 % (Roelen et al., 2012) über Zeiträume von drei Monaten bis zu fünf Jahren berichtet. Erschwert wird der RTW durch ein höheres Lebensalter und schwere Krankheitsverläufe mit langen Arbeitsunfähigkeiten sowie Komorbiditäten (Fisker et al., 2022). Häufig münden psychische Erkrankungen in ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (DRV, 2021). Vor diesem Hintergrund greift der vorliegende Beitrag auf Daten der Deutschen Rentenversicherung zurück, um zur Beantwortung folgender Fragen beizutragen:

(1) Wie hoch ist die berufliche Teilhabe von Rehabilitand*innen mit psychischen Störungen im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation?

(2) Welche soziodemografischen, erwerbs- und gesundheitsbezogenen Faktoren determinieren die berufliche Teilhabe?

Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde die Reha-Statistik-Datenbasis-Verlaufserhebung der Jahre 2012 bis 2019 genutzt. Eingeschlossen wurden alle pflichtversicherten Rehabilitand*innen, die im Jahr 2017 eine Rehabilitation in einer psychosomatischen Fachabteilung mit Bewilligungs- und Entlassungsdiagnose (jeweils 1. Diagnose) aus dem Kapitel F („Psychische und Verhaltensstörungen"; ausgenommen F10-F19) der ICD-10 erhalten hatten.

Als Indikator für RTW fungierte die stabile Beschäftigung 12 resp. 24 Monate nach Reha-Ende, definiert als aktive sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im 12. resp. 24. Monat des Beobachtungszeitraums sowie in den vorhergehenden 3 Monaten. Einflussfaktoren auf die stabile Beschäftigung wurden in logistischen Regressionsanalysen ermittelt.

Ergebnisse

Die Gesamtstichprobe umfasst N = 122.623 Rehabilitand*innen. Die häufigsten Diagnosen waren Rezidivierende depressive Störungen (RD; F33, 35 %) und Depressive Episoden (DE; F32, 23 %), gefolgt von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (BR; F43, 15 %), Angststörungen (AS; F40 / F41, 8 %) und Somatoformen Störungen (SO; F45, 7 %).

Psychosomatische Rehabilitand*innen waren im Mittel 50 Jahre alt; knapp zwei Drittel (64 %) waren weiblich und 72 % waren zu Reha-Beginn in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Lediglich 9 % wiesen im Jahr vor der Rehabilitation keine Arbeitsunfähigkeitszeiten, 40 % hingegen mindestens sechsmonatige Fehlzeiten auf. Insgesamt fanden sich nur wenige substanzielle Unterschiede in der Ausgangslage zwischen den Diagnosegruppen.

24 Monate nach Reha-Ende erreichten etwa 58 % der psychosomatischen Rehabilitand*innen eine stabile berufliche Teilhabe (siehe Abb. 1). In der Gruppe SO gelang dies etwa der Hälfte (48 %) der Betroffenen, in der Gruppe BR waren es zwei Drittel (67 %). Demgegenüber bezogen 19 % der Gruppe SO, aber nur 7 % der Gruppe BR am Ende des Beobachtungszeitraums eine Erwerbsminderungsrente.

In den logistischen Vorhersagemodellen liegt die Modellgüte für die Vorhersage des Zielkriteriums „Stabile Beschäftigung 24 Monate nach Reha-Ende" insgesamt sowie in den Diagnosegruppen im moderaten Bereich (R2 nach Nagelkerke: 0,29 bis 0,36, Area under the curve: 0,78 bis 0,81). Als stärkste Einflussfaktoren erwiesen sich in allen Gruppen die Arbeitsunfähigkeitszeiten in den 12 Monaten vor Rehabilitation, die Höhe des Entgelts vor Rehabilitation und das Alter.

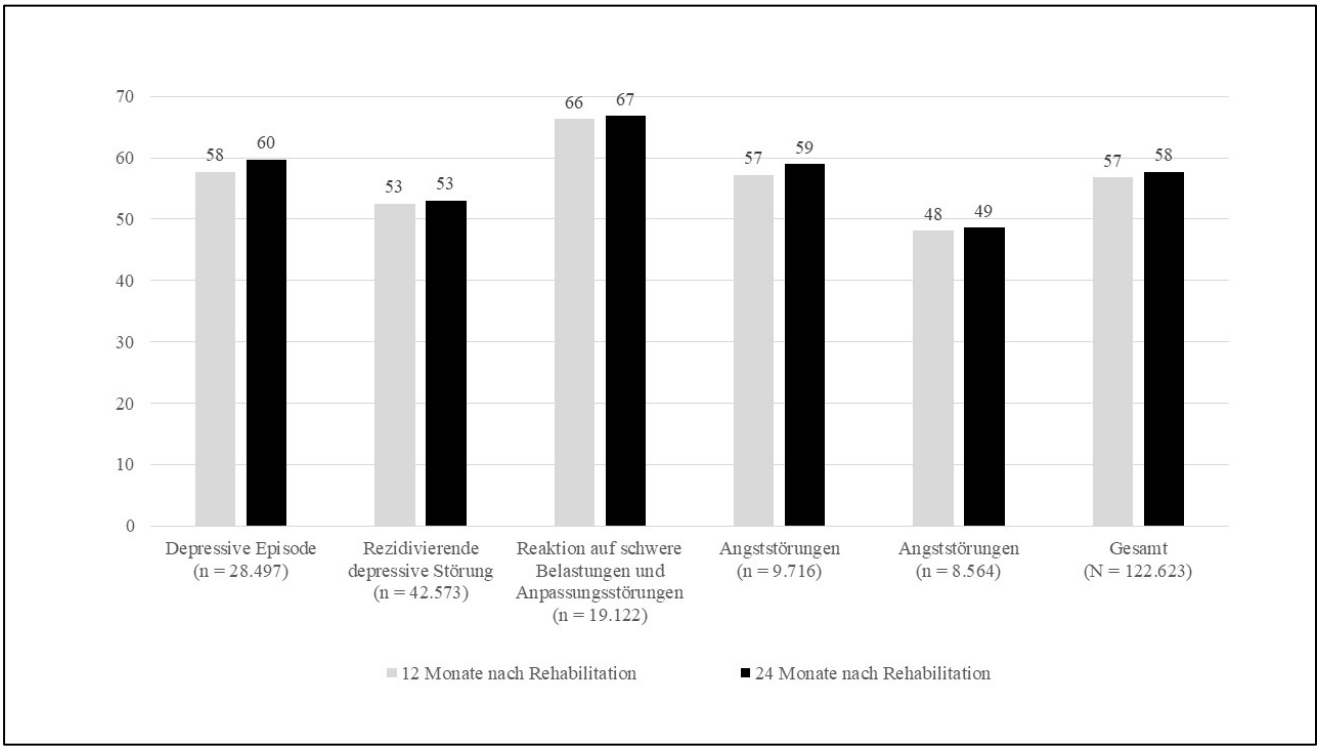


Abb. 1: Anteile von Personen in stabiler Beschäftigung 12 bzw. 24 Monate nach einer psychosomatischen Rehabilitation in verschiedenen Diagnosegruppen sowie in der Gesamtgruppe (ohne Altersrentenzugänge).

Diskussion und Fazit

Unabhängig von der spezifischen Diagnose leisten soziodemografische Faktoren (ausgenommen das Alter) keine substanziellen Beiträge zur Vorhersage stabiler Beschäftigung. Demgegenüber besitzen erwerbs- und gesundheitsbezogene Informationen jeweils hohen prognostischen Wert. Insbesondere die Länge vorausgegangener Fehlzeiten ist für berufliche Teilhabe von großer Bedeutung. Der Beitrag liefert damit repräsentative Erkenntnisse zu Quoten beruflicher Teilhabe und sozialmedizinischen Risiken psychosomatischer Rehabilitand*innen, die für die Interpretation künftiger Studien im Themenfeld genutzt werden können.

Take-Home-Message

Deutlich mehr als die Hälfte der Rehabilitand*innen erreichen 24 Monate nach einer psychosomatischen Rehabilitation der Rentenversicherung eine stabile berufliche Teilhabe; die Länge vorausgegangener beruflicher Fehlzeiten stellt hierfür den wichtigsten Prädiktor dar.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2021). Reha-Bericht 2021. URL: www.reha-berichte-drv.de, Abruf 04.10.2022.

Fisker, J., Hjorthøj, C., Hellström, L., Mundy, S.S., Rosenberg, N.G. & Eplov, LF. (2022). Predictors of return to work for people on sick leave with common mental disorders: a systematic review and meta-analysis. International Archives of Occupational and Environmental Health, 95, 1-13.

Hoff, A., Poulsen, R.M., Fisker, J., Hjorthøj, C., Rosenberg, N., Nordentoft, M., ... & Eplov, L.F. (2022). Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with depression or anxiety: results from a

three-arm, parallel randomised trial. Occupational and Environmental Medicine, 79, 134-142.

Roelen, C.A.M., Norder, G., Koopmans, P.C., Van Rhenen, W., Van Der Klink, J.J.L., & Bültmann, U. (2012). Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when? Journal of Occupational Rehabilitation, 22, 409-417.

Interessenkonflikt: Alle Autor*innen sind Mitarbeitende der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Effectiveness of the intervention "INREFA 1.0": First evidence.

Dimitra Savvoulidou[1]; Marion Zindel[2]; Axel Kobelt-Pönicke[3]

[1] Stiftung Universität Hildesheim; [2] Inn-tegrativ gGmbH;
[3] Deutsche Rentenversicherung Braunschweig - Hannover

Hintergrund und Zielstellung

The number of temporary disability pensioners due to mental and psychosomatic disorders has increased in the last 25 years in Germany (DRV, 2017). Of those, only a small proportion expresses the willingness and takes action to get reintegrated into working life (Savvoulidou et al., 2022; Briest, 2020; Zschucke et al., 2016; Kobelt et al., 2009). This study aimed mainly to evaluate the effectiveness of the intervention "INREFA 1.0" regarding the return to work.

Methoden

INREFA 1.0 is an intervention, provided by the Regional German Pension Insurance of Brunswick-Hannover (DRV BS-H) in cooperation with a vocational training institute. It targets and supports temporary disability pensioners, wishing to get reintegrated into the labor market. The main intervention consists of 25 case-management sessions, with the opportunity to get extended.

The sample comprised n=40 temporary disability pensioners (77.5% women), aged from 25 to 59 years (M=45.01; SD=8.21), receiving a full disability pension. The mean age of retiring was 40.10 years (SD=8.25). All participants had at least one mental disorder along with other comorbid diseases. The following diagnoses were identified among others from history records and grouped into categories according to ICD-10: F30-F39 Mood disorders (82.5%), F40-F48 Anxiety, dissociative, stress-related, somatoform and other nonpsychotic mental disorders (85.0%), M00-M99 Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (37.5%), F60-F69 Disorders of adult personality and behavior (30.0%), E00-E90 Endocrine, nutritional and metabolic diseases (25.0%), I00-I99 Diseases of the circulatory system (22.5%), and F10-F19 Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (15.0%).

Ergebnisse

Six individuals are still enrolled in the program and take part in case-management sessions, while one of the participants died, after getting quitted of it. Concerning the current employment and retirement status of the participants (n=39), 12.8% have returned to working

life, either full- or part-time, whereas 82.1% still receive a full disability pension. A total of 28 individuals (70.0%) have either quitted or temporarily stopped the program. The reasons were: a. no progression predicted; b. deterioration, or participation not possible due to health conditions; c. under therapeutic treatment, or participation in other rehabilitation programs; d. no contact possible; e. lack of resilience; f. other reasons. Overall, an average of 765.41€ (SD=905.45) and 11.76 hours of sessions (SD=13.10) were spent on this intervention.

Diskussion und Fazit

Approximately 13% of the participants have returned to employment subject to compulsory insurance. Although this proportion appears to be low, it is a quite satisfying result for a such target group. These individuals experience often comorbid disorders, a high level of distress, and display resistance to treatment. Thus, this intervention seems to be very promising and needs to get further investigated.

Take-Home-Message

The reintegration of disability pensioners is a very challenging topic. Although a case-management intervention seems to be effective, further investigation is needed. The difficulties faced by those individuals, causing the discontinuation of the intervention, are huge. The question is how we could prevent this tendency.

The additional utilization of other programs or interventions, such as e-mental-health, in combination with INREFA 1.0, could reduce the incidence of discontinuation due to deterioration of mental health, lack of resilience, and need for psychotherapeutic treatment.

Literatur

Briest, J. (2020): Gesundheitszustand, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Einstellung zur Rückkehr ins Erwerbsleben bei zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrentnern. Das Gesundheitswesen, 82. 794-800.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2017). Jahresbericht 2016 (E-Paper). Berlin: DRV Bund.

Kobelt, A., Grosch, E., Hesse, B., Gebauer, E. & Gutenbrunner, C. (2009). Wollen psychisch erkrankte Menschen, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden? PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 59. 273–280.

Savvoulidou, D., Kröger, C., Kobelt-Pönicke, A. (2022). Temporary disability pension recipients: Contextual stress factors and their effect on return-to-work-intention. Die Rehabilitation, [under review].

Zschucke, E., Hessel, A., Lippke, S. (2016). Befristete Erwerbsminderungsrente aus Sicht der Betroffenen: subjektiver Gesundheitszustand, Rehabilitationserfahrungen und Pläne zur Rückkehr ins Erwerbsleben. Die Rehabilitation, 55. 223-229.

Entwicklung der beruflichen Teilhabe bei Patienten mit seropositiver rheumatoider Arthritis unter erfolgreicher leitliniengerechter medikamentöser Therapieintervention

Sara Eileen Meyer[1]; Juliana Rachel Hoeper[2]; Ioana Iliadis[1]; Kai G Kahl[1]; Torsten Witte[1]; Kirsten Hoeper[1]; Dirk Meyer-Olson[3]

[1] Medizinische Hochschule Hannover; [2] Leibniz Universität Hannover;
[3] m&i Fachklinik Bad Pyrmont und Medizinisches Forschungszentrum Weserbergland, Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Die rheumatoide Arthritis (RA) zählt trotz medikamentöser Therapieerfolge weltweit zu den häufigsten Erkrankungen mit einem Rehabilitationsbedarf (Cieza et al., 2021). Daten zeigen eine numerische Zunahme von Lebensjahren mit Behinderung bei RA-Patienten in Deutschland von 1990 bis 2017 (Safiri et al., 2019). Auch Einschränkungen der beruflichen Teilhabe (bT) sind weiterhin hochprävalent (Gwinnutt et al., 2020). Ein besseres Verständnis über den Verlauf der bT unter einer medikamentösen Therapie ist wichtig für die rehabilitationsmedizinische Behandlungsplanung. Wir untersuchen Einschränkungen der bT auf Patientenebene unter medikamentöser Therapie über 12 Monate. Die multizentrische ERFASS-Studie untersuchte prospektiv Patienten mit seropositiver RA im aktiven Schub nach Beginn einer leitliniengerechten medikamentösen Therapie über 12 Monate zwischen 01/2018 und 12/2019 (Hoeper et al., 2021). Diese Auswertung untersucht Patienten im erwerbsfähigen Alter (18-65 Jahre) ohne Studierende und Altersrentner. Wir analysieren die bT anhand des WPAI von Patienten mit einem zu allen drei Messzeitpunkten (Monat 0, 6 und 12) kompletten Datensatz. Die Messung der Krankheitsaktivität erfolgte mittels DAS28.

Ergebnisse

Eingeschlossen wurden 122 Patienten mit einem mittleren Alter von 52,8 Jahren (SD: 8,5), davon waren 73,0% weiblich. Die Krankheitsaktivität nach DAS28 sank im Studienverlauf signifikant von 4,2 zu Baseline auf 2,5 zu Monat 12 ab ($p < 0{,}001$). Der Anteil an nichtberufstätigen Patienten stieg numerisch im Studienverlauf von 30,3% auf 36,1% ($p=0{,}085$). Der Anteil an Patienten mit Absentismus verringerte sich signifikant von 22,1% bei Baseline auf 12,3% bei Monat 12 ($p=0{,}033$). Es fanden sich geringe Veränderungen beim Präsentismus (Monat 12: 35,2%; $p=0{,}086$). Der Anteil an Patienten mit uneingeschränkter bT stieg signifikant von 10,7% zu Baseline auf 16,4% bei Monat 12 ($p < 0{,}001$).

Abbildung 1 zeigt die Einschränkungen der bT der einzelnen Patienten zur Beurteilung der Entwicklung der bT auf Patientenebene über den gesamten Studienverlauf. Abbildung 2 bildet im Sankey-Diagramm die quantitativ relevanten Veränderungen der bT im Studienverlauf ab.

Patienten, welche im Rahmen des akuten Krankheitsschubes bei Baseline nicht berufstätig waren, waren zu 91,9% auch bei Studienende nicht wieder berufstätig. Alle Patienten, welche erstmalig zu Monat 6 nicht mehr berufstätig waren (n=7), waren auch zu Monat 12 nicht wieder in einem Beschäftigungsverhältnis (Abbildung 1).

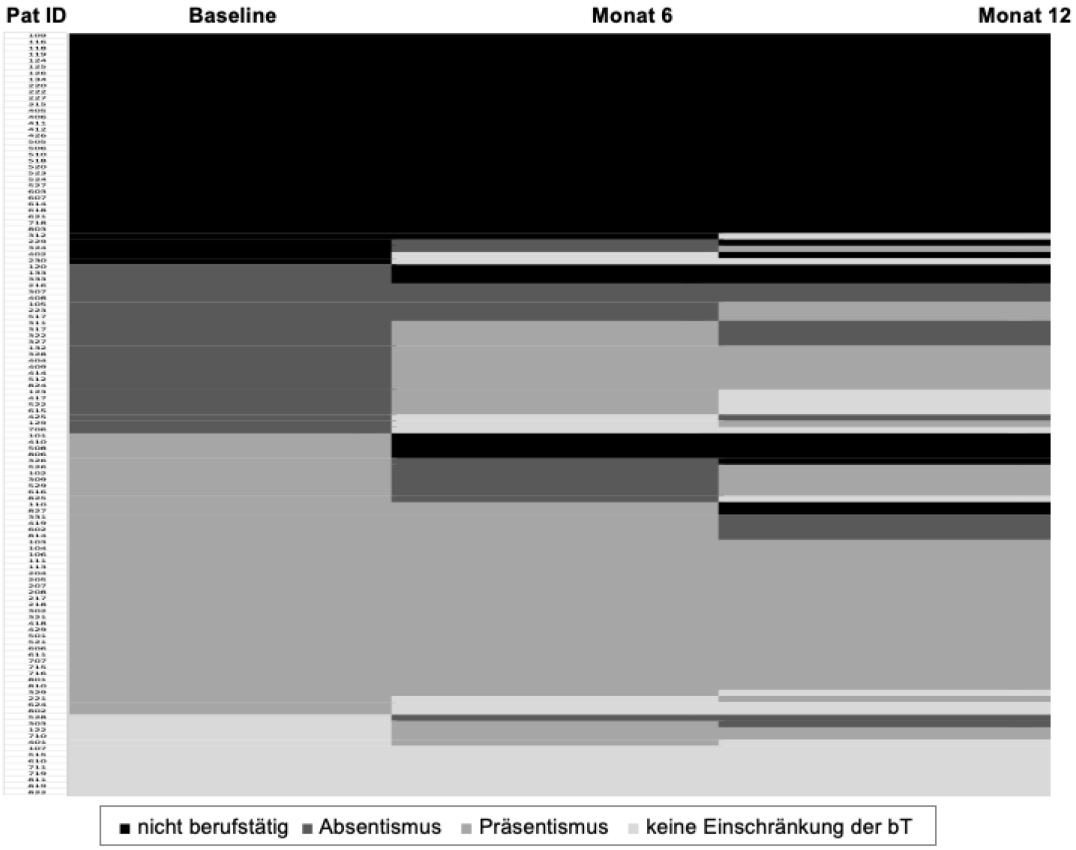


Abb. 1: Heat Map – Berufliche Teilhabe auf Patientenebene

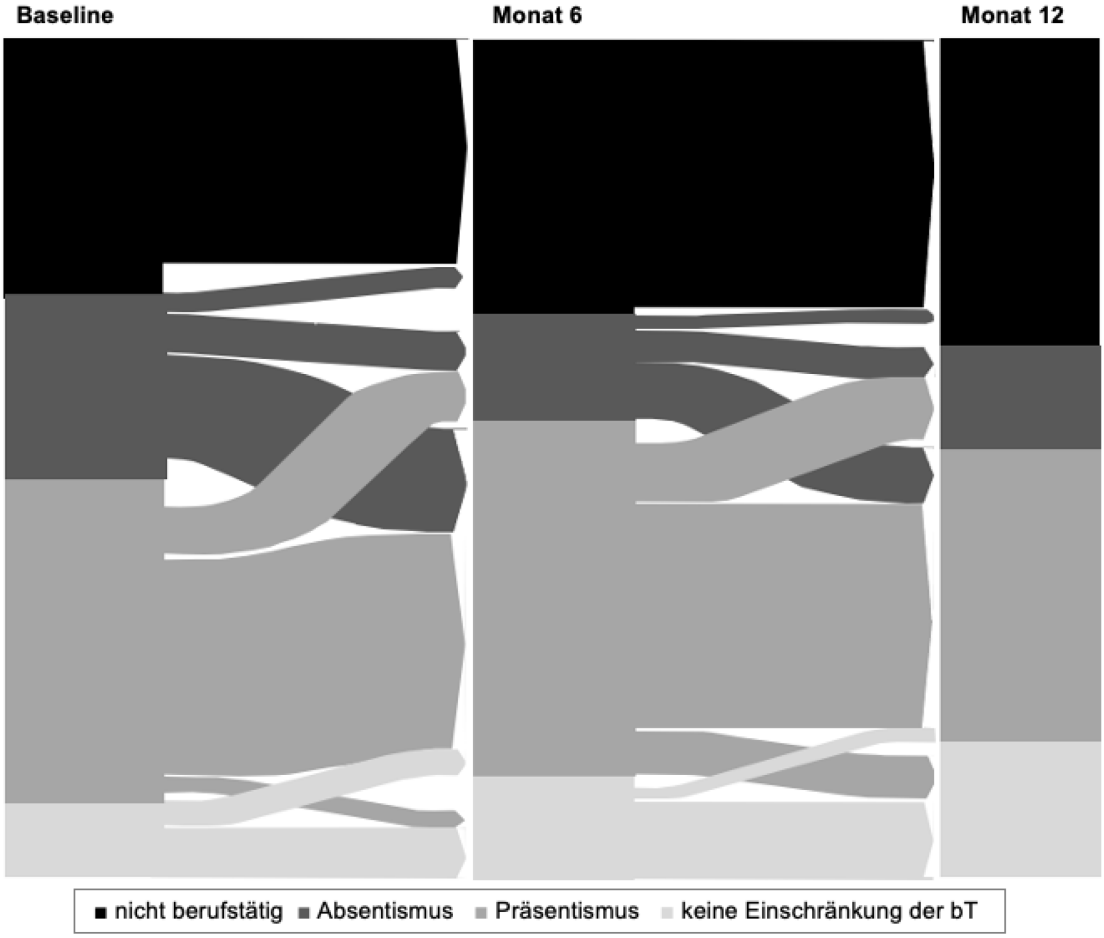


Abb. 2: Sankey-Diagramm – Entwicklung der Dimensionen von beruflicher Teilhabe

Dagegen finden sich in der Gruppe der Patienten mit Absentismus bei Studienbeginn sowohl zu Monat 6 als auch zu Monat 12 die größten Veränderungen der bT im Vergleich zu anderen Patientengruppen. Es zeigt sich bei einem deutlichen Anteil von 40,74% bzw. 18,5% ein Wechsel von Absentismus in Präsentismus oder in eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit von Studienbeginn zu Monat 6, wie auch mit einem Anteil von (50,0% bzw. 6,25%) von Monat 6 zu Monat 12 (Abbildung 1 und 2).

Von den Patienten, die zu Studienbeginn keine Einschränkungen der bT hatten, befanden sich 69,2% zu Studienende immer noch in dieser Dimension, jeweils 15,4% erfuhren zu Studienende jedoch Präsentismus oder Absentismus (Abbildung 1).

Diskussion und Fazit

Wir konnten zeigen, dass RA-Patienten, welche im Rahmen eines akuten Krankheitsschubes bereits nicht mehr berufstätig sind, eine geringe Wahrscheinlichkeit haben, innerhalb von zwölf Monaten medikamentöser Therapie wieder in das Erwerbsleben zurück zu finden. Die größten Verbesserungen der bT werden bei Patienten mit Absentismus erreicht. Zwar nimmt der Anteil von Patienten ohne Einschränkungen der bT signifikant zu, verbleibt aber auf einem niedrigen Niveau.

Unsere Daten bieten eine weitere Grundlage für die Abschätzung der sozialmedizinischen Prognose bei Patienten mit entzündlich-aktiver RA. Eine genauere Charakterisierung dieser vulnerablen Gruppen und die Etablierung eines gezielten Rehabilitationskonzeptes sollten die nächsten Schritte sein.

Take-Home-Message

Die Einschränkungen der bT bei RA-Patienten sind hochprävalent und verbessern sich unter medikamentöser Therapie nur leicht. Patienten ohne Berufstätigkeit, nehmen im Studienverlauf eine Berufstätigkeit selten wieder auf, wohingegen bei Patienten ohne Einschränkungen der bT durchaus ein Risiko haben, eine weitere Minderung ihrer bT zu erfahren.

Literatur

Cieza, A., K. Causey, K. Kamenov, et al. (2021). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019. Lancet, 396(10267), 2006-2017.

Gwinnutt, J. M., S. Leggett, M. Lunt, et al. (2020). Predictors of presenteeism, absenteeism and job loss in patients commencing methotrexate or biologic therapy for rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford).

Hoeper, J. R., J. Zeidler, S. E. Meyer, et al. (2021). Effect of nurse-led care on outcomes in patients with APCA/RF-positive rheumatoid arthritis with active disease undergoing treat-to-target. RMD Open.

Safiri, S., A. A. Kolahi, D. Hoy, et al. (2019). Global, regional and national burden of rheumatoid arthritis 1990-2017. Ann Rheum Dis, 78(11), 1463-1471.

Interessenkonflikt: Dirk Meyer-Olson - erhielt Berater- und Sprecherhonorare von Abbvie, Amgen, Berlin Chemie, Biogen, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Cellgene, Celltrion, Chugai, Fresenius Kabi, Galapagos, GSK, Jansen Cilag, Lilly, Medac, Merck Sharp & Dome, Mylan, Novartis, Pfizer, Sandoz Hexal, Sanofi und UCB; Kirsten Hoeper - erhielt

Berater- und Sprecherhonorare von Abbvie, Chugai, Gilead, Lilly, Novartis, Sandoz Hexal and Sanofi.

Förderung: Gemeinsamer Bundesausschuss - Innovationsfond (2016-2019), 01NVF16029.

Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Trauma-Rehabilitation: Ergebnisse der icfPROreha-Studie bei Patient:innen mit schweren muskuloskelettalen Verletzungen

Sandra Kus[1]; Cornelia Oberhauser[1]; Stefan Simmel[2]; Michaela Coenen[1]

[1] Ludwig-Maximilians-Universität München; [2] BG Unfallkrankenhaus Murnau

Hintergrund und Zielstellung

Physische Aspekte wie die Art und Schwere einer Verletzung sind nicht die einzigen Faktoren, die dazu beitragen, ob eine Person nach einer schweren Verletzung an den Arbeitsplatz zurückkehren kann oder nicht. Ein umfassenderer, biopsychosozialer Ansatz ist erforderlich, um die Komplexität der Rückkehr an den Arbeitsplatz (RTW) vollständig zu verstehen (Duong, Garcia, Hilfiker, Léger & Luthi, 2022). Die Studie zielt darauf ab, Prädiktoren für die RTW 78 Wochen nach der Entlassung aus der stationären Trauma-Rehabilitation bei Patient:innen mit schweren muskuloskelettalen Verletzungen unter Verwendung einer biopsychosozialen Perspektive zu ermitteln.

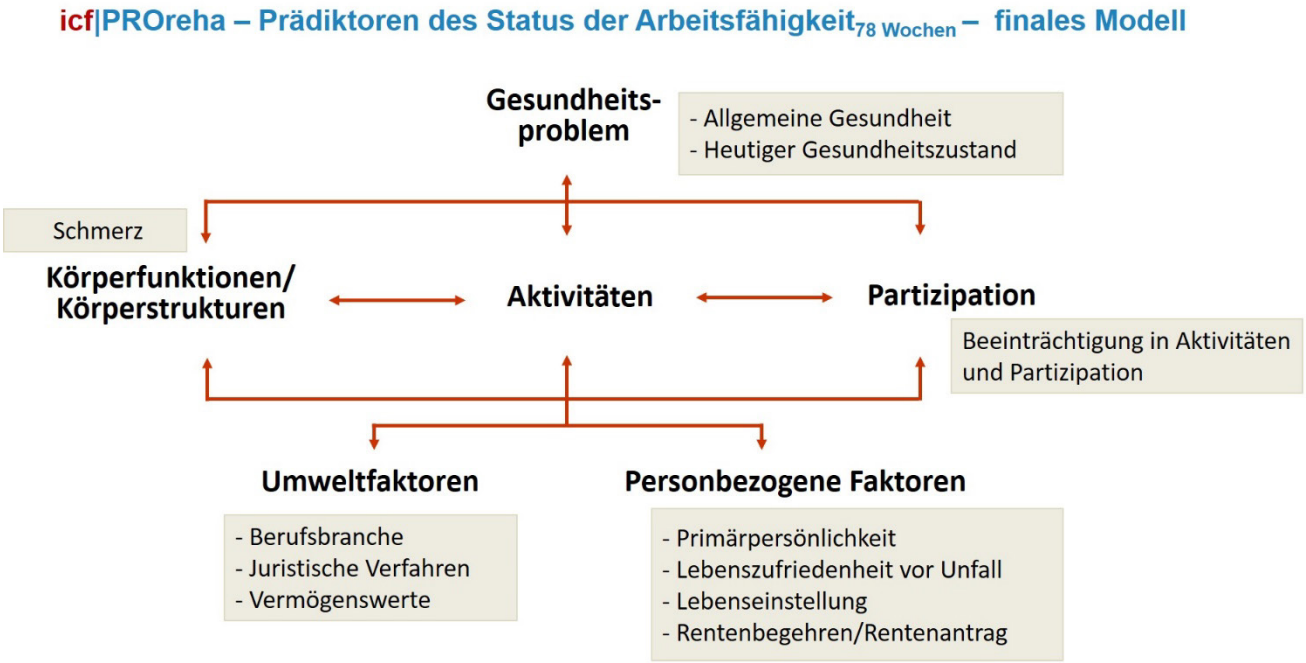
Methoden

Prospektive multizentrische Längsschnittstudie mit einem Follow-up von bis zu 78 Wochen nach der Entlassung aus der ersten stationären Trauma-Rehabilitation. Daten zu potenziellen Prädiktoren wurden bei der Aufnahme in die Rehabilitation mithilfe eines umfassenden Bewertungsinstruments erhoben. Der Status der RTW (ja oder nein) wurde 78 Wochen nach der Entlassung aus der Rehabilitation bewertet. Die Daten wurden nach dem Zufallsprinzip in einen Trainings- und einen Validierungsdatensatz im Verhältnis von 9:1 aufgeteilt. Mit den Trainingsdaten führten wir bivariate und multiple logistische Regressionsanalysen zum Zusammenhang von RTW und potenziellen Prädiktoren durch. Das endgültige Logit-Modell wurde durch schrittweise Variablenauswahl auf der Grundlage des Akaike-Informationskriteriums (AIC) ausgewählt. Das endgültige Modell wurde für die Trainingsdaten und die Validierungsdaten validiert.

Ergebnisse

Die Daten von 761 Patient:innen (n = 561 Männer, 73,7 %; Durchschnittsalter: 47,5 Jahre, SD12,3), die vor allem schwere Verletzungen der großen Gelenke und komplexe Frakturen der großen Röhrenknochen erlitten hatten, konnten für die Analysen berücksichtigt werden. 78 Wochen nach der Entlassung hatten 618 Patienten (81,2 %) ihre Arbeit wiederaufgenommen. Im endgültigen Logit-Modell verblieben elf Prädiktoren: allgemeiner Gesundheitszustand, aktueller Gesundheitszustand, Schmerz, Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe], Berufsgruppe, laufende Rechtsstreitigkeiten, finanzielle Sorgen (Vermögen), Persönlichkeitsmerkmale, Lebenszufriedenheit vor dem Unfall, Lebenseinstellung und Forderung nach Rentenansprüchen. Eine auf dem multiplen

logistischen Regressionsmodell basierende Vorhersagewahrscheinlichkeit für RTW von 76,3 % wurde als optimaler Cut-off-Score auf der ROC-Kurve ermittelt.



Diskussion und Fazit

Ein ganzheitlicher biopsychosozialer Ansatz ist erforderlich, um RTW zu adressieren und die personenzentrierte Behandlung und Rehabilitation zu stärken (Samoborec, Ruseckaite, Ayton & Evans, 2018; Wong, Kwok & Wong, 2021). Ein weites Spektrum potenzieller Prädiktoren für RTW bei Aufnahme in die stationäre Rehabilitation wurde untersucht, um das biopsychosozialen Verständnis von Funktionsfähigkeit und Behinderung einzubeziehen. Auf einer breiten Datengrundlage konnten 11 Prädiktoren für RTW ermittelt werden, die neben Funktionsfähigkeit auch Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren umfassen. Die Ergebnisse dieser Arbeit tragen zu einem besseren Verständnis der Komplexität von RTW nach schweren muskuloskelettalen Verletzungen bei, losgelöst von einem rein biomedizinischen Ansatz.

Um eine optimale Versorgung zu gewährleisten ist es besonders wichtig möglichst früh diejenigen Personen zu identifizieren, die ein Risiko für eine verlängerte bzw. keine RTW haben. So kann in der Steuerung der Versorgung adäquat darauf reagiert werden. Angehörige der Gesundheitsberufe können gezielte Interventionen und Strategien entwickeln, um frühzeitig zu verhindern, dass keine RTW stattfindet. Empfehlungen für Strategien können sich nicht nur auf die Phase der stationären Rehabilitation beziehen, sondern auch bereits nach Abschluss der Akutversorgung ansetzen. Spezialisten der Versicherer, wie z. B. Reha-Manager:innen, können rechtzeitig auf Fälle mit dem Risiko einer verzögerten RTW aufmerksam werden und entsprechende Maßnahmen einleiten.

Take-Home-Message

Es besteht ein Bedarf an einer ganzheitlichen biopsychosozialen Betrachtung von Funktionsfähigkeit und Behinderung, um die personenzentrierte Behandlung nach schweren muskuloskelettalen Verletzungen weiter zu stärken und die Trauma-Rehabilitation zu optimieren.

Unsere Ergebnisse zeigen nicht nur, dass die Berücksichtigung von Kontextfaktoren für die Vorhersage der RTW nach schweren muskuloskelettalen Verletzungen unerlässlich ist, sondern geben auch Aufschluss darüber, welche Kontextfaktoren für die frühzeitige Vorhersage der RTW herangezogen werden sollten.

Mit einer Outcome-Prognose, die auf den identifizierten Prädiktoren basiert, können Patient:innen mit einem möglichen erhöhten Steuerungsbedarf im Rehabilitationsprozess bereits zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme identifiziert werden.

Literatur

Duong, H. P., Garcia, A., Hilfiker, R., Léger, B., & Luthi, F. (2022). Systematic Review of Biopsychosocial Prognostic Factors for Return to Work After Acute Orthopedic Trauma: A 2020 Update. Frontiers in Rehabilitation Sciences, 2. doi:10.3389/fresc.2021.791351.

Samoborec, S., Ruseckaite, R., Ayton, D., & Evans, S. (2018). Biopsychosocial factors associated with non-recovery after a minor transport-related injury: A systematic review. PLoS One, 13(6), e0198352. doi:10.1371/journal.pone.0198352.

Wong, D. W., Kwok, A. W., & Wong, Y. C. (2021). Who are less likely to return to work after getting injured on duty? A 12-month epidemiological evaluation in an orthopedic and traumatology center in Hong Kong. J Occup Health, 63(1), e12255. doi:10.1002/1348-9585.12255.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Die Berücksichtigung person- und umweltbezogener Faktoren in der sozialmedizinischen orthopädischen Begutachtung im KomBi-EMR-Projekt

Judith Gartmann; Andrea Bökel; Christoph Egen; Silke Freihoff

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Im Sozialrecht sowie den Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung finden sich die Forderungen der Berücksichtigung der International Classification of Function, Disability and Health (ICF) wieder (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005; Schuntermann, 2011). Die personbezogenen und Umweltfaktoren der ICF haben maßgeblichen Einfluss auf die individuelle Teilhabe am Erwerbsleben (Hesse, Gebauer, 2011; Grotkamp et al., 2010). Es scheint unklar, inwiefern diese Kontextfaktoren als mögliche Förderfaktoren oder Barrieren hinsichtlich der Funktionsfähigkeit der Begutachteten im Rahmen von sozialmedizinischen Begutachtungen berücksichtigt werden.

Die Fragestellung lautet: Welche personbezogenen Kontextfaktoren und Umweltfaktoren der ICF werden in sozialmedizinischen orthopädischen Gutachten beschrieben?

Methoden

Es wurden sozialmedizinische orthopädische Gutachten der Deutschen Rentenversicherung Bund von 3 Untersucherinnen auf 7 Kapitel mit 62 personbezogenen Kontextfaktoren und 5 Kapitel mit 41 Umweltfaktoren geprüft und deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 215 sozialmedizinische Gutachten des orthopädischen Fachgebietes aus dem Jahr 2017 retrospektiv untersucht. Unter den personbezogenen Faktoren wurden besonders soziodemografische Daten wie kalendarisches Alter (i110) und biologisches Geschlecht (i120) berücksichtigt. Psychosoziales Alter (i112), soziales Geschlecht (i122), Einstellung zur Bildung (i421), Medien- und Fachkompetenz (i442) und Kommunikationsgewohnheiten (i465)wurde nie bis selten benannt. Aus den Kapiteln der Umweltfaktoren wurden Produkte & Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben (e115), Produkte & Substanzen zum persönlichen Verbrauch (e110), die Kategorie Klima (e225) und Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens (e580) am häufigsten dokumentiert. Im Gegensatz dazu wurden Produkte & Technologien zur Kommunikation (e125), Produkte & Technologien von öffentlichen Gebäuden (e150), Unterstützung & Beziehung zu Autoritätspersonen (e330), persönliche Hilfs- und Pflegepersonen (340) sowie insgesamt das Kapitel Einstellungen (E4), selten erfasst.

Diskussion und Fazit

Das Vorhandensein von personbezogenen Faktoren wie Alter und Geschlecht, sind im Rahmen einer medizinischen Begutachtung nicht überraschend.

Auffällig war das Fehlen von Faktoren bezüglich der Handlungskompetenzen (I4) der Begutachteten sowie Aspekte bezüglich Produkten und Technologien zur Erwerbstätigkeit (e135), da diese fördernd und hemmend auf die begutachtete Person einwirken können und somit maßgeblich Einfluss auf eine Rückkehr ins Erwerbsleben haben.

Für ein besseres Verständnis der Ergebnisse sollen die gewonnenen Teilergebnisse dieser Gutachtenanalyse mit ärztlichen Gutachter*innen in einem weiteren Schritt diskutiert werden. Die so gewonnenen Erkenntnisse sollen die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Begutachtung erhöhen und individuelle Förderfaktoren und Limitierungen für die rehabilitative Behandlung unterstützen.

Take-Home-Message

Das Berücksichtigen person- und umweltbezogener Faktoren im sozialmedizinischen Begutachtungsprozess bietet sowohl für den gutachterlichen Prozess als auch für die begutachtete Person Potential hinsichtlich der Rückkehr in das Erwerbsleben.

Literatur

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. ICF. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Grotkamp, S., Cibis, W., Behrens, J., Buchner, O., Deetjen, W., Nyffler, I. D., Gutenbrunner, C., Hagen, T., Hildebrandt, M., Keller, K., Nüchtern, E., Rentsch, H. P., Schlan, H., Sperling, M., Seger, W.. (2010): Personbezogene Faktoren der ICF – Entwurf der AG „ICF" des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Das Gesundheitswesen, 72 (12): 908–916

Hesse, B., Gebauer, E. (2011): Sozialmedizinische Begutachtung im Rentenverfahren: Stellenwert, Forschungsbedarf und Chancen. Die Rehabilitation, 50 (1): 17–24.

Schuntermann, M. (2011): Die ICF. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Berlin: Springer. 68-75.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Herausforderungen gutachterlicher Entscheidung im Rehabilitationszugang über die Pflegebegutachtung – Ergebnisse einer begutachtungsbegleitenden Fragebogenerhebung

André Golla[1]; Cynthia Richter[1]; Anja Bieber[1]; Wilfried Mau[1]; Susanne Saal[1]; Andrea Kimmel[2]; Katrin Breuninger[2]

[1] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; [2] Medizinischer Dienst Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die Medizinischen Dienste können auf Basis der Pflegebedürftigkeitsprüfung auch eine Empfehlung für Leistungen der medizinischen Rehabilitation aussprechen (MD & GKV 2021). Seit 2015 ist dafür der Optimierte Begutachtungsstandard (Kalwitzki et al. 2017) als bundeseinheitliches, strukturiertes Verfahren etabliert, bei dem pflegefachliche (PG) und ärztliche Gutachter:innen (ÄG) in einem zweistufigen, interprofessionellen Entscheidungsprozess die Rehabilitationsindikation bewerten. Im ersten Schritt prüfen die PG obligatorisch und nach standardisierten Entscheidungskriterien die rehabilitativen Indikationskriterien und leiten bei aus Ihrer Sicht bestehender Rehabilitationsindikation das Gutachten mit ihren Empfehlungen an ÄG weiter, die dann nach Aktenlage final über die Abgabe einer Rehabilitationsempfehlung entscheiden. In einer qualitativen Vorarbeit ließen sich verschiedene pflegefachliche und ärztliche Herausforderungen und Unsicherheitsfaktoren im Zusammenhang mit diesem Prüfprozess identifizieren (Golla et al. 2022). Aufbauend auf diesen Erkenntnissen wurde untersucht, in welchem Ausmaß diese Entscheidungsunsicherheiten unter regulären Begutachtungsbedingungen auftreten und mit welchen person-, kontext- und prozessbezogenen Faktoren sie assoziiert sind.

Methoden

Im Rahmen der REHA-Post-Studie (Laufzeit: 03/21 – 08/22; Förderung: GKV-Spitzenverband) wurden basierend auf den qualitativen Daten (Golla et al. 2022) begutachtungsbegleitende Kurzfragebögen entwickelt und zwischen September und Oktober 2021 in sechs Medizinischen Diensten (MD) eingesetzt. Die Fragebögen erfassten die Charakteristik der begutachteten Personen sowie die Prüfergebnisse zur Rehabilitationsindikation und der damit verbundenen subjektiven Entscheidungssicherheiten (‚0‘ sehr unsicher – ‚10‘ sehr sicher). Studienteilnehmende PG wurden gebeten, in 20 aufeinanderfolgenden Vor-Ort-Begutachtungen den Kurzfragebogen auszufüllen, ÄG für 10 aufeinanderfolgende Prüfungen einer pflegefachlichen Rehabilitationsempfehlung. Alle studienbeteiligten Gutachter:innen füllten zudem einen Selbstauskunftsbogen aus. Die Datenerhebungen erfolgten vollständig anonymisiert ohne Verknüpfung ärztlicher und pflegefachlicher Fragebögen. Für die Auswertung der zwei separaten Datensätze wurden deskriptive Verfahren und multivariable Regressionsanalysen zur Überprüfung von Zusammenhängen zwischen Begutachtungscharakteristik und gutachterlichen Entscheidungsunsicherheiten genutzt.

Ergebnisse

Im Rahmen der Studie füllten 53 PG zu 997 Pflegebegutachtungen sowie 12 ÄG zu 122 Prüfungen einen Kurzfragebogen aus. Bei 200 Begutachtungen (20 %) wurde durch die

PG eine mögliche Rehabilitationsindikation festgestellt. Die ÄG bestätigten in 101 Prüfungen (83 %) die pflegefachliche Rehabilitationsempfehlung, Ablehnungen wurden am häufigsten mit fehlender/unklarer Rehabilitationsbedürftigkeit begründet. Beide Berufsgruppen beurteilten ihre Entscheidungen zu den einzelnen Rehabilitationskriterien größtenteils als subjektiv sicher. Unsicherheiten bei einzelnen Indikationskriterien zeigten sich bei den PG anteilig am häufigsten bezüglich der Ableitung realisierbarer Rehabilitationsziele (19 %) sowie der Bewertung der Rehabilitationsbedürftigkeit (15 %). ÄG waren am häufigsten bezüglich der Bewertung der psychischen/kognitiven Rehabilitationsfähigkeit (13 %) unsicher. Pflegefachliche Entscheidungsunsicherheiten waren u.a. mit dem Beeinträchtigungsgrad (v.a. kognitiv), der ambulant-ärztlichen Versorgungssituation sowie der wahrgenommenen Rehabilitationseinstellung der begutachten Person, aber auch mit eigenen Rehabilitationserfahrungen der PG assoziiert. Ärztliche Entscheidungsunsicherheiten fanden sich tendenziell häufiger bei Prüfkonstellationen mit geringerem Personenalter (unter 65 Jahre), mit höheren Punktwerten in den Begutachtungsmodulen zu den kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten (Modul 2) und Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Modul 3), einer dokumentiert pflegebegründenden Diagnose aus dem Bereich Psychische und Verhaltensstörungen sowie einer unzureichenden Informationsgrundlage zur begutachteten Person.

Diskussion und Fazit

Die Studienergebnisse verweisen auf eine hohe Entscheidungssicherheit der Gutachter:innen bei der Prüfung einer Rehabilitationsindikation im Rahmen der Pflegebegutachtung. Das kann als Resultat der umfangreichen und erfolgreichen Weiterentwicklungen in den letzten Jahren gewertet werden. Gleichzeitig liefern die Daten aber auch Hinweise auf bestimmte Herausforderungen hinsichtlich der Bewertung und Abwägung der Rehabilitationsindikation. Perspektivübergreifend erweisen sich die Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung inhaltlich als konsistent und bestätigen weitgehend die qualitativen Erkenntnisse zur Thematik. Die Studienergebnisse dienen als Grundlage für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen zur weiteren Verbesserung gutachterlicher Entscheidungssicherheiten innerhalb der Medizinischen Dienste.

Take-Home-Message

Die offene und systematische Auseinandersetzung mit Entscheidungsherausforderungen in der Begutachtungspraxis kann den Rehabilitationszugang an der Schnittstelle der Pflegebegutachtung verbessern und leistet so einen wichtigen Beitrag zur Stärkung des Grundsatzes „Reha vor und bei Pflege“.

Literatur

Golla, A., Bieber, A., Mau, W., Saal, S., Kimmel, A., Breuninger, K. (2022): Pflegefachliche und ärztliche Unsicherheiten bei Prüfung der Rehabilitationsindikation im Kontext der Pflegebegutachtung. DRV-Schriften, Bd. 126. 238-240.

Kalwitzki, T., Huter, K., Runte, R., Breuninger, K., Janatzek, S., Gronemeyer, S., Gansweid, B., Rothgang, H. (2017): Aus der Forschung ins Pflegestärkungsgesetz II: Das Projekt Reha XI zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der MDK-Pflegebegutachtung. Gesundheitswesen, 79. 26-38.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen & GKV-Spitzenverband (2021): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (3. Aufl.). URL: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/_21-05_BRi_Pflege_21_11_18_barrierefrei.pdf, Abruf 31.10.2022.

Förderung: Gesetzliche Krankenversicherung - Spitzenverband (Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI)

Relevante person- und umweltbezogene Kontextfaktoren der ICF in der sozialmedizinischen Begutachtung im Rahmen der EMR

Andrea Bökel; Christoph Egen; Judith Gartmann; Silke Freihoff

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Die in der ICF benannten Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren und ihre Wechselwirkungen mit Funktionsfähigkeit und Behinderung sind Bestandteil des umfassenden Verständnisses von Teilhabe. Bezüglich der derzeitigen Bestrebungen zu einer stärkeren Individualisierung rehabilitativer Leistungen, könnte die im Rahmen einer Begutachtung vorgenommene Identifikation von Förderfaktoren und Barrieren in den Bereichen der person- und umweltbezogenen Umweltfaktoren, für eventuelle Behandlungsempfehlungen genutzt werden (Hesse & Gebauer, 2011). Dies gilt insbesondere auch für Versicherte mit einer zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente (EMR), bei denen zwar zum Zeitpunkt der Begutachtung grundsätzlich ein Potential zur Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit gesehen wurde, die aber mehrheitlich nicht in den Arbeitsmarkt zurückkehren. Für den deutschsprachigen Raum liegt von Grotkamp et al. (2010) ein Klassifikationsentwurf vor. Auf dieser Basis sollte im Zuge einer Delphi-Befragung unter Expert*innen ein Konsens darüber gefunden werden, welche dieser person- und umweltbezogenen Faktoren, wichtig für die sozialmedizinische Begutachtung im Rahmen der Erwerbsminderungsrente bei muskuloskeletalen Erkrankungen sind.

Methoden

Für die Delphi-Befragung sollen 30-35 Expert*innen aus vier bzw. sechs an das Feld angrenzenden Fachbereichen und möglichst ausgeglichener Geschlechtszugehörigkeit einbezogen werden, um möglichst heterogene Perspektiven bei der Beantwortung der Fragestellungen zu berücksichtigen (Häder, 2014; Trevelyan & Robinson, 2015). Zudem soll die Perspektive der Begutachteten erfragt werden. Die Rekrutierung bzw. das Sampling für die Delphi-Befragung erfolgt mit vorab festgelegten Berufsgruppen (Flick, 2010) und pragmatisch nach dem Schneeballprinzip. Einbezogen wurden Vertreter*innen aus den Bereichen: sozialmedizinische Begutachtung, Sozialrecht, Sozialmedizin, Wissenschaft, Mediziner*innen in der Rehabilitation, Psycholog*innen in der Rehabilitation und Vertreter*innen von Patientenverbänden. Das dreistufige Delphi-Verfahren fand online statt.

Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit die Relevanz des jeweiligen Faktors in seiner (hemmenden bzw. fördernden) Bedeutung im Rahmen von Begutachtungsprozessen zur EMR, auf einer 6-Punkte-Likert-Skala von „überhaupt nicht relevant“ bis „höchst relevant“ bzw. „keine Angabe“ zu bewerten. Insgesamt waren 91 Faktoren zu bewerten, wobei die Teilnehmenden die Möglichkeit hatten, zusätzliche Faktoren zu benennen. In den Wellen 2 und 3 erhielten die Teilnehmenden neben der Fragestellung eine graphische Darstellung der Ergebnisse aus der vorherigen Befragungsrunde inkl. ihrer eigenen Bewertung.

Ergebnisse

Für die Delphi-Befragung wurden N=76 Expert*innen aus dem Feld der sozialmedizinischen Begutachtung rekrutiert. Von allen liegt eine schriftliche Einverständniserklärung vor. An der ersten Delphi-Runde nahmen 53 Personen teil, an der zweiten 48 Personen und an der dritten 43 Personen. Damit ist die angestrebte Mindestanzahl erreicht. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden lag bei 54 Jahren mit einem nahezu ausgeglichenen Geschlechteranteil. Unter den Teilnehmenden waren zum ersten Befragungszeitpunkt 9 Gutachter*innen, 6 Sozialrechter*innen, 8 Wissenschaftler*innen, 6 Mediziner*innen, 4 Psychotherapeut*innen, 1 Sozialpädagog*in, 2 Ergotherapeut*innen, 3 Physiotherapeut*innen und 14 Patientenvertreter*innen. Von den 91 Faktoren wurden 42 Faktoren im Konsens, d.h. mit einer Übereinstimmung von >80% der Teilnehmenden, als relevant bzw. sehr relevant für die sozialmedizinische Begutachtung bewertet.

Diskussion und Fazit

Die Expert*innengruppe hat im Konsens nahezu die Hälfte der von Grotkamp et al. (2010) beschriebenen person- und umweltbezogenen ICF Kontextfaktoren als relevant für die sozialmedizinische Begutachtung im Rahmen der EMR identifiziert. Dies impliziert das Potential, welches diese Faktoren als Hemm- und Förderfaktoren in einer individualisierten Rehabilitation in sich tragen.

Take-Home-Message

Person- und umweltbezogene Faktoren sind laut Expert*innen von besonderer Relevanz für Begutachtungsverfahren im Rahmen der EMR.

Literatur

Grotkamp, S., Cibis, W., Behrens, J., Buchner, O., Deetjen, W., Nyffler, I. D., Gutenbrunner, C., Hagen, T., Hildebrandt, M., Keller, K., Nüchtern, E., Rentsch, H. P., Schlan, H., Sperling, M., Seger, W. (2010). Personbezog.ene Faktoren der ICF – Entwurf der AG „ICF” des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Gesundheitswesen, 72 (12): 908–916.

Flick, U. (2010). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek: Rowolth.

Häder, M. (2014). Delphi-Befragungen: Ein Arbeitsbuch. 3 Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Hesse, B, Gebauer E. (2011). Sozialmedizinische Begutachtung im Rentenverfahren: Stellenwert, Forschungsbedarf und Chancen. Die Rehabilitation, 50 (1): 17–24.

Trevelan, E. & Robinson, N. (2015). Delphi methodology in health research: how to do it? European Journal of Integrative Medicine, 7 (4):423-428.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Warum können Peers die sozialmedizinischen Beurteilungen des Leistungsvermögens in Erwerbsminderungsgutachten nicht nachvollziehen? Eine qualitative Analyse aus dem Peer Review-Verfahren 2021 der Deutschen Rentenversicherung

Christian Wuchter-Czerwony; Jörg Gehrke

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Bei der Deutschen Rentenversicherung ist die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens hinsichtlich des allgemeinen Arbeitsmarktes ein zentraler Aspekt bei der Bearbeitung von Anträgen auf Erwerbsminderungsrente. Medizinische Gutachten mit einer sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens sind in diesem Evaluationsprozess relevant, wenn die vorhandenen medizinischen Unterlagen (z.B. fachärztliche Befundberichte, Krankenhausentlassberichte) nicht für eine abschließende Entscheidung ausreichend sind.

Die Qualität dieser Gutachten prüft die Deutsche Rentenversicherung seit 2014 über ein bundesweites Peer Review-Verfahren. Dabei werden pro Berichtsjahr über 2.000 Gutachten anhand eines standardisierten Prüffragenkatalogs evaluiert. Zentrales Prüfkriterium ist dabei die (sozial-)medizinische Nachvollziehbarkeit der quantitativen Beurteilung des Leistungsvermögens: In einer sogenannte „Ampelfrage“ votieren die sozialmedizinisch geschulten Peers, ob im jeweiligen Gutachten die Argumentationskette hinsichtlich der Beurteilung des Leistungsvermögens a) nachvollziehbar („grün“), b) lückenhaft, aber überbrückbar („gelb“), oder c) unterbrochen und nicht überbrückbar („rot“) ist. Ist die Argumentationskette des Gutachtens lückenhaft oder nicht überbrückbar, so sind die Peers aufgefordert, ihre Voten in Freitextkommentaren weiter zu begründen.

Bezugnehmend auf diese dokumentierten Freitextkommentare der „Ampelfrage“ des Peer Review-Verfahrens 2021 untersucht die vorliegende Studie qualitativ, welche (sozial-)medizinischen Gründe zu „gelben“ bzw. „roten“ Voten durch die Peers geführt haben.

Methoden

Für die Untersuchung wurden die Freitextkommentare zu allen 2.098 Gutachten aus dem Peer Review-Verfahren des Jahres 2021 geprüft. Die Auswahl der Gutachten für das Peer Review-Verfahren erfolgte über ein Zufallsverfahren, in das sämtliche Gutachten aller Rentenversicherungsträger eingingen. Ausgeschlossen wurden hierbei Gutachten, in denen eine Rehabilitation innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Tag der Begutachtung vorlag oder die als Formulargutachten E213 für das Ausland erstellt wurden. Die Gutachten wurden anonymisiert und per Zufall den Peers zugeordnet, wobei kein Peer Gutachten seines eigenen Hauses erhielt.

Die Kommentare der Peers von Gutachten, deren Bewertung der Nachvollziehbarkeit „gelb“ bzw. „rot“ ausfiel, wurden sozialmedizinisch-ärztlich inhaltsanalytisch nach Mayring (2015) ausgewertet. Hierbei wurden die Textbestandteile der Kommentare (Analyseeinheiten) nach sozialmedizinischen Gesichtspunkten klassifiziert (Frequenzanalyse).

Ergebnisse

Rund 16% der Gutachtenbewertungen zur Nachvollziehbarkeit entfielen auf die Kategorie „Gelb“ (N = 331) und weitere knapp 16% (N = 326) auf die Kategorie „Rot“. Ausgefüllte und somit formal weiter auswertbare Freitextkommentare lagen für 275 der „gelben Voten“ und für 304 der „roten Voten“ vor.

Basierend auf der qualitativen Inhaltsanalyse der (sozial-)medizinischen Inhalte der auswertbaren Freitextkommentare wurden führend zwei wiederkehrende übergeordnete Kritikpunkte der Peers identifiziert:

1) Inhaltlich lückenhafte/inkonsistente Argumentationsketten hinsichtlich der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens (in circa knapp der Hälfte der auswertbaren Kommentare):

Im Mittelpunkt standen dabei Unterschiede zwischen Peers sowie Gutachterinnen und Gutachtern in der Interpretation/Wertung ob a) aktuell offene Behandlungsoptionen bestehen und b) inwieweit diese das Leistungsvermögen prognostisch beeinflussen. Auch Unterschiede in der Beurteilung der (prognostischen) Geh-/Wegefähigkeit werden vereinzelt evident.

2) Mängel bei der Anamnese-/Befunderhebung insbesondere bezüglich der Diagnose(n)sicherung (in circa rund einem Drittel der auswertbaren Kommentare):

Peers kritisierten dabei wiederkehrend eine - durch Mängel/Lücken in der Anamnese und in den Untersuchungsbefunden - nicht ausreichende Absicherung und fehlende medizinische Nachvollziehbarkeit der in den Gutachten gestellten Diagnosen.

Kritikpunkt 1 fand sich häufiger in den Kommentaren der „roten Voten“ (in gut der Hälfte versus gut einem Drittel der „gelben Voten“) während Kritikpunkt 2 tendenziell öfter in Kommentaren „gelber Voten“ identifiziert wurde (in über einem Drittel versus in unter einem Drittel der „roten Voten“).

Diskussion und Fazit

Die Studie gibt Einsicht in die inhaltlichen Gründe, warum die sozialmedizinischen Beurteilungen des Leistungsvermögens in Erwerbsminderungsgutachten durch sozialmedizinisch geschulte Peers nicht nachvollzogen werden können. Wiederkehrende Kritikpunkte der Peers sind dabei eine inhaltlich lückenhafte/inkonsistente Argumentationskette hinsichtlich der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens sowie Mängel bei der Anamnese-/Befunderhebung insbesondere bezüglich der Diagnose(n)sicherung. Die Identifikation dieser Kritikpunkte erlaubt eine Fokussierung der entsprechenden inhaltlichen Schulungsaktivitäten von Gutachterinnen und Gutachtern als auch der im Peer Review-Verfahren beteiligenden Peers.

Take-Home-Message

Eine inhaltlich lückenhafte/inkonsistente Argumentationskette hinsichtlich der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens sowie Mängel bei der Anamnese-/Befunderhebung insbesondere bezüglich der Diagnose(n)sicherung werden von Peers als wiederkehrende Kritikpunkte benannt, wenn diese die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens in Erwerbsminderungsgutachten inhaltlich nur bedingt bzw. nicht nachvollziehen können.

Literatur

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Beltz Verlag.

Intessenkonflikt: Die Autoren sind Angestellte der Deutschen Rentenversicherung Bund

Berufliche Rehabilitation in Zeiten der Covid-19-Pandemie

Nancy Reims; Angela Rauch

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit

Hintergrund und Zielstellung

Die Covid-19-Pandemie hat die Akteure der beruflichen Rehabilitation (Rehabilitand:innen, Leistungserbringer sowie verschiedene Ebenen bei den Kostenträgern) vor neue Herausforderungen gestellt und die Prozesse zeitweise verlangsamt sowie insgesamt verändert. In der vorliegenden Studie interessieren wir uns explizit für diese Veränderungsprozesse. Wie haben die Akteure die Covid-19-Pandemie erlebt, wie sind sie mit den neuen Herausforderungen umgegangen, welche Veränderungen und Verzögerungen im Prozess haben sich ergeben und welche Auswirkungen wird dies womöglich auf die Inklusion von Menschen mit Behinderungen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation haben?

Methoden

Mit dieser Studie knüpfen wir an eine vorherige Studie zu den Herausforderungen von Leistungserbringern der beruflichen Rehabilitation (LbR) an (Reims et al., 2021). Hier wurden u.a. Leistungserbringer, die qualifizierende rehabilitationsspezifische Maßnahmen in Kostenträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit (BA) durchführen (Stand 2016), im Rahmen von Expert:inneninterviews befragt. Ausgewählte Expert:innen wurden nun erneut im Juli bis September 2020 (n=14) sowie im Juli 2021 (n=2) zu ihren Erlebnissen während der Covid-19-Pandemie interviewt. Darüber hinaus haben wir im Laufe des Jahres 2021 mit verschiedenen Vertreter:innen der BA (n=3) gesprochen sowie mit Personen aus 3 Agenturen für Arbeit und 2 Jobcentern. Zuletzt wurden noch 2 Rehabilitanden interviewt. Die leitfadengestützten Interviews fanden allesamt online oder telefonisch statt. Sie wurden aufgezeichnet, transkribiert und mit MaxQDA 12 codiert und ausgewertet.

Ergebnisse

Ab März/April 2020 mussten die qualifizierenden Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation bei LbR alternativ bzw. aus der Ferne durchgeführt werden. Kleinere LbR mussten die digitalen Möglichkeiten oft erst schaffen, insbesondere größere Einrichtungen konnten häufiger auf bestehendes Wissen zurückgreifen, um Geförderte via Videotelefonie und Lernplattformen zu qualifizieren. Aber auch wenn die LbR über eine gute Ausstattung und umfangreiche Vorerfahrungen verfügten, waren diese Ressourcen nicht dafür ausgelegt, die Maßnahmen in so kurzer Zeit und für alle Teilnehmenden vollständig online durchzuführen. Zusätzlich gab es auch zahlreiche technische Schwierigkeiten bei den Geförderten (zu wenig Know-How, zu wenig Hardware etc.) sowie Schwierigkeiten sozialer und gesundheitlicher Natur, die eine Maßnahmeerbringung insbesondere für (junge) Personen mit psychischen und lernspezifischen Beeinträchtigungen erschwerten. So war eine kontinuierliche zusätzliche

Betreuung der Geförderten durch die LbR unabdingbar, um psychologische Krisen einzudämmen, das Verständnis der Maßnahmeinhalte zu gewährleisten und Maßnahme- und Reha-Abbrüche zu vermeiden.

Die – erzwungene – Digitalisierung der beruflichen Rehabilitation wurde aber auch als Unterstützung wahrgenommen. So kann digitales Lernen bei krankheitsbedingten Ausfällen oder in Teilzeitmaßnahmen genutzt werden sowie für mobilitätseingeschränkte Personen oder bei der Kommunikation mit überregionalen Betrieben und Geförderten in betrieblichen Phasen.

Auch die Agenturen für Arbeit und Jobcenter schlossen lange Zeit ihre Tore und stiegen erst im Zeitverlauf der Pandemie auf videogestützte Kommunikation um. Da auch die Schulen geschlossen waren, erfolgte lange keine Berufs- und Rehaberatung. Auch die Begutachtungsverfahren des Berufspsychologischen Service, die insbesondere für die Bedarfsfeststellung nötig sind, fanden erst gar nicht und dann nur in begrenztem Rahmen statt.

Diskussion und Fazit

Die Entwicklungen während der Covid-19-Pandemie haben sehr wahrscheinlich zu Verzögerung z.B. in den Zugängen in der beruflichen Rehabilitation sowie bei der Beendigung von Verfahren und bei den Arbeitsmarkteintritten geführt. Ein Rückgang in den Zugängen zu beruflicher Rehabilitation zeichnet sich bereits jetzt ab. Personen aus Armutshaushalten könnten davon häufiger betroffen sein, da es bei ihnen schwieriger ist, Kontakt zu halten (Reims, Schels, 2022; Reims, Tophoven, 2021).

Take-Home-Message

Auch wenn die Maßnahmeerbringung zu großen Teilen in alternativer Form durchgeführt werden konnte, hat die Erfahrung aus der Pandemie gezeigt, dass die berufliche Rehabilitation zu weiten Teilen den persönlichen Kontakt zwischen den Beteiligten benötigt, insbesondere bei jungen Menschen und Personen mit psychischen Beeinträchtigungen - sonst drohen schlechtere und geringe Maßnahmeabschlüsse.

Literatur

Reims, N., Rauch, A., Tophoven, S., Jahn, K., Neumann, K., Nivorozhkin, A., Baatz, A., Reinold, L. & Dony, E. (2020): Perspektive der Leistungserbringer - Modul 4 des Projekts "Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben". (IAB-Forschungsbericht 14/2020), Nürnberg, 152 S.

Reims, N. & Tophoven, S. (2021): Double Burden of Disability and Poverty: Does Vocational Rehabilitation Ease the School-to-Work Transition? In: Social Inclusion, Jg. 9, H. 3, S. 92-102. DOI:10.17645/si.v9i4.4649.

Reims, N. & Schels, B. (2022): Typical school-to-work transitions of young adults with disabilities in Germany - a cohort study of recipients of vocational rehabilitation services after leaving school in 2008. In: Disability and Rehabilitation, Jg. 44, H. 20, S. 5834-5846. DOI:10.1080/09638288.2021.1948115.

Förderung berufsbezogener sozialer Kompetenzen in der beruflichen Rehabilitation: Entwicklung arbeitsbezogener Situationsbeschreibungen als Trainingsgrundlage

Viktoria Arling; Manouela Kosmadaki; Alina Weber; Veneta Slavchova; Jens Knispel

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

In Zeiten komplexer Arbeitswelten sind Arbeitnehmer:innen auf zwischenmenschliche Abstimmungsprozesse mit anderen Beschäftigten, Vorgesetzten und externen Kontakten wie beispielsweise Kund:innen angewiesen. In diesem Rahmen umfassen soziale Kompetenzen eine Vielzahl von beruflich relevanten Aspekten wie Einfühlungsvermögen, Rollendistanz, Kompromiss- und Kooperationsfähigkeit und Kritikfähigkeit (Stangl, 2001). Bei geringer sozialer Kompetenz kommt es nicht selten zu einer Fehlpassung zwischen dem Menschen und seiner (sozialen) Arbeitsumgebung (vgl. ICF-Modell nach DIMDI, 2012). Ausgeprägte soziale Unsicherheiten können die berufliche Teilhabe nachhaltig gefährden und den Wiedereinstieg nach Inanspruchnahme einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme deutlich erschweren. Daher ist es sinnvoll soziale Kompetenzen in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (z.B. Berufsförderungswerke, Berufstrainingszentren) zu trainieren.

Klassischerweise erfolgt das Training mit Hilfe von Rollenspielen zu sozialen Situationen. Erfahrungsgemäß fällt die Akzeptanz zur Trainingsteilnahme höher aus, wenn die zu übenden Situationen einen ausdrücklichen Berufsbezug haben. Aus diesem Grund wurden in der vorliegenden Studie Situationsbeschreibungen aus dem Arbeitskontext entwickelt und einer ersten Eignungsprüfung unterzogen.

Methoden

Auf Basis der Taxonomie von Hinsch und Pfingsten (2015) entwickelten fünf Gesundheits- bzw. Rehabilitationspsycholog:innen in enger Abstimmung miteinander jeweils 12 arbeitsbezogene Situationsbeschreibungen mitsamt zugehöriger Trainingsinstruktionen für die Situationstypen „Recht“, „Beziehung“ und „Sympathie“ (vgl. Tabelle 1 für Beispiele).

Die insgesamt 36 Vignetten wurden einer Gelegenheitsstichprobe zur Bewertung vorgelegt. Die Befragten beurteilen die wahrgenommene berufliche Relevanz (1: ‚ja, auf jeden Fall relevant‘ bis 4: ‚nein, gar nicht relevant‘) und die subjektive Schwierigkeit (0: ‚keine Schwierigkeit, die Situation zu bewältigen‘ bis 100: große Schwierigkeit, die Situation zu bewältigen‘) der Situationen. Darüber hinaus wurde im Sinne der konvergenten Validität der Vignetten das Ausmaß der individuellen sozialen Unsicherheit erfasst (Unsicherheitsfragebogen von Ullrich & de Muynck, 2001). Der Unsicherheitsfragebogen umfasst insgesamt sechs Dimensionen (z.B. Fehlschlag- & Kritikangst, Kontaktangst und Nicht-Nein-Sagen-Können).

An der Online-Studie nahmen 168 Personen heterogener beruflicher Ausgangslagen teil (115 Frauen, 68.4%; 50 Männer, 29.8%; 3 divers, 1.8%). Das Alter der Stichprobe lag im Mittel bei 38.2 Jahren (SD = 10.4 Jahre, Spanne: 21-64 Jahre).

Tab. 1: Beispielhafte Situationsbeschreibungen und Instruktionen für die drei Situationstypen ‚Recht', ‚Beziehung' und ‚Sympathieerwerb'.

Situationstyp	Situationsbeschreibung	Instruktion
Recht	Für eine Besprechung mit Kunden haben Sie einen Raum reserviert. Dieser Raum wird aber von einem anderen Kollegen blockiert. Sie fordern Ihren Kollegen auf, Ihnen den Raum zu überlassen.	Seien Sie höflich, aber bestimmt. Lassen Sie sich nicht auf eine Diskussion ein, sondern wiederholen Sie Ihre Bitte und bestehen Sie auf Ihr Recht. Holen Sie notfalls den Vorgesetzten.
Beziehung	Bei einer Morgenbesprechung hat ein Kollege einige sehr verletzende Äußerungen gemacht. Sie sprechen das am nächsten Tag an.	Drücken Sie sachlich aus, dass die negativen Äußerungen verletzend waren. Beschreiben Sie ihm klar Ihre Gefühle. Bitten Sie ihn, Sie direkt anzusprechen, wenn ihn etwas stört. Benutzen Sie das Wort „ich" und halten Sie Blickkontakt.
Sympathie-erwerb	Sie müssen heute ein schwieriges Kundengespräch führen. Aber Sie fühlen sich angespannt und gereizt. Ihr Kollege hat gerade Zeit. Bitten Sie ihn, das Gespräch zu übernehmen.	Seien Sie freundlich und heben Sie die besondere Kompetenz und das Feingefühl Ihres Kollegen hervor. Bitten Sie ihn, das Gespräch zu führen. Betonen Sie Ihre Dankbarkeit über die Hilfestellung.

Ergebnisse

Die berufliche Relevanz fiel aus Sicht der Studienteilnehmenden für alle 36 Vignetten (3x12 Situationsbeschreibungen) hoch aus: Die Einschätzungen der Befragten waren im Durchschnitt zwischen 1 und 2 zu verorten, d.h., die Vignetten wurden zwischen, ja, auf jeden Fall relevant' bis, ja, eher relevant' für den Berufskontext eingeschätzt.

Die entwickelten Vignetten wurden von den Befragten als mehr oder weniger herausfordernd beurteilt (heterogene Einschätzungen der subjektiven Schwierigkeit zwischen 0% und 100%). Im Sinne des Trainingscharakters stehen Anwender:innen somit unterschiedlich schwere Vignetten zur Verfügung.

Darüber hinaus gilt, dass die Einschätzung der Schwierigkeit erwartungskonform mit der sozialen Unsicherheit zusammenhing (Spearman-Korrelationen, $p = .05$ zweiseitig; kleine bis mittlere Zusammenhänge). Das bedeutet beispielsweise, dass die Vignetten umso schwerer empfunden wurden, je stärker ‚Nicht-Nein-Sagen-Können' als Facette der sozialen Unsicherheit ausgeprägt war.

Diskussion und Fazit

Die neu entwickelten Vignetten sind als Trainingsgrundlage sozialer Kompetenzen geeignet. Dafür spricht, dass die Befragten einen hohen Berufsbezug sehen. Dass die Vignetten verschiedenartig schwierig empfunden werden, hilft Anwender:innen der beruflichen Rehabilitation dabei, Teilnehmer:innen unterschiedlicher Fähigkeitsniveaus angemessen zu

fordern und zu fördern. Da die subjektive Schwierigkeit mit der individuellen Unsicherheit zusammenhängt, kann von einer konvergenten Validität der Vignetten ausgegangen werden.

Zusammenfassend gilt, dass das Training sozialer Kompetenzen einen Einfluss auf die erfolgreiche Reintegration von Teilnehmer:innen der beruflichen Rehabilitation nehmen kann. Der hohe Berufsbezug der Vignetten fördert in diesem Rahmen die Akzeptanz von Teilnehmer:innen und die Realitätsnähe des Trainings. Der mögliche Einfluss des Trainings sozialer Kompetenz auf den Reintegrationserfolg sollte zukünftig anhand der Anwendung bzw. dem Training sozialer Kompetenzen auf Basis der Vignetten überprüft werden.

Take-Home-Message

Das Fördern sozialer Kompetenzen in der beruflichen Rehabilitation unterstützt die Passung zwischen Arbeitnehmer:innen und der sozialen Arbeitsumgebung. Die neu entwickelten Vignetten haben einen ausdrücklichen Berufsbezug und eignen sich daher für ein Training von Teilnehmer:innen der beruflichen Rehabilitation.

Literatur

DIMDI. (2012): ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Unveränd. Nachdr). Köln: DIMDI.

Hinsch, R., & Pfingsten, U. (2015): Gruppentraining sozialer Kompetenzen: Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele (6., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.

Stangl, W. (2001): Der Begriff der sozialen Kompetenz in der psychologischen Literatur (Version 2.0). Abgerufen von: http://paedpsych.jk.uni-linz.ac.at/PAEDPSYCH/SOZIALEKOMPETENZ/ (04.10.2022).

Ullrich, R. & de Muynck, R. (2001): Das Assertiveness-Training-Programm ATP. Testmappe. Klett-Cotta: Stuttgart.

Positive Veränderungen bei jungen Menschen in der beruflichen Ersteingliederung: mehr betriebliche Ausbildung und höhere Integrationsquoten

Angela Rauch; Nancy Reims; Anton Nivorozhkin

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit

Hintergrund und Zielstellung

Ein erfolgreicher Übergang von der Schule in das Berufsleben ist ein zentraler Baustein für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Für Jugendliche mit Behinderungen gestaltet sich dieser Übergang oft schwierig (Kaul et al., 2012). Die Leistungen beruflicher Rehabilitation in Rahmen der Ersteingliederung unterstützen und zielen darauf ab, u. a. den Erwerbseinstieg von jungen Menschen mit Behinderungen (MmB) zu erleichtern. Bis dato ist allerdings noch wenig über den Übergang Schule-Beruf von (jungen) Menschen mit Behinderungen bekannt.

Methoden

Für die deskriptiven Analysen des Übergangs ins Erwerbsleben nutzen wir das LTA-Rehaprozessdatenpanel des IAB. Es beinhaltet administrative Daten aus den

Geschäftsprozessen der BA und den Meldungen zur Sozialversicherung (Reims et al., 2018). Wir betrachten die Zugänge in berufliche Rehabilitation zwischen 2009 und 2020.

Ergebnisse

Es zeigt sich, dass immer weniger junge Personen eine berufliche Rehabilitation beginnen (rd. 34.000 im Jahr 2020). Personen mit Lernbehinderungen stellen (mit rückläufigen Anteilen) die größte Gruppe (40% in 2020), der Anteil von Personen mit psychischen Behinderungen (27%) steigt kontinuierlich (Menschen mit Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates 7%, mit geistiger Behinderung 19%, Andere 6%).

Die jungen MmB sollen während der beruflichen Rehabilitation vornehmlich einen beruflichen Ausbildungsabschluss erreichen. Eine betriebliche Ausbildung ist oft der Garant für einen nahtlosen Übergang aus der Ausbildung in das Erwerbsleben. Zwar absolvieren nicht alle eine betriebliche Ausbildung (regulär oder bezuschusst; 38%), aber ihr Anteil steigt über die Jahre an. Zwei Drittel der Geförderten absolvieren eine außerbetriebliche Ausbildung, die Zahlen hier sind allerdings rückläufig. Alle profitieren vom Anstieg der betrieblichen Ausbildung: Bei Personen mit psychischen Behinderungen oder Lernbehinderungen liegen sie im Jahr 2020 bei 28% bzw. 31%, bei Menschen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates sogar bei 81%.

Die positive Arbeitsmarktentwicklung, verbunden mit einem immer stärker werdenden Fachkräftemangel, führt auch zu steigenden Beschäftigungszahlen: Ein Jahr nach Ende der Reha in 2019 ist jede/r siebte Auszubildende sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Zwar gilt: Je betriebsnäher die Ausbildung, desto höher die Integrationsquote. Allerdings sind auch sechs von zehn Personen, die eine außerbetriebliche Ausbildung durchlaufen haben, sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

Die größten Arbeitsmarktchancen weisen Menschen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates auf; acht von zehn sind ein Jahr nach Ausbildungsende beschäftigt. Auszubildende mit Lernbehinderungen oder psychischen Behinderungen profitieren ebenfalls von verbesserten Chancen beim Übergang, allerdings nicht im gleichen Maße. Für Menschen mit geistigen Behinderungen scheint allerdings oft ein anderer Weg vorgezeichnet: über 90% gehen zunächst in den Eingangs- und Berufsbildungsbereich einer WfbM und im Anschluss daran in den dortigen Arbeitsbereich über.

Diskussion und Fazit

Der Anteil der betrieblichen Ausbildungen im Rahmen beruflicher Rehabilitation wie auch eine sozialversicherungspflichte Beschäftigung im Anschluss steigt über die Jahre hinweg an. Davon profitieren fast alle, vor allem aber Menschen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates. Ob durch die Corona-Pandemie diese positiven Entwicklungen beeinträchtigt werden, kann aktuell noch nicht beurteilt werden. Allerdings dürften sich vor allem pandemiebedingte Veränderungen in der Verwaltung ausgewirkt haben. Eine Rückkehr zum geregelten Präsenzbetrieb erfolgte in Agenturen und Jobcentern erst im Jahresverlauf 2022. In Konsequenz dessen waren u.a. berufspsychologische Tests nur eingeschränkt möglich. Qualitative Interviews bei Agenturen und Leistungserbringern weisen darauf hin, dass aufgrund dessen Personen, die eigentlich in eine berufliche Rehabilitation hätten einmünden können, z. B. im Schulsystem verblieben oder inaktiv waren. Zumindest ein Teil davon dürfte den Weg in die Rehabilitation noch finden.

Take-Home-Message

Die größten Arbeitsmarktchancen weisen Menschen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates auf. Personen mit Lernbehinderungen oder psychischen Behinderungen profitieren ebenfalls von verbesserten Chancen beim Übergang, allerdings nicht im gleichen Maße. Für Menschen mit geistigen Behinderungen scheint allerdings oft ein Weg in das Eingangsverfahren bzw. den Berufsbildungsbereich einer WfbM vorgezeichnet.

Literatur

Kaul, T.; Niehaus, M.; Menzel, F.; Friedrich-Gärtner, L.; Klinkhammer, D. (2012): Zugangswege junger Menschen mit Behinderung in Ausbildung und Beruf. Band 14 der Reihe Bildungsforschung, Hrsg. BMBF. Bonn, Berlin.

Reims, N.; Tophoven, S.; Tisch, A.; Jentzsch, R.; Nivorozhkin, A.; Köhler, M.; Rauch, A.; Thomsen, U. (2018): Aufbau und Analyse des LTA-Rehaprozessdatenpanels. BMAS Forschungsbericht 503, Berlin.

Tophoven, S. (2020): Junge Menschen mit Behinderungen – Ersteingliederung in den Arbeitsmarkt durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: A. Rauch & S. Tophoven (Hrsg.): Integration in den Arbeitsmarkt: Teilhabe von Menschen mit Förder- und Unterstützungsbedarf. Stuttgart, 45–63.

Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt mit dem Budget für Arbeit: Ein Beratungskonzept für Arbeitgeber

Regina Weißmann; Christiane Bartosch; Burcu Köse; Regina Schmid; Joachim Thomas

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

Hintergrund und Zielstellung

Das im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) etablierte Budget für Arbeit (BfA) stellt ein Übergangsinstrument für Menschen mit Behinderung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt dar. Personen, welche die Zugangsvoraussetzungen für den Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) erfüllen, können, sobald sie ein Arbeitsangebot für ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt haben, bis zu 75% Lohnkostenzuschuss sowie weitere Leistungen für Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz erhalten. Die bisherige Inanspruchnahme des BfA ist bisher weit unter den Erwartungen geblieben (Mattern, 2020). Die Gründe hierfür sind vielfältiger Natur und betreffen verschiedene Akteure. Auf Seiten der Unternehmen zeigt sich, dass insbesondere bei potenziellen Arbeitgeber:innen, die noch keine Erfahrung mit der Beschäftigung von Menschen mit Behinderung haben, Vorbehalte bezüglich eines Arbeitsverhältnisses vorhanden sind. Besonders stark sind die Vorbehalte, wenn es sich bei den zukünftigen Arbeitnehmer:innen um Menschen mit geistiger Behinderung handelt (Kocman et al., 2018). Hinzukommen Informationsdefizite sowie eine überschaubare Bewerbungslage. Betriebe äußern zudem Schwierigkeiten, in Kontakt mit geeigneten potenziellen Arbeitnehmenden zu kommen (Mattern et al., 2022). Die vorliegende Studie ist in das Projekt “BfA-Gelingt”, welches von 2020 bis 2023 seitens des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) gefördert wird, eingebettet. Sie widmet sich der Identifikation von

Barrieren und Förderfaktoren für die Inanspruchnahme des BfA auf Seiten der Zielgruppe (potenzieller) Arbeitgeber:innen, um darauf basierend Lösungsansätze und Implikationen für ein Beratungskonzept abzuleiten.

Methoden

Hierfür wurden zwischen Juni 2021 und Januar 2022 insgesamt 70 leitfadengestützte Interviews zu erlebten Barrieren und Förderfaktoren bei der Inanspruchnahme des BfA durchgeführt. Die Gruppe der Interviewteilnehmenden setzte sich aus n=14 (potenziellen) Budgetnehmer:innen, n=4 Eltern und gesetzlichen Betreuern, n=12 (potenzielle) Arbeitgeber:innen sowie n=40 Expert:innen zusammen. Die Gruppe der Expert:innen bestand dabei einerseits aus Fachkräften der WfbM, anderer Leistungsanbieter, Integrationsfachdienste (IFD) und ergänzender unabhängiger Teilhabeberatung (EUTB). Zudem wurden Personen auf Ebene der Träger der Eingliederungshilfe, Kammern, Rentenversicherungen, Arbeitsagenturen und Jobcentern befragt. Dieser multiperspektivische Ansatz bietet im Vergleich zu einer reinen Arbeitgebendenbefragung einen deutlichen Mehrwert, da auch Prozessschritte zum BfA mit berücksichtigt werden, in die Arbeitgeber:innen nur mittelbar einbezogen sind. Die Ergebnisse wurden transkribiert und unter Verwendung der Software MAXQDA nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) ausgewertet. Das der Auswertung zugrundeliegende Kategoriensystem wurde von vier Forschenden in mehreren Durchläufen in einem Konsensusverfahren (Hill et al., 1997) erstellt.

Ergebnisse

Barrieren und Förderfaktoren wurden für verschiedene Prozessabschnitte im Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt identifiziert und in einem Beratungskonzept zusammengefasst. Dieses umfasst Handlungsempfehlungen zu folgenden fünf Schwerpunkte: 1) Informationsarbeit leisten und Kontakte initiieren, 2) Explorationsmöglichkeiten für Arbeitgeber:innen und Arbeitnehmer:innen schaffen, 3) geeignete Tätigkeiten im Unternehmen identifizieren, 4) Zukünftige Kolleg:innen transparent einbinden und sensibilisieren, 5) Die Nachhaltigkeit des Arbeitsverhältnisses durch kontinuierliche Begleitung sichern.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die Initiierung eines Beschäftigungsverhältnisses im Rahmen des BfA einer intensiven Vorbereitung seitens der beteiligten Arbeitgeber:innen bedarf. Bereits bei den Vorbereitungen, aber insbesondere auch bei der Betreuung laufender Beschäftigungsverhältnisse ist die Unterstützung seitens der Fachkräfte der WfbM und des IFD von zentraler Bedeutung, da sie im Falle von Unklarheiten oder Konflikten den Arbeitgeber:innen als feste und verlässliche Ansprechpersonen dienen können. Das vorliegende Beratungskonzept kann für die verschiedenen Prozessabschnitte und Themenschwerpunkte wichtige Impulse für die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure liefern. Es berücksichtigt dabei die Rolle der Arbeitgeber:innen, deren Akquise, Beteiligung und Unterstützung eine zentrale Gelingensbedingung für die Inanspruchnahme des BfA ist.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können genutzt werden, um den für Arbeitgeber:innen zentralen Themen bezüglich der Initiierung von Arbeitsverhältnissen im Kontext des BfA im Rahmen eines Beratungsangebots entgegenzukommen.

Literatur

Hill, C.E., Thompson, B.J., Williams, E.N. (1997): A guide to conducting consensual qualitative research. The Counseling Psychologist, 25(4). 517–572.

Kocman, A., Fischer, L., Weber, G. (2018): The employers' perspective on barriers and facilitators to employment of people with intellectual disability: A differential mixed-method approach. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities , 31(1). 120–131.

Mattern, L. (2020): Das Budget für Arbeit – Diskussionsstand und offene Fragen – Teil I: Eckpunkte, Umsetzungsstand und leistungsberechtigter Personenkreis. URL: https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2020/D5-2020_Das_Budget_für_Arbeit_Teil_I_.pdf, Abruf: 25.10.2022.

Mattern, L., Rambausek-Haß, T., Wansing, G., Peters, U. (2022): Das Budget für Arbeit. Eine explorative Studie zur Umsetzung von § 61 SGB IX in Berlin. URL: https://edoc.hu-berlin.de/bitstream/handle/18452/25917/Peters_etal2022_Das_Budget_f%C3%BCr_Arbeit.pdf, Abruf: 27.10.2022.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Veränderung von beruflichen Tätigkeiten und Arbeitsbelastungen nach bewilligten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Annika Sternberg; David Fauser; Hannes Banaschak; Matthias Bethge

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) haben das Ziel, die berufliche Wiedereingliederung von Personen mit beeinträchtigter Erwerbsfähigkeit zu unterstützen. Nach der Bewilligung werden den Antragstellern konkrete Leistungen im Rahmen eines Beratungsgespräches angeboten.

In bisherigen Studien zur Wirksamkeit von LTA wird meist die erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung als Ergebnis betrachtet (Streibelt & Egner, 2013). Darüber hinaus sind auch die Art der beruflichen Tätigkeit und die damit verbundenen Arbeitsbelastungen von großer Bedeutung für die weitere berufliche Perspektive und nehmen Einfluss auf den langfristigen Verbleib und die Gesundheit der Beschäftigten (Dragano & Schneider, 2011).

Wir untersuchten daher bei einer Stichprobe von Personen mit einer durch die Deutsche Rentenversicherung Bund bewilligten LTA berufliche Tätigkeiten vor und nach einer

möglichen Inanspruchnahme von Leistungen und die Veränderung des Belastungsprofils der ausgeübten Tätigkeiten.

Methoden

Wir erfassten bei Personen mit einer zwischen Januar und Juni 2016 bewilligten LTA die berufliche Tätigkeiten kurz nach der Bewilligung der LTA und im Mittel 3 Jahre und 5 Monate später mittels Fragebogen. Diese Angaben wurden entsprechend der Klassifikation der Berufe 2010 kategorisiert.

Körperliche und psychische Arbeitsbelastung wurde mithilfe des Arbeitsbelastungsindex nach Kroll operationalisiert (Kroll, 2011) und in die drei Abstufungen niedrige, mittlere und hohe Arbeitsbelastungen kategorisiert (Brünger et al., 2020). Körperliche Belastungen sind ergonomische Belastungen und Umweltbelastungen, während psychische Belastungen psychische, soziale und emotionale Belastungen umfassen. Eine Reduktion im Arbeitsbelastungsindex wurde erfasst als ein Wechsel der Kategorien von hoch zu niedrig, mittel zu niedrig bzw. hoch zu mittel.

Wir stellten berufliche Tätigkeiten und damit verbundene Arbeitsbelastungen für Personen mit und ohne Leistungen dar. Bei Personen ohne Leistungen erfolgten nach der Bewilligung keine Leistungen.

Ergebnisse

Für 609 Personen lagen die entsprechenden Daten vor (73,7 % weiblich, mittleres Alter 47,8 Jahre). 494 Personen (81,1 %) schlossen im Beobachtungszeitraum mindestens eine Leistung ab, 115 Personen (18,9 %) erhielten trotz Bewilligung keine Leistungen.

Zum Beobachtungsbeginn hatten 52 Personen (8,5 %) eine Tätigkeit mit einer hohen körperlichen und 276 Personen (45,3 %) eine Tätigkeit mit einer hohen psychischen Arbeitsbelastung. Personen mit einer hohen körperlichen Arbeitsbelastung waren zu 53,8 % in Berufen der Rohstoffgewinnung, Fertigung und Produktion tätig, Personen mit hohen psychischen Arbeitsbelastungen zu 76,8 % in medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheits- und Pflegeberufen.

Zum Beobachtungsende reduzierte sich der Anteil Personen mit hohen Arbeitsbelastungen auf 4,9 % (körperlich) und 23,2 % (psychisch).

Bei 36,7 % bzw. 46,9 % der Personen mit Leistungen reduzierten sich körperliche bzw. psychische Arbeitsbelastungen, während dies lediglich bei 7,0 % bzw. 19,1 % der Personen ohne Leistungen der Fall war.

Personen mit und ohne Leistungen waren zum Beobachtungsbeginn zu 53,6 % bzw. 60,8 % in Gesundheits- und Pflegeberufen und Verkaufsberufen tätig. Zum Beobachtungsende waren nur noch 24,5 % der Personen mit Leistungen, aber weiterhin 52,2 % der Personen ohne Leistungen in diesen Berufsgruppen beschäftigt.

Diskussion und Fazit

Die beruflichen Tätigkeiten von Personen mit einer durch die Deutsche Rentenversicherung Bund bewilligten LTA waren eher durch psychische als durch körperliche Anforderungen gekennzeichnet. Personen mit Leistungen hatten zum Ende des Beobachtungszeitraumes deutlich seltener Tätigkeiten mit hohen Arbeitsbelastungen als Personen ohne Leistungen.

Auch häufigere Wechsel aus belastenden Tätigkeiten wie Gesundheits- und Pflegeberufen weisen auf eine Anpassung beruflicher Anforderungen und Fähigkeiten bei Personen mit Leistungen hin. Der Einstieg in Tätigkeiten mit reduziertem Belastungsprofil kann eine Strategie zur erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung im Rahmen einer LTA sein.

Take-Home-Message

Die Inanspruchnahme einer Leistung nach einer bewilligten LTA führt häufiger zu einem Wechsel der beruflichen Tätigkeit hin zu einem reduzierten körperlichen und psychischen Belastungsprofil als die Rückkehr in Arbeit ohne Leistungen. Die Gründe für einen Wiedereinstieg in das Erwerbsleben ohne Leistungsinanspruchnahme trotz Bewilligung sollten untersucht werden, um für Betroffene entsprechende Angebote unterbreiten zu können.

Literatur

Brünger, M, Bernert, S, Spyra, K. (2020): Occupation as a proxy for job exposures? Routine data analysis using the example of rehabilitation. Gesundheitswesen, 82: S41-S51.

Dragano, N, Schneider, L. (2011): Work related psychosocial factors and the risk of early disability pensioning: a contribution to assessing the need for rehabilitation. Rehabilitation, 50: 28–36.

Kroll, L. E. (2011): Konstruktion und Validierung eines allgemeinen Index für die Arbeitsbelastung in beruflichen Tätigkeiten auf Basis von ISCO-88 und KldB-92. Methoden, Daten, Analysen, 5: 63-90.

Streibelt, M., Egner, U. (2013): Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. Rehabilitation, 52: 111-118.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Der Stellenwert der Kommunikation zwischen den Akteuren im Return to Work Prozess

Linda Albersmann

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Ziel der Rehabilitation bei positiver Erwerbsprognose ist die nachhaltige Reintegration in das Arbeitsleben. Dafür bedarf es eines systematischen und kontinuierlichen Return to Work (RTW) Prozess. Der Prozess beginnt möglichst frühzeitig während der noch andauernden Arbeitsunfähigkeit, begleitet die Behandlung und Rehabilitation und endet mit der Wiederaufnahme der Tätigkeit. In einer immer älter werdenden Bevölkerung sowie mit Blick auf potenzielle Langzeitfolgen der Pandemie, ist RTW ein Thema, das an Aktualität nicht verliert. Unterstrichen wird der Stellenwert des RTW durch eines der Regulierungsziele des Bundesteilhabegesetzes, Übergängen in dauerhafte Erwerbsminderung vorzubeugen. Der RTW-Prozess hat mit den behandelnden Haus- und Fachärzten, der Rehabilitationseinrichtung, den Akteuren der betrieblichen Sphäre und dem Rehabilitanden selbst viele Schnittstellen. Die Zusammenarbeit an diesen ist entscheidend für die Entwicklung des RTW-Prozess. In diesem Beitrag soll der Stellenwert die Kommunikation unter den Akteuren erörtert werden.

Methodik

Die Bearbeitung erfolgt anhand einer Auswertung aktueller Gesetzgebung und juristischer Literatur sowie einer Zusammenschau ausgewählter Studien.

Ergebnisse

Ein frühzeitiger Austausch zwischen behandelnden Ärzten und betrieblichen Schlüsselakteuren wie Betriebsärzten ist ein relevanter Faktor für einen erfolgreichen RTW-Prozess. Studien zeigen, dass die Kommunikation und Zusammenarbeit an den Schnittstellen häufig nicht oder zumindest nicht reibungslos verlaufen; es gibt Informations- und Kommunikationsdefizite bei allen Beteiligten. Infolgedessen leiden die Ergebnisqualität sowie die Wirtschaftlichkeit, sodass sich der RTW-Prozess als eigentlich systematischer und kontinuierlicher Prozess als ein sich wiederholendes und nicht auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtetes Verfahren darstellt. Dies kann erhebliche Verzögerungen bewirken und steht einer frühzeitigen und reibungslosen Rückkehr an den Arbeitsplatz entgegenstehen.

Diskussion

Für eine nachhaltige Reintegration ins Arbeitsleben sollten die beruflichen Anforderungen bereits früh integriert werden. Wird der Arbeitsplatzbezug verstärkt, spielen Akteure der betrieblichen Sphäre, besonders die Betriebsärzte, eine große Rolle. Im Gegensatz zum behandelnden Arzt, weiß der Betriebsarzt um mögliche Gefährdungen am Arbeitsplatz. Er

wirkt an der Gefährdungsbeurteilung mit, führt arbeitsmedizinische Untersuchungen sowie die arbeitsmedizinische Vorsorge durch (vgl. § 3 Abs. 1 Nr. 1 lit. g, Nr. 2 ASiG), kennt die betrieblichen Organisationsstrukturen und die für den Prozess relevanten betrieblichen Akteure. Die Ergebnisse der arbeitsmedizinischen Vorsorge sind zu dokumentieren, dabei muss die Patientenakte muss so ausgestaltet sein, dass ein unbeteiligter Dritter alles nachvollziehen kann. Im Sinne der Effektivität sollten diese Erkenntnisse nicht ungenutzt bleiben, sie können im RTW-Prozess fruchtbar gemacht werden. Eine Kommunikation zwischen behandelndem Arzt und Betriebsarzt, der es ermöglicht, einen möglichst engen Bezug der Maßnahmen zum Arbeitsplatz zu schaffen, trägt erheblich zur Effektivität des Prozesses bei. Ferner ist die medizinische Kompetenz Ausgangspunkt für eine Kontaktaufnahme und den Dialog mit behandelnden Haus-, Fach-, oder Klinikärzten sowie den betrieblichen Akteuren. Während die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ der BAR (GE Reha-Prozess) eine Empfehlung für betriebliche Akteure ausspricht, Nutzen aus der Auswertung von Ergebnissen der arbeitsmedizinischen Vorsorge zu ziehen (§ 17 Abs. 3 GE Reha-Prozess), sollten diese Ergebnisse der Vorsorge spiegelbildlich auch von den Rehabilitationseinrichtungen bzw. den behandelnden Ärzten im Rahmen der Behandlung genutzt werden. Eine Regelung dazu enthält die GE Reha-Prozess jedoch (noch) nicht, auch anderweitige Regelungen hierzu fehlen offenbar. „Veränderungskultur fördern – Teilhabe stärken – Zukunft gestalten“, so lautet das Motto des 32. Reha-Kolloquium 2023. Auch im RTW-Prozess kann Bedarf gesehen werden, Veränderungskultur zu fördern, indem die Kommunikation zwischen den Akteuren noch stärker als bisher in den Blick genommen und gelebt wird. Grundsätzlich erfordert Veränderungskultur Veränderungsbereitschaft, Veränderungsfähigkeit und Veränderungsbedingungen. Für den RTW-Prozess ist das zum einen der Handlungsauftrag der Akteure, der sich aus dem leistungsrechtlichen Rahmen ergibt, als Veränderungsfähigkeit und zum anderen die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sowie den zugewiesenen Rollen der Akteure als Veränderungsbedingungen. Es könnten Regelungen mit normativer Wirkung zur überbetrieblichen Vernetzung in Form von Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Akteuren erforderlich sein. Wenngleich sich (noch) keine offensichtlichen Normen bezüglich der Kommunikation untereinander finden, kann zumindest schon jetzt an den Willen der Akteure appelliert werden, verstärkt zu kommunizieren und gemeinsam den RTW-Prozess zu seinem Idealbild des multiprofessionellen und dynamischen Prozesses zu verhelfen. Denn ohne die Veränderungsbereitschaft kann es keine Veränderungskultur geben.

Take-Home-Message

Eine vertrauensvolle und wertschätzende Kommunikation und Zusammenarbeit der Beteiligten birgt viel Potenzial für einen effektiveren und nachhaltigeren RTW-Prozess.

Literatur

AfAMed, AME Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit, S. 41
Knoche/Sochert, in: iga.Report 24, S. 53
Pohontsch/Deck, neuroreha 2011, 114 f.
Schröder/Schulz/Stegmann/Wegewitz, in: Tagungsband zur Jahrestagung DGAUM 2021, S. 140.

Eine qualitative Studie zur Bestimmung von Einflussfaktoren auf die Berufsperspektive von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation

Lara Luisa Wolff[1]; Nataliia Brehmer[1]; Heinz Völler [1,2]; Annett Salzwedel[1]

[1] Universität Potsdam;

[2] Klinik am See, Rehabilitationszentrum für Innere Medizin, Rüdersdorf,

Hintergrund und Zielstellung

Bisherige Untersuchungen deuten darauf hin, dass etwa 40 % der PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation eine besondere berufliche Problemlage (BBPL) aufweisen. Die fördernden Faktoren und Hindernisse des beruflichen Wiedereinstiegs (RTW, engl. return to work) sind quantitativ gut untersucht. In dieser Arbeit sollten die Faktoren, die die subjektiven Berufsaussichten von PatientInnen in der kardiologischen Anschluss-heilbehandlung (AHB) bestimmen, identifiziert und beschrieben werden. Daraus sollten Im-pulse für ein patientInnenzentriertes Vorgehen in der AHB abgeleitet werden.

Methode

In einer qualitativen, monozentrischen Interviewstudie wurden insgesamt 20 PatientInnen mit und ohne BBPL in der kardiologischen AHB mittels teilstandardisierter Leitfäden befragt, um die subjektiven Erwerbserwartungen zu eruieren und die PatientInnenperspektive besser zu verstehen. Die Interviews wurden tonaufgezeichnet, transkribiert und softwaregestützt codiert. Die Auswertung erfolgte mittels der thematischen Analyse.

Ergebnisse

Zu den sieben identifizierten Schlüsselthemen gehörten die krankheitsbezogenen Vorerfahrungen sowie Zukunftsvorstellungen als perspektivische Einflussfaktoren. Außerdem wurden interne und externe Aspekte, darunter die Gesundheitswahrnehmung (inkl. Belastbarkeitseinschätzung), die Veränderbarkeit der Arbeitsbedingungen und die Angst, erneut zu erkranken, als bedeutsame Themen ermittelt. Die PatientInnen gaben an, in das Berufsleben zurückkehren zu wollen und schätzten sich nicht mehr als krank ein, obgleich das kardiologische Ereignis zu einer wahrgenommenen Notwendigkeit für Lebensstil- und Prioritätenänderungen geführt hat. Sie zeigten eine hohe Selbsterwartung und Pflichtgefühle, hatten jedoch noch keinen konkreten RTW-Plan. Die PatientInnen waren sich dennoch sicher, sich Zeit dafür nehmen zu wollen und fühlten sich durch das soziale Umfeld, u. a. Familie und Kollegium, durch eine Priorisierung der Gesundheit und Einräumen von Zeit zur Genesung unterstützt.

Diskussion

Gemäß der Theorie des Wachstums durch Widrigkeiten von Joseph und Linley (2005) können kardiologische Ereignisse zu Wachstum im Sinne positiver Veränderungen führen. Dieses ist durch verbesserte Beziehungen sowie eine veränderte Selbstwahrnehmung und Lebensphilosophie gekennzeichnet.2 Bei den Befragten deuten die erhöhte Selbsterwartung, die familiäre und kollegiale Unterstützung sowie die wahrgenommene Notwendigkeit von Lebensstilveränderungen auf ein solches Wachstum nach dem kardiologischen Ereignis hin.

Unter Berücksichtigung von van Bulcks Konzept der Krankheitsidentität (2019) als Maß dafür, wie beispielsweise die kardiologische Erkrankung in die Identität der PatientInnen integriert ist, zeigte sich, dass die PatientInnen größtenteils die Vereinnahmung und Ablehnung ihrer Erkrankung überwunden hatten. Sie akzeptierten diese meist schon als Teil ihrer Selbst und zogen allmählich positive Konsequenzen hinsichtlich ihres Lebensstils und ihrer Prioritäten. Um einen RTW umzusetzen, ist gemäß der Theorie des geplanten Verhaltens nach Ajzen (1991) die zugrundeliegende Intention besonders bedeutsam. Demnach wird diese durch Einstellungen hinsichtlich der Vor- und Nachteile des geplanten Verhaltens (Selbsterwartung), subjektive Normen (Pflichtgefühle) und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle (sich nicht als krank einordnend) beeinflusst. Letztere wird im Zusammenhang mit dem Konzept der Selbstwirksamkeit, die als wahrgenommene Bewältigungsfähigkeit definiert ist, betrachtet.

Im Hinblick auf die Bereitschaft für den RTW nach Franche und Krause (2002) können die Befragten der vorliegenden Studie in die Phase des Erwägens eingeordnet werden. Hierbei wird der RTW in naher Zukunft in Betracht gezogen, ohne ihn jedoch aktiv zu planen. Zur Unterstützung der fehlenden RTW-Planung, bietet sich ein Vorgehen nach SMART-Kriterien (engl. specific, measurable, achievable, realistic/relevant, timed) an.

Schlussfolgerung: Aus der Einordnung der Interviewergebnisse ergibt sich die Notwendigkeit einer multiprofessionellen, dabei individuell-differenzierten Herangehensweise in der kardiologischen AHB. Ein besonderer Fokus sollte auf der Berücksichtigung der Selbsterwartung, der individuellen Zielsetzung im Hinblick auf die Berufszukunft und dem Einbeziehen des sozialen Umfelds liegen. Mit einer initialen Bedarfsermittlung und einer anschließenden Eruierung der RTW-Intention, der Krankheitsidentität und der RTW-Bereitschaft kann unter Nutzung von SMART-Zielsetzungen ein individualisierter und patientInnenzentrierter Pfad beschritten werden.

Take-Home-Message

Für PatientInnen mit einer BBPL empfiehlt sich eine salutogenetische, individualisierte und lösungsorientierte Perspektive. Mit einer initialen Bedarfsermittlung von erwerbsorientierten Aktivierungsimpulsen für Bewältigungsressourcen, über die Eruierung der Intention, Krankheitsidentität, Bereitschaft und Zielsetzung, bis hin zur erneuten Bedarfsermittlung ergibt sich eine konkrete Handlungsabfolge, die auf die Anwendung und Prüfung in der (Rehabilitations-) Praxis wartet.

Literatur

Ajzen, I. (1991).The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes; 50: 179–211.

an Bulck, L., Luyckx, K., Goossens, E., Oris, L., Moons, P. (2019). Illness identity: Capturing the influence of illness on the person's sense of self. Eur J Cardiovasc Nurs; 18: 4–6.

Franche, R. L., Krause, N. (2002). Readiness for Return to Work Following Injury or Illness: Conceptualizing the Interpersonal Impact of Health Care, Workplace, and Insurance Factors. J Occup Rehabil; 12: 233–256.

Joseph, S. & Linley, P. A. (2005). Positive Adjustment to Threatening Events: An Organismic Valuing Theory of Growth through Adversity. Review of General Psychology; 9: 262–280.

Salzwedel, A., Reibis, R., Hadzic, M., Buhlert, H., Völler, H. (2019). Patients' expectations of re-turning to work, co-morbid disorders and work capacity at discharge from cardiac rehabilitation. Vascular Health and Risk Management; 15: 301–309.

Erhebungsmethoden für Return to Work in der orthopädischen Rehabilitation in Deutschland

David Endres

Hochschule für Gesundheit Bochum

Hintergrund

Die berufliche Wiedereingliederung, auch Return to Work (RTW) genannt, ist ein wichtiges Ziel in der Medizinischen Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen. Um dieses Ziel messbar zu machen, gibt es jedoch keine vereinheitlichen Messinstrumente oder Erhebungsmethoden (Morfeld, 2011). Zudem führen verschiedene Erhebungsmethoden zu unterschiedlich hohen Effektschätzungen (Nübling et al., 2016; Streibelt & Egner, 2012). Dieses heterogene Vorgehen in den Rehabilitationswissenschaften erschwert den Vergleich zwischen unterschiedlichen Studien sowie die Berechnung gepoolter Effekte in Meta-Analysen (Schuler et al., 2019).

Bislang fehlen jedoch genauere Angaben über die Vielfalt der in der Forschung tatsächlich verwendeten Operationalisierungen von RTW. In der vorliegenden Arbeit wurde das Ziel verfolgt, eine umfassende Übersicht über die in Studien verwendeten Erhebungsmethoden für RTW im Bereich der Medizinischen Rehabilitation für muskuloskelettale Erkrankungen in Deutschland zu geben.

Methode

Zur Erstellung einer entsprechenden Übersicht wurde ein Scoping Review durchgeführt. Dieses wurde in Anlehnung an die PRISMA-Scr durchgeführt (Tricco et al., 2018). Folgende Einschlusskriterien wurden für die Primärstudien festgelegt: Personen im erwerbsfähigen Alter, Medizinische Rehabilitation im Indikationsbereich Orthopädie in Deutschland, Rekrutierungsbeginn ab 1998, Outcome mit Bezug zu RTW. Die Recherche nach deutsch- und englischsprachigen Studien im Zeitraum von 1998 bis April 2022 fand in den Datenbanken MEDLINE (PubMed), PSYNDEX, LIVIVO und PEDro statt. Darüber hinaus wurden das Deutsche Register Klinischer Studien (DRKS), Internetseiten von Förderern (z.B. Rentenversicherungsträger), Kongressbände und Literaturverzeichnisse relevanter Publikationen durchsucht.

Zusätzlich wurden potenziell relevante Studien aus dem Projekt VEMA (Schuler et al. 2019) berücksichtigt.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 1415 Studien aus Datenbanken identifiziert werden. Hinzu kamen 157 Studien aus der Arbeit von Schuler et al. (2019). Aus weiteren Datenquellen wurden 105 potenziell relevante Literaturstellen identifiziert. Nach der Entfernung von Duplikaten und dem

Screening von Abstracts und Volltexten (k = 1061) wurden 103 Publikationen, die 87 Forschungsprojekten zugeordnet werden konnten, in das Review eingeschlossen.

Aus den 87 eingeschlossenen Projekten konnten 136 unterschiedliche Erhebungsmethoden für RTW identifiziert werden. Diese wurden anhand der Kriterien inhaltliche Konzeption, Skalierung (binär, kontinuierlich), Datenquelle (Patient*innendaten, Routinedaten) und Messzeitpunkte unterschieden. Inhaltlich wurden 7 Typen herausgestellt. Typ 1 (37% der Erhebungsmethoden) war die Erhebung der Arbeitsunfähigkeitsdauer, Typ 2 (32%) bestand aus der Angabe des Erwerbsstatus. Eine Kombination aus dem Erwerbsstatus, der Arbeitsunfähigkeitsdauer und einer möglichen Angabe zum Rentenstatus oder der Rentenintention ergab Typ 3 („RTW in good Health“, 13%). Typ 4 (7%) waren Angaben zum Zeitverlauf bis zum Eintritt oder Wiedereintritt in ein Erwerbsverhältnis. Als Typ 5 (5%) wurde die Beschäftigungsdauer nach der Rehabilitation definiert und bei Typ 6 (4%) wurde RTW aus Angaben zu Sozialleistungen oder Entgelten ermittelt. Der 7. Typ war Stable Return to Work (1 %). Dieser wurde erreicht, wenn eine Person über einen Zeitraum von mindestens vier Wochen erwerbstätig war und in dieser Zeit keine AU-Tage aufwies.

Innerhalb der Typen unterschieden sich die Erhebungsmethoden jedoch stark bezogen auf deren Skalierung, Datenquellen und Messzeitpunkte, sodass insgesamt lediglich 4 Erhebungsmethoden identifiziert werden konnten, die in mindestens 5 Projekten auf vergleichbare Weise operationalisiert wurden. Davon waren 3 Varianten des Erwerbsstatus (Typ 2), 2 Varianten der Arbeitsunfähigkeitsdauer (Typ 1) und eine Variante des RTW in good Health (Typ 3).

Diskussion und Fazit

In der deutschen Rehabilitationsforschung zu muskuloskelettalen Erkrankungen wird eine sehr große Vielfalt an Erhebungsmethoden für RTW verwendet. Da die Ergebnisse der meisten dieser Erhebungsmethoden sich nicht ohne weiteres ineinander überführen lassen, sind Vergleiche zwischen den Studien schwierig und Meta-Analysen wenig zielführend. Die Ergebnisse dieser Arbeit können eine Grundlage für methodische Überlegungen sein, wie in künftigen Studien die Erhebung von RTW operationalisiert, weiterentwickelt und vereinheitlicht werden kann.

Literatur

Morfeld, M. (2011). Rückkehr an den Arbeitsplatz: Welche Bedeutung hat dieses Ziel und wie kann man seine Erreichung messen? In Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (Hrsg.), 20. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium (Bd. 93, S. 223-225). Bochum: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV).

Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G. et al. (2016). Return to Work nach stationärer Rehabilitation – Varianten der Berechnung auf der Basis von Patientenangaben und Validierung durch Sozialversicherungs-Beitragszahlungen. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 26(06), 293-302. 10.1055/s-0042-117282.

Schuler, M., Murauer, K., Stangl, S., Grau, A., Gabriel, K., Podger, L. et al. (2019). Pre-post changes in main outcomes of medical rehabilitation in Germany: protocol of a systematic review and meta-analysis of individual participant and aggregated data. BMJ Open, 9(5), e023826. 10.1136/bmjopen-2018-023826.

Streibelt, M. & Egner, U. (2012). Eine Meta-Analyse zum Einfluss von Stichprobe, Messmethode und Messzeitpunkt auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. Rehabilitation, 51(06), 398-404. 10.1055/s-0031-1291283.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D. et al. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Annals of Internal Medicine, 169(7), 467-473. 10.7326/m18-0850.

Rehabilitation von Jugendlichen mit Skoliose während der SARS-CoV-2-Pandemie – Eine Interviewstudie zu Chancen und Herausforderungen

Anna-Lena Baasner, Hannes Banaschak, David Fauser, Matthias Bethge

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Mit Beginn der Pandemie im März 2020 mussten viele Abläufe in deutschen Rehabilitationseinrichtungen an die geltenden Hygienemaßnahmen und -regeln angepasst werden, um die Sicherheit der Rehabilitand*innen bestmöglich zu gewährleisten (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, 2022). Dies betraf auch Rehabilitationskliniken, die sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Skoliose spezialisiert haben. Kernstück der Rehabilitation ist die dreidimensionale Skoliosebehandlung nach Katharina Schroth (Lehnert-Schroth, Auner-Gröbl, 2021). Mit welchen Herausforderungen und organisatorischen bzw. therapeutischen Umstellungen die medizinische Rehabilitation von Skoliosepatient*innen konfrontiert war, wurde bisher nicht systematisch untersucht. Ziel der Studie war die Exploration von förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Durchführung der medizinischen Rehabilitation bei Jugendlichen mit Skoliose während der SARS-CoV-2-Pandemie sowie die Ableitung von Empfehlungen für die zukünftige Praxis.

Methodik

Ein qualitatives Studiendesign mit leitfadengestützten, telefonischen Expert*inneninterviews wurde gewählt. Es wurde je ein Leitfaden für die Interviews mit Jugendlichen und mit Physiotherapeut*innen erstellt. Beide Leitfäden waren ähnlich aufgebaut und umfassten Erzählungen über einen typischen Rehabilitations- bzw. Arbeitstag, Infektionsängste oder subjektive positive und negative coronabedingte Veränderungen. Die Jugendlichen wurden zusätzlich zu Veränderungen in der Freizeitgestaltung, zum Informationsmanagement und zu schulbezogenen Erfahrungen befragt. Der Leitfaden für die Physiotherapeut*innen umfasste zudem Veränderungen auf organisatorischer Ebene. Allen Teilnehmenden wurden die Interviewthemen zur besseren Erinnerungsfähigkeit mindestens 24 Stunden vor dem Interview mitgeteilt. Die Rekrutierung erfolgte über unterschiedliche Social-Media-Kanäle wie Instagram oder Facebook, vor Ort in Rehabilitationskliniken, über Skoliose-Selbsthilfeorganisationen, ambulant tätige Schroth-Therapeut*innen sowie persönliche Kontakte. Die Auswertung folgte der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung (Mayring, 2015).

Ergebnisse

Es wurden Interviews mit zwölf Jugendlichen und sieben Physiotherapeut*innen geführt. Die zehn weiblichen und zwei männlichen Jugendlichen waren im Mittel 17,0 Jahre (SD: 1,2) alt. Bei den Physiotherapeut*innen waren die zwei Frauen und fünf Männer durchschnittlich 43,1 Jahre (SD: 3,7) alt. Die Berufsbezeichnungen Sportwissenschaftler*in, Physiotherapeut*in, Masseur*in und medizinische Bademeister*in sowie Sportlehrer*in wurden im Mittel vor 17,0 Jahren (SD: 5,4) erlangt.

Für 83 % der Jugendlichen (J) und 71 % der Therapeut*innen (T) war die Therapiegestaltung unter Berücksichtigung individueller Patient*innenbedürfnisse ein förderlicher Faktor. Ebenfalls förderlich waren z. B. die individuellere Betreuung und Korrektur der Patient*innen in kleineren Therapiegruppen (J: 42 %, T: 100 %), die Therapiedurchführung im Freien, um die Therapie ohne Mund-Nasen-Schutz zu ermöglichen (J: 50 %, T: 71 %), das gute Informationsmanagement (J: 92 %, T: 29 %), ein weiterhin bestehendes Freizeitangebot (J: 67 %, T: 14 %) und ein hohes Sicherheitsempfinden (J: 100 %, T: 100 %). Infektionen wie z. B. Magen-Darm-Erkrankungen traten aufgrund des Hygienekonzepts seltener auf (J: 8 %; T: 43 %). Für 75 % der Jugendlichen war förderlich, dass das häusliche Umfeld keine Bedenken bzgl. der Rehabilitation während der SARS-CoV-2-Pandemie hatte.

Als hinderlich wurden beispielsweise die erhöhte Anstrengung durch die Maskenpflicht (J: 92 %, T: 71 %), weniger Kommunikation und ein distanziertes Verhältnis zwischen Patient*innen und Therapeut*innen (J: 33 %, T: 100 %) oder die verkürzten Therapiezeiten (J: 67 %, T: 71 %) genannt. Der Aufbau sozialer Kontakte war für 75 % der Jugendlichen erschwert. Die Therapeut*innen empfanden fehlende soziale Kontakte zu Kolleg*innen durch z. B. unterschiedliche Pausenzeiten (57 %) und den Personalmangel (43 %) als hinderlich.

Diskussion und Fazit

Für eine gelungene Rehabilitation unter Pandemiebedingungen sollte darauf geachtet werden, dass die Therapiegruppen klein sind. Wenn möglich, sollte die physiotherapeutische Behandlung (Schroth-Therapie) aufgrund der Übungsintensität ohne Mund-Nasen-Schutz durchgeführt werden. Der Aufbau sozialer Kontakte unter den Jugendlichen sollte bestmöglich unterstützt werden. Das Freizeitangebot sollte umfangreich sein und ausreichend Kapazitäten bieten. Durch die Hygienemaßnahmen wie z. B. regelmäßige Händedesinfektion traten wenig Erkrankungen wie z. B. Magen-Darm-Infektionen auf, sodass diese Maßnahmen beibehalten werden sollten.

Take-Home-Message

Insgesamt gab es wenig Einschränkungen bei der Schroth-Therapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation während der SARS-CoV-2-Pandemie. Die Jugendlichen fühlten sich sicher und gut informiert. Die pandemiebedingten kleineren Gruppengrößen erhöhten die Qualität der Therapie stark. Der Aufbau sozialer Kontakte von Jugendlichen sollte bestmöglich unterstützt werden.

Literatur

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (2022): Ergebnisse. Themenfeld 1. Gesundheitsversorgung und Medizinische Rehabilitation. URL: https://www.dvfr.de/arbeitsschwerpunkte/projektberichte/, Abruf: 18.09.2022.

Lehnert-Schroth, C., Auner-Gröbl, P. (2021): Dreidimensionale Skoliosebehandlung. Atmungs-Orthopädie System Schroth (9. Aufl.). München: Elsevir.
Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Rehabilitationsprogramm bei Post-COVID-Fatigue

Nora Müller

Universität Göttingen

Hintergrund und Zielstellung

Das Post-COVID-Fatigue Symptom beschreibt eines der häufigsten Langzeitsymptome unter einer SARS-CoV-2-Infizierung (Schlitt et al., 2021), das mit erheblichen Einschränkungen der Alltagsbewältigung und abzuleitenden psycho-physischen Belastungen einhergeht. Unter Anbetracht vorliegender Prävalenzdaten (Groff et al., 2021) wird ein Rehabilitationsbedarf erkannt. Häufig wurden bisherige Therapieprogramme auf das neue Patientenklientel übertragen, ohne Vorlage von Evidenzen für die Therapie. Daher bedarf es neuer evidenzgeprüfter Therapieprogramme, die die Wirksamkeit und Adaptivität für Post-COVID-Fatigue überprüfen.

Das Ziel umfasst die Analyse und Evaluierung des Post-COVID Rehabilitations-Programms (PCRP) der Dr. Becker Rhein Sieg Klinik zur Beurteilung von Veränderbarkeit einer Post-COVID-Fatigue und des Einflusses auf die körperliche Leistungsfähigkeit. Dabei soll die Wirksamkeit untersucht werden unter Vermeidung von Verschlechterung der Symptomatik bzw. einer Post-Exertional Malaise (PME) (Koczulla et al., 2021).

Methoden

Im Rahmen einer Masterarbeit am Institut für Sportwissenschaften der Georg August Universität Göttingen und der neurologischen Abteilung der Dr. Becker Rhein Sieg Klinik in Nümbrecht wurde ein interdisziplinäres Rehabilitationsprogramm für die Post-COVID Symptomatik konzipiert. Aus den Schwerpunkten Diagnostik, Sporttherapie, Entspannungsverfahren, Neuropsychologie, Diätberatung und weiterführenden Bereichen setzt sich schließlich das PCRP zusammen. Die Studie fokussiert sich hierbei auf die Analyse der Post-COVID-Fatigue. Dazu wurde ein subjektiver und ein objektiver Untersuchungsparameter verwendet. Zunächst wurde mittels der Fatigue Skala für Motorik (FSMC) die subjektive Wahrnehmung erfasst. Hierbei wurden die Veränderung der Gesamtscorewerte sowie die prozentuale Verteilung der Fatigue-Ausprägungsgrade bewertet. Fortlaufend wurde über den IPN-Test eine objektive Leistungsdiagnostik durchgeführt zur Bewertung der Ausdauerleistung. Des weiteren wurden die Watt-Leistungen alters- und geschlechtsabhängiger Soll-Leistungen als Normwertvergleich gegenübergestellt (Weisser, 2006). Das Versuchsprofil umfasst ein Pre-Posttest-Design.

Ergebnisse

Die Studie wurde im Zeitraum von Oktober 2021 bis Februar 2022 durchgeführt. Insgesamt konnten 18 Proband*innen rekrutiert werden, welche durchschnittlich eine vierwöchige

Rehabilitation vollzogen. Dabei erreichten alle Patient*innen signifikant reduzierte FSMC-Werte (Pre: MW = 69,78; Post: MW = 58,5). Die prozentuale Verteilung zeigt zudem eine Verschiebung des Ausprägungsgrades in Reduzierungstendenz. Insbesondere die Gruppe der Kategorie „keine diagnostizierte Fatigue“ kann sich durch die Teilnahme am PCRP vergrößern (von 5,26% zu 26,32%). Dennoch bleibt die prozentual größte Gruppe in der Kategorie „schwere Fatigue“ bestehen (Pre: 63,16%; Post: 47,37%). Im IPN-Test haben 87,5% der Proband*innen ihre Ausdauerleistung steigern können, was jedoch keine Signifikanz trägt. Abschließend zeigt der Vergleich zu Normwerten in der Fahrradergonomie, dass Post-COVID Patient*innen deutlich unter alters- und geschlechtsabhängigen Soll-Leistungen liegen, sowohl vor als auch nach dem Programm.

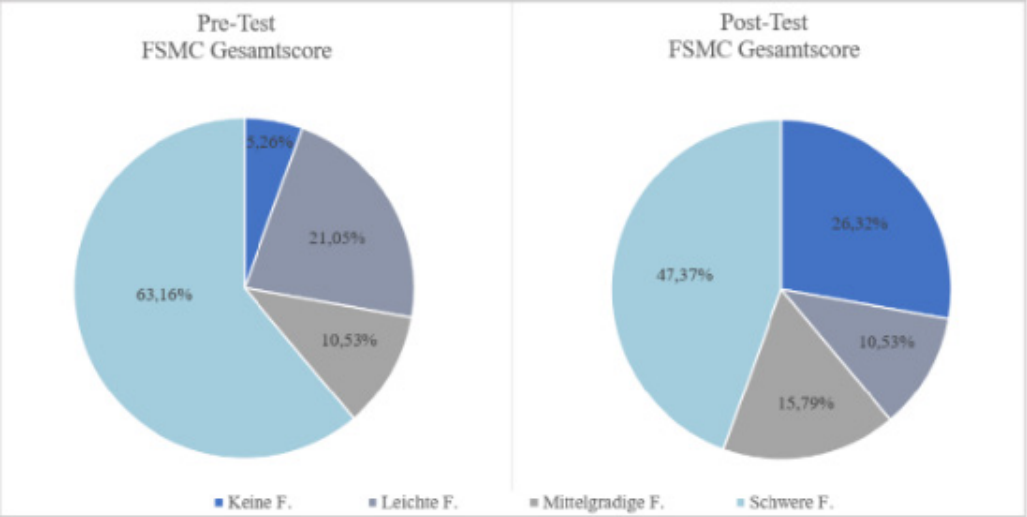


Abb. 1: Prozentuale Verteilung der Fatigue-Ausprägungsgrade

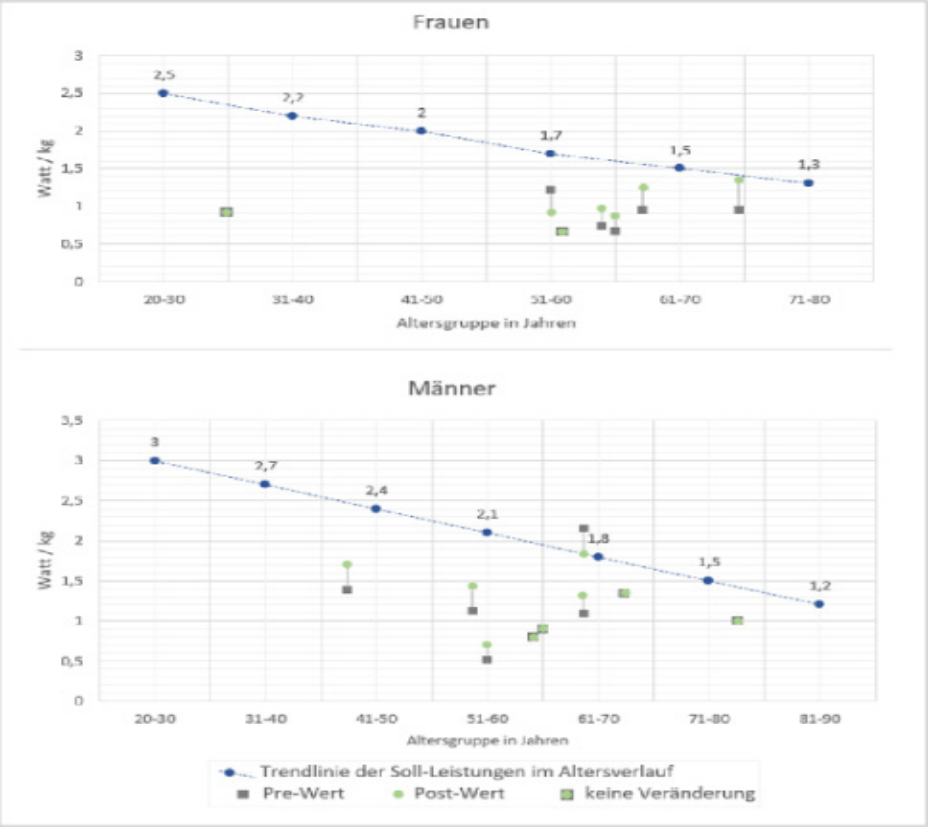


Abb. 2: Vergleich zu alters- und geschlechtsabhängigen Soll-Leistungen der Fahrradergonomie

Diskussion und Fazit

Die gewonnenen Daten belegen, dass Post-COVID-Fatigue durch das durchgeführte PCRP veränderbar ist. Zudem kann die Ausdauerleistung verbessert werden, was jedoch nicht innerhalb eines relevanten Unterschiedes einzuordnen ist. Insgesamt liegen Post-COVID-Fatigue Betroffene deutlich unter alters- und geschlechtsspezifischen körperlichen Soll-Leistungen. Zudem bleibt bei den meisten Patient*innen eine „schwere Fatigue“ trotz Rehabilitation bestehen. Abschließend bedarf es weiterer Forschung, größerer Stichprobenumfänge und ergänzenden Kontrollgruppen, um einen Rehabilitationsstandard aufbauen zu können.

Take-Home-Message

Interdisziplinäre Rehabilitationsprogramme können Post-COVID-Fatigue subjektiv verändern und nachhaltig beeinflussen.

Literatur

Groff, D., Sun, A., Ssentongo, A. E., Ba, D. M., Parsons, N., Poudel, G. R., Lekoubou, A., Oh, J. S., Ericson, J. E.,Ssentongo, P., Chinchilli, V. M. (2021). Short-term and Long-term Rates of Postacute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection: A Systematic Review. JAMA Network Open, 4(10).

Koczulla, A. R., Ankermann, T., Behrends, U., Berlit, P., Böing, S., Brinkmann, F., Frank, U., Franke, C., Glöckl, R. , Gogoll, C., Häuser, W., Hohberger, B., Huber, G., Hummel, T., Köllner, V., Krause, S., Kronsbein, J., Maibaum, T., Otto-Thöne, A., Pecks, U., Peters, E.M.J., Peters S., Pfeifer, M., Platz, T., Pletz, M., Powitz, F., Rabe, K.F., Scheibenbogen C., Schneider, D., Stallmach, A., Stegbauer, M., Tenenbaum, T., Töpfner N., von Versen-Höynck, F., Wagner, H.O., Waller, C., Widmann, C.N., Winterholler, C., Wirtz, H., Zwick, R. H. (2021). S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID. Pneumologie (Stuttgart, Germany), 75(11), 869–900.

Schlitt, A., Schultz, K., & Platz, T. (2021). AWMF-Leitlinie: Rehabilitation nach einer COVID-19-Erkrankung. Deutsches Ärzteblatt, 118(15), 774–778.

Weisser, B. (2006). Bewegung und Sport im Seniorenalter unter sportmedizinischen Aspekten. Notfall & Hausarztmedizin, 32(08/09), 422–424.

Utilization of Workplace Health Promotion Measures in Large German Companies

Kristina Schubin

Universität zu Köln

Hintergrund

In internationalen Vereinbarungen wird betont, dass der Arbeitsplatz ein bedeutendes Setting ist, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung zu stärken (European Network for Workplace Health Promotion [ENWHP], 1997; World Health Organisation [WHO], 1986). Dennoch ist die Verbreitung und Inanspruchnahme von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in Deutschland nach wie vor gering - trotz der

wissenschaftlichen Absicherung ihrer Effektivität und des Inkrafttretens des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 (Hollederer, 2021). Der Forschungsstand zeigt, dass deutlich mehr Aufwand betrieben werden muss, um die Verbreitung und Inanspruchnahme von qualitativ hochwertigen BGF-Maßnahmen in deutschen Betrieben zu implementieren (Hoge et al., 2019). Dafür ist weiteres Wissen über Faktoren der Inanspruchnahme in der heterogenen deutschen BGF-Landschaft notwendig.

Zielstellung

Das kumulative Dissertationsvorhaben zielt darauf ab, Wissen zu umweltbezogenen (kontextuellen) und personellen (individuellen) Faktoren der Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen in deutschen Unternehmen zu generieren. Das Verhaltensmodell der Versorgungsinanspruchnahme nach Andersen (Andersen, 1995) bildet hierbei die theoretische Basis und die Erkenntnisse der Datenanalysen werden darin integriert.

Methodik

Zur Realisierung des Vorhabens werden drei Datenquellen genutzt. Erstens wer-den qualitative Interviews mit acht Betriebsärzt:innen inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Betriebsärzt:innen werden zu Faktoren der Inanspruchnahme eines randomisiert-kontrollierten Muskelskelettprogramms in 22 Betrieben befragt. Zweitens werden BGF-Inanspruchnahme und Faktoren der Inanspruchnahme von Führungskräften (n=179) eines IT-Unternehmens an-hand einer Fragebogenstudie im Mixed-Methods-Format untersucht. Drittens werden aus dem Prä-Post-Vergleich eines betrieblichen Achtsamkeitstrainings für Führungskräfte (n=56) theoretische und praktische Implikationen für die Förderung der Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen gezogen.

Vorläufige Ergebnisse

Aus betriebsärztlicher Sicht sind vielfältige Faktoren auf kontextueller und individueller für das Gesundheitsverhalten, die BGF-Inanspruchnahme und deren Outcomes relevant. Mehr als die Hälfte der befragten IT-Führungskräfte haben noch nie an BGF-Maßnahmen teilgenommen. Teilnahmebarrieren sind die Arbeitsbelastung sowie ein Mangel an Zeit, Informationen und Bedarf. Das Aufzeigen des objektiven Nutzens und der erlebte subjektive Nutzen des Achtsamkeitstrainings sollen hinsichtlich der Förderung der Inanspruchnahme von BGF diskutiert werden. Die vorläufigen Analysen zeigen, dass sich die empirischen Ergebnisse zum Teil in Andersens Modell einordnen lassen, jedoch mit anderen Theorien angereichert und diskutiert werden müssen.

Diskussion und Fazit

Das Projekt deutet auf vielfältige Faktoren der Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen in deutschen Betrieben hin. Das Projekt knüpft am Forschungsstand an, indem es explorative Erkenntnisse zu umweltbezogenen Faktoren (z.B. Arbeitsbedingungen) sowie individuellen Faktoren der BGF-Inanspruchnahme aus Sicht verschiedener Zielgruppen beiträgt. Auf praktischer Ebene kann das Promotionsprojekt Handlungsempfehlungen dazu geben, was bei der weiteren Gestaltung des betrieblichen Gesundheitsmanagements beachtet werden muss und wie die Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen gefördert werden kann.

Take-Home-Message

Die geringe Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen in deutschen Unternehmen erfordert eine weitere theoriebasierte Anreicherung des Forschungsstands anhand empirischer Daten zu umweltbezogenen sowie individuellen Faktoren aus Sicht verschiedener betrieblicher Akteur:innen.

Literaturverzeichnis

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? Journal of Health and Social Behavior, 36(1), 1. https://doi.org/10.2307/2137284

European Network for Workplace Health Promotion. (1997). Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. Luxembourg. https://www.en-whp.org/resources/toolip/doc/2018/05/04/luxembourg_declaration.pdf.

Hoge, A., Ehmann, A. T., Rieger, M. A. & Siegel, A. (2019). Caring for Workers' Health: Do German Employers Follow a Comprehensive Approach Similar to the Total Worker Health Concept? Results of a Survey in an Economically Powerful Region in Germany. International journal of environmental research and public health, 16(5). https://doi.org/10.3390/ijerph16050726.

Hollederer, A. (2021). Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland für alle? Ergebnisse der BIBB-/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018 [Workplace Health Promotion in Germany for All? Results of the 2018 BIBB/BAuA survey of Employed People]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany). Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.1055/a-1658-0125.

World Health Organisation. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986. https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf.

Arbeitsfähigkeit und berufliches Risiko von Rehabilitand*innen mit Long Covid

Mercedes Rutsch; Ruth Deck

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Viele Betroffene sehen sich nach der akuten Phase ihrer Covid-19-Erkrankung mit anhaltenden und vielfältigen Symptomen konfrontiert (Alkodaymi et al., 2022). Diese persistierenden Krankheitsfolgen beeinträchtigen den Alltag der Betroffenen (Office For National Statistics, 2022), zu dem auch die Teilhabe am Erwerbsleben zählt. Bislang gibt es lediglich erste Hinweise darauf, dass Long-Covid-Patient*innen mit einer verminderten selbstberichteten Arbeitsfähigkeit in das Berufsleben zurückkehren, so sie denn überhaupt ihre Erwerbsarbeit wieder aufnehmen (Lemhöfer et al., 2021). Hieraus ergibt sich die Fragestellung, ob Corona-Symptome einem nahtlosen Übergang in das Berufsleben nach einer Rehabilitationsmaßnahme entgegenstehen und den subjektiven Gesundheitszustand nach 6 Monaten beeinflussen.

Methoden

Die Daten entstammen der multizentrischen Beobachtungsstudie „Medizinische Rehabilitation nach einer Corona Erkrankung / Re_Co“ (Rutsch et al., 2021). In der vorliegenden Analyse wurden die Daten von Rehabilitand*innen im Heilverfahren untersucht, die zu drei Messzeitpunkte befragt wurden (vor und nach der Reha sowie 6 Monate nach der Reha). Für die berufsbezogenen Auswertungen wurden die aktuell berufstätigen Teilnehmer*innen analysiert (N=173). Für Fragen zur subjektiven Gesundheit und der Bewertung des Reha-Erfolgs wurde die gesamte Stichprobe berücksichtigt (N=215).

Mithilfe eines standardisierten Fragebogens wurden gesundheitliche Beeinträchtigungen, u.a. Corona-Symptome, Lebensqualität und Teilhabe erfasst. Berufsbezogene Fragen betreffen u.a. die Rückkehr zur Arbeit, das berufliche Risiko (SPE-Skala, %) und die beruflichen Belastungen.

Ergebnisse

In unserer Stichprobe sind 81% (N=173) der Studienteilnehmer*innen erwerbstätig. Vergleichbar zur Gesamtstichprobe sind 68% der Rehabilitand*innen weiblich und im Durchschnitt 53 Jahre alt.

Es existieren größtenteils signifikante Zusammenhänge (zw. $p < 0.01$ und $p < 0.05$) zwischen dem verbleibenden Ausmaß der Corona-Symptome am Ende der Reha und der Rückkehr in den Beruf sechs Monate nach der Reha. Ähnliche Befunden zeigen sich bei dem Risiko aus dem Beruf auszuscheiden, das im größtenteils signifikanten Zusammenhang (zw. $p < 0.01$ und $p < 0.05$) zur Symptomlast am Reha-Ende steht.

Bei den beruflichen Belastungen beschreiben Betroffene, die zum Ende der Reha in drei Symptomkategorien hohe Ausprägungen aufweisen, ihren Beruf signifikant häufiger als belastend (Symptome-LM: $p < 0.01$; Symptome-KOG: $p < 0.01$; Symptome-AND: $p < 0.01$). Es zeigen sich für die meisten Corona-Symptome auch signifikante Zusammenhänge mit der subjektiven Gesundheit ($p < 0.01$ bzw. $p < 0.05$). Je höher die Symptome am Ende der Rehabilitation ausfallen, desto schlechter werden Teilhabe, Lebensqualität und psychisches Befinden nach sechs Monaten bewertet. Am Ende der Reha stärker ausgeprägte Symptome führen zu einer signifikant ungünstigeren Beurteilung des Reha-Erfolgs ($p < 0.01$).

Diskussion und Fazit

Auch in unserer Stichprobe sind, wie in anderen Studien berichtet, die Krankheitssymptome nach einer Covid-19-Erkrankung äußerst heterogen (Alkodaymi et al., 2022; Lopez-Leon et al., 2021) und für die Betroffenen extrem belastend. Sie beeinträchtigen das gesamte Alltagsleben und führen zu familiären, sozialen und beruflichen Einschränkungen.

Da Symptome, die über das Ende der medizinischen Reha hinweg persistieren, einen großen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und das berufliche Risiko der Covid-19-Erkankten haben, sollte die Rehabilitationsmaßnahme auf eine Symptomreduktion abzielen, um die gewünschte Arbeitsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Gleichzeitig sollte eine begleitende Nachsorge die Symptomreduktion stabilisieren, um die Rückkehr in den Beruf zu sichern.

Take-Home-Message

Anhaltende Corona-Symptome können nach der Rehabilitation die berufliche Leistungsfähigkeit, die Arbeitsfähigkeit und die subjektiv erlebte Gesundheit beeinflussen. Sowohl in der Rehabilitation als auch in der Reha-Nachsorge sollte die Symptomreduktion im Fokus stehen, um nachhaltige Beeinträchtigungen in Teilhabe und Lebensqualität zu verhindern.

Literatur

Alkodaymi, M. S., et al. (2022). Prevalence of post-acute COVID-19 syndrome symptoms at different follow-up periods: a systematic review and meta-analysis. Clin Microbiol Infect, 28(5), 657-666.

Lemhöfer, C., Best, N., Gutenbrunner, C., Loudovici-Krug, D., Teixido, L., Sturm, C. (2021). Gefühlte und reale Arbeitsfähigkeit von Patient*innen mit Post-COVID Symptomatik nach mildem Akutverlauf: eine Analyse des Rehabilitation Needs Questionnaire (RehabNeQ). Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 54(03), 151-158.

Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A., Villapol, S. (2021). More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep, 11(1).

Office For National Statistics. (2022). Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-19) infection in the UK: 1 September 2022. statistical bulletin.

Rutsch, M., Frommhold, J., Buhr-Schinner, H., Djeiranachvili, L., Gross, T., Schüller, P. O., Katalinic, A., Deck, R. (2021). Study protocol medical rehabilitation after COVID-19 disease: an observational study with a comparison group with obstructive airway disease / Re_Co. BMC Health Services Research, 21(1), 373. doi:10.1186/s12913-021-06378-4.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Deutliche Unterschiede zwischen Rentnern und Berufstätigen mit Post-/Long-Covid-Syndrom in der stationären Rehabilitation

Jürgen Wagner[1]; Mario Siebler[2]

[1] MediClin Staufenburg Klinik + MediClin Studiengruppe; [2] MediClin Fachklinik Rhein/Ruhr

Hintergrund und Zielstellung

Das Alter gilt als ein wesentliches Risiko für einen schweren Verlauf der akuten Covid-19 Erkrankung. Ob „Alter" auch einen Risikofaktor darstellt für die Entwicklung eines Long-/Post-Covid-Syndroms (PCS) wird kontrovers diskutiert: Während Sudre C.H. et al. (Nature Med., 2021) im Alter ein erhöhtes Risiko für persistierende Symptome sieht, hat sich dieses bei einer anderen Populationsstudie (ONS, 10/2022) nicht bestätigt. Der postakute Verlauf wird ferner beeinflusst von der Schwere der Akuterkrankung, Hospitalisierung, Intensivtherapie und Dekonditionierung. Der Rehabilitation kommt in der Behandlung des PCS eine besondere Bedeutung zu, daher haben sich fachübergreifend Abteilungen der MediClin Kliniken zusammengeschlossen, um anhand einer standardisierten Diagnostik und Therapiemodulen, eines web-basierten Konsilboards und Datendokumentation, die Versorgung des PCS zu optimieren.

Das PCS führt durch multiple Symptome bei Berufstätigen zu erheblichen Einschränkungen der Teilhabe am beruflichen, aber auch sozialen Leben. Wir untersuchten daher, ob sich die Symptomatik und Erkrankungsschwere des PCS zwischen Berufstätigen und Rentnern unterscheiden und welcher Behandlungsbedarf bei Rentnern mit PCS besteht.

Methoden

In einer prospektiven, offenen Multicenterbeobachtungsstudie wurden Rehabilitanden mit PCS eingeschlossen (n=515). Nach Einverständniserklärung wurden diese anhand einer standardisierten, gradierten Symptom-Checkliste befragt. Problembezogen werden validierte Tests und Therapiemodule eingesetzt und Aufnahme- und Entlassbefunde dokumentiert. Die Daten werden über ein Statistikinstitut anonym gesammelt und mittels ANOVA analysiert.

Ergebnisse

336 (65%) Berufstätige und 179 (35%) Rentner wurden eingeschlossen, 45% der Rentner und 55% der Berufstätigen waren weiblich. Das Altersmaximum bei Berufstätigen lag mit 48% bei 51-60 Jahren, bei Rentnern im Alter von 61 bis 70 Jahren mit 54%. 57% der Berufstätigen mit PCS wurden während der Akuterkrankung ambulant behandelt, 43% stationär und nur 18% auf Intensivstation, dagegen waren nur 25% der Rentner ambulant, 75% stationär, 32% intensiv und 15% beatmet. Der Median der Aufnahme zur stationären Rehabilitation betrug 33 Wochen nach Infekt bei Berufstätigen und 16 Wochen bei Rentnern. 50 Wochen nach Primärinfekt gab es nur noch vereinzelt Rentner mit PCS.

64% der Berufstätigen nannten Symptome aus 3-5 Symptomgruppen, und nur 32% Symptome aus 1 oder 2 Gruppen. Rentner beklagten nur in 32% 3-5 Gruppen und 1 oder 2 Gruppen in 59%. An Symptomen beklagten Berufstätige und Rentner gleichermaßen in 80% bzw. 79% Dyspnoe sowie Leistungsminderung in 93% bzw. 90%, andere Symptome wurden von Rentnern signifikant weniger beklagt, Hyposmie 20% vs. 36% bei Berufstätigen,

Kognitionsdefizite 63% vs. 81%, Depression 27% vs. 49%, Schlafstörungen 47% vs. 65%, Muskelschmerzen 41% vs. 60% ($p < 0{,}001$). Während des stationären Rehaaufenthaltes besserten sich körperlichen Leistungsfähigkeit und Dyspnoe erheblich bei Rentnern und Berufstätigen in vergleichbarem Umfang.

Diskussion und Fazit

Altersrentner finden den Weg in die stationäre Rehabilitation früher als Berufstätige, dies ist möglicherweise dem vergleichsweise höheren Anteil an schweren Verläufen mit stationärer Behandlung geschuldet. Diese Patienten profitieren womöglich von den etablierten Zuweisungswegen der klinischen Sozialdienste. Dyspnoe und körperliche Leistungsminderung stehen bei Aufnahme im Vordergrund, wobei Rentner und Berufstätige gleichermaßen von den positiven Effekten der Rehabilitation bei diesen Symptomen profitieren.

Andere typische PC Symptome wie Konzentrationsstörungen, Depression oder Muskelschmerzen u.a. werden von Rentnern signifikant weniger beklagt. Dies muss nicht bedeuten, dass Rentner kein „klassisches“ PCS erleiden, sondern kann auch Folge eines altersspezifischen Reporting oder der frühen Symptomatik sein. Nach schwerer Pneumonie muss auch mit einer verlängerten Erholungszeit gerechnet werden. Ältere Patienten mit Komorbiditäten wie z.B. Dialysepflichtigkeit erreichen auch 6 Monate nach einer Covid-19 Erkrankung nicht ihr früheres Leistungsniveau.

Take-Home-Message

Zusammenfassend profitieren Rentner stark von der Rehabilitation nach Covid-19 Erkrankung, wobei eine verlängerte Rekonvaleszenz nach schwerer Erkrankung berücksichtigt werden muss.

Literatur

Och, A., Tylicki, P. et al. (2021): Persistent Post-COVID-19 syndrome in hemodialyzed patients-A longitudinal cohort study from the North of Poland. (2021) J Clin Med. 28;10(19):4451.

Office for National Statistics: Coronavirus (COVID-19) Infection Survey: Chapter Long Covid (latest update 06/10/22.

Sudre, C. H., Murray, B., et al. (2021): Attributes and predictors of long COVID. Nature Medicine vol. 27, p. 626–631.

MediClin Studiengruppe: Bonnert, J., Buergy, R., Kaiber, B., Krause, S., Lammers, S. M., Mössinger, B., Rosenblum, K., Schmalenbach, M., Siebler, M., Trunzer, P., van Erckelens, F., Wagner, J., Waldmann, G., Witt, T. MEDICLIN Reha Zentrum Reichshof, Deister-Weser-Klinik, Albert-Schweitzer- Klinik, Bosenberg-Kliniken, Fachklinik Rhein/Ruhr, Kraichgau-Klinik, Reha-Zentrum Gernsbach und Reha-Zentrum Bad Düben.

Inanspruchnahme der stationären Rehabilitation in der Schweiz im Verlauf der Covid-19-Pandemie

Stefanie Köhn[1]; Manuela Marquardt[1]; Luise Menzi[2]; Anika Zembic[1]; Karla Spyra[1]

[1] Charité - Universitätsmedizin Berlin;
[2] ANQ - Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

Hintergrund und Zielstellung

Die Covid-19-Pandemie ging mit starken Belastungen des gesamten Gesundheitswesens einher, auch im Bereich der Rehabilitation. Studien aus Deutschland belegen für das erste Jahr der Corona-Pandemie sowohl einen starken Rückgang der Reha-Antragszahlen (Bethge et al., 2022) als auch der Inanspruchnahme stationärer Reha-Leistungen (Bestehorn et al., 2022). Auch in der Schweiz war die Reha-Inanspruchnahme im Jahr 2020 geringer (Marquardt et al., 2022). In Ergänzung dazu zielt dieser Beitrag darauf ab, das Inanspruchnahmegeschehen der stationären Rehabilitation in der Schweiz im weiteren Verlauf der Covid-19-Pandemie darzustellen.

Methoden

Basierend auf Daten des nationalen externen Schweizer Qualitätssicherungsprogramms, wurden 263.819 Fälle aus 112 Kliniken eingeschlossen, die in den Jahren 2019-2021 eine stationäre Rehabilitation abgeschlossen haben. In deskriptiven Analysen wurde die Entwicklung der Inanspruchnahme in den ersten zwei Jahren der Corona-Pandemie mit dem Referenzjahr 2019 insgesamt und stratifiziert nach Reha-Indikation verglichen. Weiterhin wurde die Anzahl der Reha-Aufnahmen pro Monat als prozentuale Abweichung vom Referenzjahr berechnet. Zusätzlich werden die Fallzahlen von an Covid-19-erkrankten Patient*innen auf Schweizer Intensivstationen (BAG, 2022) als Indikator für das Ausmaß des Infektionsgeschehens dargestellt.

Ergebnisse

Die jahrweise Betrachtung zeigt, dass im Jahr 2020 insgesamt 2,8% weniger Rehabilitationsmaßnahmen abgeschlossen wurden als 2019. Im 2. Pandemiejahr stiegen die Fallzahlen an, was insgesamt in einer Zunahme von 4,6% absolvierter Rehamaßnahmen im Jahr 2021 im Vergleich zu 2019 resultierte. Die Inanspruchnahme entwickelte sich je nach Indikationsbereich unterschiedlich: Einige Indikationsbereiche verzeichneten in Übereinstimmung mit dem Gesamtergebnis zunächst Aufnahmerückgänge, im Folgejahr Fallzahlzuwächse. Dies betrifft die Neuro-Reha mit einer Gesamtzunahme von 2,8% sowie die pulmonale Rehabilitation mit einer starken Zunahme von 32,0% im Jahr 2021. Auch in der kardialen und muskuloskelettalen Rehabilitation stiegen die Fallzahlen nach anfänglicher Abnahme an, wobei sie insgesamt leicht unter 2019 blieben. Die internistische und die geriatrische Rehabilitation wiesen durchgehend einen Fallzahlzuwachs auf, wobei dieser in der Geriatrie besonders hoch ausfiel (+13,8%). In der onkologischen, paraplegiologischen und psychosomatischen Rehabilitation zeigte sich für beide Jahre eine Fallzahlreduktion im Vergleich zum Referenzjahr.

Die Jahresstichproben unterscheiden sind hinsichtlich Alter und Geschlecht nur geringfügig.

Differenziert nach Indikationsbereichen sind größere Unterschiede dieser Stichprobenmerkmale zu erkennen (vgl. Tabelle 1).

Tab. 1: Reha-Inanspruchnahme 2019–2021 sowie zentrale Stichprobenmerkmale nach Reha-Indikationen

	Jahr	Anzahl n	Differenz Anzahl Vorjahr	Differenz Anzahl 2021 vs. 2019	Alter mean	Alter SD	Frauen Anteil
GESAMT	2021	91.445	7,6%	4,6%	71,8	14,6	54,6%
	2020	84.972	-2,8%		72,1	14,6	54,5%
	2019	87.402			71,8	14,7	55,6%
Geriatrische Reha	2021	24.079	11,0%	13,8%	83,0	7,5	62,3%
	2020	21.699	2,6%		83,0	7,6	62,2%
	2019	21.159			83,0	7,3	62,9%
Internistische Reha	2021	5.911	6,0%	6,4%	69,7	12,8	49,2%
	2020	5.579	0,4%		69,5	12,9	47,7%
	2019	5.556			69,8	12,4	48,8%
Kardiale Reha	2021	7.120	7,6%	-0,3%	68,9	11,6	30,7%
	2020	6.617	-7,4%		68,5	11,7	30,0%
	2019	7.144			67,9	11,9	32,1%
Muskuloskelettale Reha	2021	28.882	4,3%	-1,4%	71,1	14,2	62,4%
	2020	27.700	-5,5%		71,3	14,1	62,2%
	2019	29.297			70,6	14,0	63,1%
Neurologische Reha	2021	14.637	5,0%	2,7%	66,1	15,5	44,1%
	2020	13.942	-2,2%		66,6	15,1	44,0%
	2019	14.250			66,4	15,2	45,9%
Onkologische Reha	2021	1.245	-3,8%	-10,7%	67,7	12,1	55,3%
	2020	1.294	-7,2%		68,4	12,3	52,3%
	2019	1.394			67,8	11,9	52,3%
Paraplegiologische Reha	2021	975	5,4%	-4,7%	54,8	16,7	34,1%
	2020	925	-9,6%		57,0	17,0	32,8%
	2019	1.023			56,0	16,6	34,8%
Psychosomatische Reha	2021	3.033	-2,2%	-9,9%	50,6	13,0	64,8%
	2020	3.101	-7,8%		51,1	13,8	64,4%
	2019	3.365			50,3	13,6	64,5%
Pulmonale Reha	2021	5.563	35,2%	32,0%	69,0	11,3	42,9%
	2020	4.115	-2,3%		68,2	11,3	43,5%
	2019	4.214			66,5	12,0	47,2%

Die monatsweise Betrachtung der Aufnahmezahlen der Gesamtstichprobe in den Jahren 2020 und 2021 im Vergleich zu 2019 zeigt einen mit dem Infektionsgeschehen im Zusammenhang stehenden Verlauf. Starke Rückgänge sind in den Monaten März (-8,1%), April (-36,4%) und Mai 2020 (-16,6%) sowie in der Zeit von November 2020 bis Februar 2021 mit einem maximalen Rückgang von -10,6% zu erkennen (vgl. Abbildung 1). In den Sommermonaten ist im Jahr 2020 ein leichter, im Jahr 2021 ein deutlicher Anstieg der Aufnahmen im Vergleich zu 2019 zu verzeichnen. Die Fallzahlentwicklung ab Oktober 2021 deutet wieder eine leichte Reduktion der Aufnahmen an (-1,6%). Bei der nach Indikationen stratifizieren Analyse zeigten sich analog zu den Gesamtbelegungszahlen unterschiedliche Verlaufsmuster.

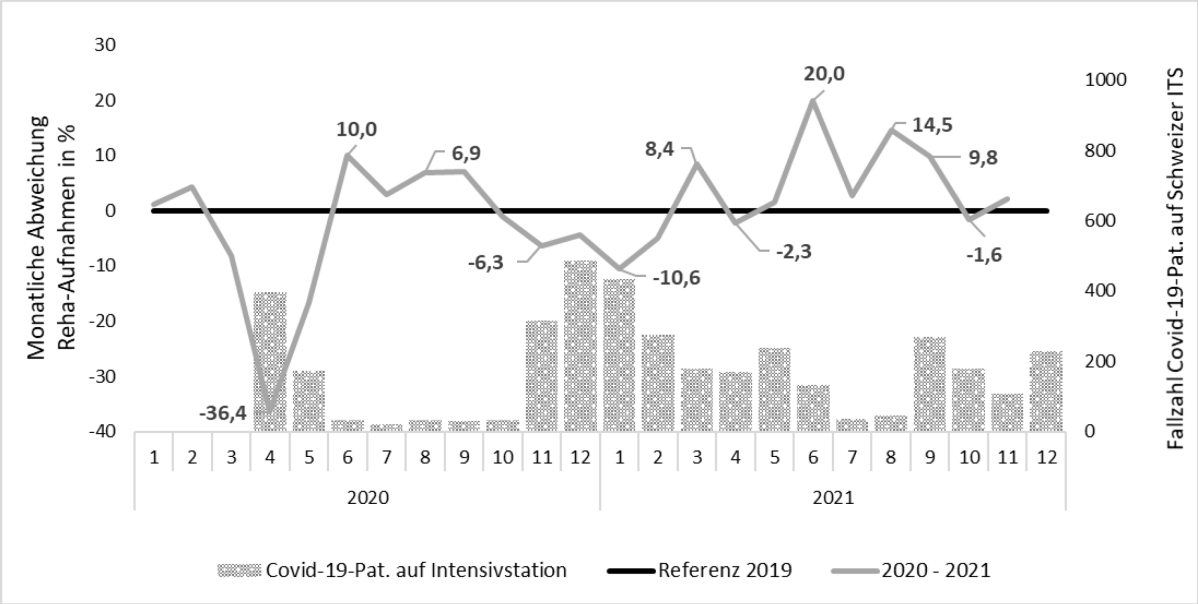


Abbildung 1: Prozentuale monatliche Abweichung Reha-Aufnahmen 2020 und 2021 im Vergleich zum Referenzjahr 2019 sowie Fallzahlen Covid-19-Patienten auf Schweizer Intensivstationen

Diskussion und Fazit

Die Analyse der Inanspruchnahmen in den ersten beiden Jahren der Covid-19-Pandemie zeigt im Zeitverlauf und nach Rehabereichen differenziert ein dynamisches Geschehen im Schweizer Rehabilitationssystem. Die monatlichen Zu- und Abnahmen der Belegungszahlen korrespondieren weitestgehend mit dem Infektionsgeschehen und der Belastung des akutmedizinischen Sektors, wobei der Einfluss der Hochinzidenzphasen auf die Aufnahmezahlen im Pandemieverlauf abnahm.

Während das Jahr 2020 insgesamt durch einen Rückgang der Fallzahlen gekennzeichnet war, stiegen die Fallzahlen im Folgejahr wieder an. Dies kann mit einem erhöhten pandemiebedingten Bedarf an Rehaleistungen in einzelnen Bereichen (z.B. pulmonale, neurologischen Reha) als auch mit Nachholeffekten aufgeschobener elektiver Eingriffe erklärt werden. Detaillierte Analysen zum Einfluss der Covid-19-Pandemie auf Veränderungen der Inanspruchnahmen sollten insbesondere für die Indikationen mit einem Rückgang der Fallzahlen erfolgen.

Take-Home-Message

Der Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme der stationären Rehabilitation in der Schweiz ist deutlich erkennbar, wobei die Intensität im Zeitverlauf abnimmt und zwischen den verschiedenen Reha-Indikationen deutlich variiert.

Literatur

BAG, Bundesamt für Gesundheit (2022): Covid-19 Schweiz - Spitalkapazitäten. URL: https://www.covid19.admin.ch/de/hosp-capacity/icu?occ=covid19&time=total [Stand: 31.10., 2022].

Bestehorn, K., Schwaab, B., Schlitt, A. (2022): Wie stark hat die COVID-19-Pandemie die kardiologische Rehabilitation im ersten Jahr der Pandemie beeinflusst? Ein Vergleich der Leistungszahlen aus 2019 mit 2020 in Deutschland. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 173: 22-26.

Bethge, M., Fauser, D., Zollmann, P., Streibelt, M. (2022): Reduced requests for medical rehabilitation because of the SARS-CoV-2 pandemic: a difference-in-differences analysis. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 103(1): 14-19. e2.

Marquardt, M., Köhn, S., Menzi, L., Schlumbohm, A., Spyra, K. (2022): Inanspruchnahme der stationären Rehabilitation während der Covid-19-Pandemie. Ergebnisse aus der Schweizer Qualitätssicherung Rehabilitation. (Hg.): DRV-Schriften, Deutsche Rentenversicherung. 126: 190-193.

Förderung: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)

Rehabilitation bei Post-/Long-COVID: Wie passt der interdisziplinäre Versorgungsbedarf zu bestehenden Therapie-Konzepten?

Carina Kolb[1]; Petra Becker[1]; Christina Derksen[2]; Robin Rinn[2]; Cay Cordes[3]; Sonia Lippke[2]

[1] Dr. Becker Klinikgruppe; [2] Jacobs University Bremen gGmbH; [3] Dr. Becker Kiliani-Klinik

Hintergrund und Zielstellung

Symptome einer COVID19-Infektion sind vielfältig und treten häufig multiorganisch auf (Crook et al., 2021). Der Versorgungsbedarf von Betroffenen ist ebenso vielfältig und sollte durch interdisziplinäre, ganzheitliche Versorgungskonzepte gedeckt werden. Dies betrifft die ambulante fachärztliche und Heilmittel-Versorgung, aber vorrangig die Rehabilitation. Zu den häufigsten Symptomen zählen Fatigue und kognitive Einschränkungen. Die Unterschiedlichkeit der Symptome erfordert einen multimodalen Behandlungsansatz (Kupferschmitt et al., 2022). Die verschiedenen Symptome nach einer COVID19-Infektion lassen sich jedoch meist nicht einer einzelnen Indikation zuordnen. So kann eine Reha-Fachabteilung zwar in Bezug auf die führende Symptomatik geeignet sein, deckt aber konzeptionell nicht die individuellen Behandlungsbedarfe ab. Wie gut ist das bestehende Rehabilitationssystem auf die besonderen Anforderungen der Long-COVID-Betroffenen vorbereitet?

Im Rahmen des vom bayerischen StMGP geförderten ASAP-Projekts (Dahmen et al., 2022) sollte ein Versorgungspfad entwickelt werden, der u.a. den individuellen Versorgungsbedarf nach COVID19-Infektion definiert. Hierzu wurden folgende Forschungsfragen untersucht:

1. Welcher Versorgungsbedarf besteht nach COVID19-Infektion?
2. Auf welche Indikationen bezieht sich der Versorgungsbedarf bei Post-/Long-COVID?

Methoden

Nach positivem Online-Screening auf Post-/Long-COVID nahmen zwischen Mai und Oktober 2022 N=63 Patient:innen am 3-tägigen interdisziplinären Assessment in der Dr. Becker Kiliani-Klinik teil (63,5% Frauen; Ø 43,5 Jahre, SD=12,2). Die Patient:innen durchliefen im Rahmen des stationären Assessment Diagnostik und Tests aus Kardiologie, Pulmologie, Neurologie, (Neuro-)Psychologie und Physiotherapie. Auf Grundlage der Ergebnisse wurde das Vorliegen eines Post-/Long-COVID-Syndroms verifiziert/falsifiziert und Empfehlungen für

die weitere medizinische/therapeutische Versorgung formuliert. Die Patient:innen wurden während des gesamten Studienverlaufs, inklusive Assessment und Nutzung digitaler Angebote, durch Lots:innen unterstützt.

Ergebnisse

Das Assessment hat für N=60 der 63 Teilnehmenden die Annahme aus dem Screening, dass Long-COVID vorliegt, bestätigt. Es wurden für alle 63 Teilnehmenden Reha-Empfehlungen (Neurologie: 63,5%, Pulmologie: 6,4%, Psychosomatik: 22,2%, Neuropsychologie: 6,3%, Kardiologie: 1,6%) ausgesprochen. Darüber hinaus wurde weitere Diagnostik (insb. Kardiologie: 14,3%, Pneumologie: 15,9%, NLG (Messung Nervenleitgeschwindigkeit): 23,8%, Neurologie: 15,9%), weitere fachärztliche/psychotherapeutische Versorgung (insb. Neurologie: 15,9%, Kardiologie: 7,9%, Pneumologie: 9,5%, Neuropsychologie: 38,1%, Psychotherapie: 15,9%) sowie Heilmittelversorgung (Physiotherapie: 39,7%, Ergotherapie: 9,5%, Logopädie: 1,6%, Neuropsychologie: 1,6%) empfohlen.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass der Bedarf einer weiterführenden und interdisziplinären Versorgung bei Post-/Long-COVID gegeben ist. Ebenfalls deutlich wird, dass der Bedarf über die grundlegenden somatischen Fachgebiete, wie Kardiologie, Neurologie und Pneumologie hinausgeht. Im Bereich Neuropsychologie wird sowohl Reha-Bedarf gesehen, als auch die Notwendigkeit einer weiteren fachärztlichen Versorgung sowie ambulanten Heilmittelversorgung. Insbesondere in Bezug auf eine Rehabilitation treten hier jedoch Schwierigkeiten auf: Der Reha-Bedarf ist indiziert, ein entsprechendes Angebot fehlt jedoch in den vorliegenden Reha-Konzepten. Der Bedarf trifft auf ein System, das noch nicht darauf ausgerichtet ist. Beispielhaft für die weitere Versorgung nach dem Assessment folgende Fallbeispiele:

<u>Fallbeispiel 1:</u>

Frau S., 25 Jahre, Planerin in der Logistikbranche, Symptome: Fatigue, Infekt-Asthma.

Empfehlung Assessment: Neurologische Rehabilitation

Reha-Antrag wurde mit hausärztlicher Unterstützung eingereicht. Bewilligung erfolgte für psychosomatische Reha, da Erschöpfung und Konzentrationsschwäche rein psychosomatische Indikatoren seien. Nach Widerspruch wurde pulmologische Reha bewilligt.

<u>Fallbeispiel 2:</u>

Herr L., 33 Jahre, Informatiker, keine Vorerkrankungen, sportlich. Symptome: Fatigue, Konzentrations-/Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen, spontan auftretendes Herzrasen. Untersuchungen bei Hausarzt, Pneumologen und Kardiologen ohne Befund; Wiedereingliederung erfolglos.

Ergebnis Assessment: Kognitive Einschränkung, erhöhte Stresssensitivität und Anspannungssymptomatik sowie ausgeprägte Erschöpfungssymptomatik

Empfehlung: Stationäre Rehabilitation mit neuropsychologischem Schwerpunkt

Bewilligung: Pulmologische Rehabilitation

Take-Home-Message

Die aktuelle Post-/Long-COVID-Versorgung erscheint bisher nicht bedarfsgerecht. Hier muss sich das Versorgungssystem stärker an den Bedarfen der Betroffenen orientieren und die bestehenden Angebote an ambulanter/stationärer Versorgung anpassen.

Patient:innen mit Post-/Long-COVID-Symptomatik werden im bestehenden System nicht frühzeitig und bedarfsgerecht versorgt, treffen aber auch nicht auf eine adäquate Zuweisung entlang ihres individuellen Rehabilitations-Bedarfs. Weiterentwicklungen sind notwendig, um einer Chronifizierung der Symptome und langfristigen volkswirtschaftlichen Kosten durch Arbeitsunfähigkeit u.ä. vorzubeugen.

Literatur

Crook, H., Raza, S., Nowell, J., Young, M., Edison, P. (2021): Long covid – mechanisms, risk factors, and management. BMJ,374:n1648, 18.

Dahmen, A., Keller, F.M., Derksen, C., Rinn, R., Becker, P., & Lippke, S. (2022). Screening and assessment for post-acute COVID-19 syndrome (PACS), guidance by personal pilots and support with individual digital trainings within intersectoral care: a study protocol of a randomized controlled trial. BMC Infectious Diseases,22, 693. https://doi.org/10.1186/s12879-022-07584-z.

Kupferschmitt, A., Etzrodt, F., Kleinschmidt, J., Köllner, V. (2022). Nicht nur multimodal, sondern auch interdisziplinär: Ein Konzept für fächerübergreifende Zusammenarbeit in der Rehabilitation des Post-COVID-Syndroms. Psychoth Psych Med Psychol. 72, 9/10, 8.

Förderung: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Sicherstellung medizinischer Rehabilitation in Zeiten von COVID-19 – Eine bundesweite Befragung von Einrichtungsleitungen

Kübra Annaç; Jana Fieselmann; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska

Universität Witten/Herdecke

Hintergrund und Zielstellung

Eine patientenzentrierte Rehabilitation zu gewährleisten und gleichzeitig das Infektionsrisiko während der COVID-19-Pandemie zu minimieren, stellt sich für medizinische Rehabilitationseinrichtungen herausfordernd dar (z.B. Korzilius, 2020). Die Deutsche Rentenversicherung hat im Mai 2020 Hygieneempfehlungen für Rehabilitationseinrichtungen veröffentlicht. Ziel der vorliegenden Querschnittstudie war es, zu untersuchen, welche Hygieneempfehlungen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zum Umgang mit der COVID-19-Pandemie umgesetzt haben und welche Bewältigungsstrategien sich dabei aus der Perspektive von Einrichtungsleitungen besonders bewährt haben. Zum anderen sollte ermittelt werden, auf welche Probleme sie dabei gestoßen sind und wo weiterhin Unterstützungsbedarfe bestehen.

Methoden

Mittels einer Online-Umfrage (nbrutto = 1.569) sowie einer zusätzlichen postalischen Umfrage (nbrutto = 1.629) wurden im Zeitraum Juni bis September 2021 alle stationären und ambulanten Einrichtungen medizinischer Rehabilitation in Deutschland befragt. Inhalte des Fragebogens umfassten allgemeine Angaben, Angaben zum COVID-19-Infektionsgeschehen in der Einrichtung, Maßnahmen zur Infektionskontrolle, Strategien zur Bekämpfung pandemiebedingter Auswirkungen und persönliches Feedback. Es lagen Antworten von 535 Einrichtungen vor (Rücklaufquote=32,8%), die deskriptiv ausgewertet wurden. Freitext-Antworten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse

Festzustellen ist, dass sich die Umsetzung der Empfehlungen unterschiedlich problematisch in den Einrichtungen gestaltete. Laut eigenen Angaben hatten 50,8% der Einrichtungen Probleme Maßnahmen zu Abläufen und Strukturen umzusetzen. 36,7% der Befragten erachteten die Umsetzung von Maßnahmen zur Therapiegestaltung als problematisch. Ferner wurde die Umsetzung einzelner Strategien zum Umgang mit psychosozialen Belastungen der Rehabilitand*innen (29,6%) sowie zum Umgang mit Unterstützungsbedarfen durch externe Institutionen in den Einrichtungen (29,5%) als problematisch erachtet. Als Gründe für diese Schwierigkeiten wurden in erster Linie finanzielle Faktoren, eine defizitäre Infrastruktur sowie fehlende personelle Ressourcen angegeben. Doch auch psychosoziale Faktoren auf Seiten der Mitarbeitenden sowie auf Seiten der Rehabilitand*innen schränkten die Durchführbarkeit bestimmter Strategien in der Praxis ein. Nach Angaben der Einrichtungsleitungen hätte die Umsetzung insbesondere mit finanzieller Unterstützung durch die Kostenträger und durch die verstärkte Digitalisierung von Angeboten erleichtert werden können. Insgesamt gaben 13,6% der Einrichtungen an, schlecht oder sehr schlecht vorbereitet gewesen zu sein; 38,8% der Einrichtungen waren der Meinung, dass sie gut oder sehr gut vorbereitet waren.

Diskussion und Fazit

Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation haben im Laufe der Zeit verschiedene Maßnahmen und Strategien zum Umgang mit der COVID-19-Pandemie entwickelt, die sich jedoch in der Umsetzung häufig schwierig gestalten. Diese Schwierigkeiten sind einerseits in grundlegenden finanziellen, personellen und institutionellen Faktoren begründet. Diese müssen durch systemische Veränderungen im Rehabilitationswesen adressiert werden, um Hindernisse und Barrieren zu überwinden und bestehende Ressourcen auszuschöpfen. Andererseits spielen psychosoziale Faktoren eine bedeutende Rolle bei der Bewältigung der Pandemiesituation. Es gilt, Unsicherheiten und Ängste sowohl der Rehabilitand*innen als auch der Mitarbeitenden multiperspektivisch zu kommunizieren und geeignete Entlastungsangebote zu schaffen. Hierfür bedarf es der Entwicklung und Zugänglichkeit von Unterstützungshilfen und Handreichungen für Rehabilitationseinrichtungen und deren Personal. Erfolgreich umgesetzte Maßnahmen und Strategien müssen evaluiert und ggf. weiterentwickelt werden.

Take-Home-Message

Bestehende Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der rehabilitativen Versorgung in Zeiten von COVID-19 müssen durch die Ermittlung und die

Vermittlung von Problemlagen und ihrer Gründe adressiert werden. Das Rehabilitationswesen muss sich auf eine neue Versorgungsrealität vorbereiten und diese neu denken, um auch in Pandemien und künftigen Krisen eine adäquate rehabilitative Versorgung zu gewährleisten.

Literatur

Korzilius, H. (2020): Medizinische Rehabilitation. Einrichtungen in der Coronakrise. Deutsches Ärzteblatt 117:A924-A926.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Bewertung der Reha-Nachsorge Website Onko-Vital aus Sicht der RehabilitandInnen

Heike Kähnert[1]; Birgit Leibbrand[2]

[1] Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney;
[2] Salzetalklinik der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

Hintergrund und Zielstellung

Nachsorge ist nach Abschluss einer Rehabilitation unverzichtbar, um Reha-Erfolge langfristig zu sichern. In den letzten Jahren stieg das Angebot webbasierter Reha-Nachsorge Maßnahmen. Deren Vorteile liegen in einer zeitnahen Fortsetzung der erlernten Reha-Inhalte, einer kontinuierlichen Überprüfung von Zielvereinbarungen, dem Wegfall von Wartezeiten auf einen Nachsorgeplatz sowie der weitestgehend orts- und zeitunabhängigen Nutzung seitens der NutzerInnen (Baumeister et al., 2017). Am IfR, Norderney Abt. Bad Salzuflen wurde die Website Onko-Vital für die onkologische Reha-Nachsorge einschließlich einer Schulung entwickelt und einer Pilotstudie unterzogen (Kähnert & Leibbrand, 2022). Die Rekrutierung der sich daran anschließenden RCT-Studie ist seit August 2022 abgeschlossen. Für die Nutzung, Akzeptanz und Wertschätzung einer Website sind die persönlichen Bewertungen der NutzerInnen hinsichtlich Inhalte, Usability, ästhetischer Wahrnehmung, Seriosität und Vertrauen wesentliche Merkmale (Thielsch & Salaschek, 2017). In dieser Untersuchung werden die Ergebnisse zur Bewertung der Website Onko-Vital am Ende sowie acht Wochen nach Abschluss der Rehabilitation vonseiten der Interventionsgruppe (=Teilnehmende) vorgestellt, und zwar in der Gesamtstichprobe und getrennt nach Tumorentitäten, Alter und Geschlecht.

Die Teilnehmenden erhielten in der zweiten Reha-Woche eine zweistufige Onko-Vital Schulung sowie die Zugangsdaten zur Website Onko-Vital, die sie in der letzten Reha-Woche auf einem Smartphone oder Tablet nutzten und abschließend per Fragebogen (T2) bewerten konnten. Etwa acht Wochen poststationär erfolgte die Website-Bewertung per Online-Fragebogen (T3). Befragungsinstrumente waren u.a.: VisAWI-S (visuelle Ästhetik), PWU-G (Nutzerzufriedenheit), Web-CLIC (Website Inhalte nur zu T3) und Gesamtbewertung (Schulnotenskala) (Thielsch & Salaschek, 2017, Thielsch & Hirschfeld, 2019).

In die Studie wurden 166 Teilnehmende aufgenommen. Von denen wiesen 52% eine Brustkrebserkrankung, 15% einen gynäkologischen Tumor und 33% eine Leukämie-/Lymphom-Erkrankung auf. 82% waren weiblichen Geschlechts und im Durchschnitt 58,8±10,1 Jahre alt. Von den 166 Teilnehmende haben jeweils 141 (85%) den Fragebogen zu T2 und zur Bewertung der Schulung sowie 110 (66%) den Online-Fragebogen zu T3 ausgefüllt.

Ergebnisse

Die Onko-Vital Schulung wurde von 98% der Teilnehmenden mit (sehr) gut und von 97% als praxisnah bewertet. 96% fühlten sich nach der Schulung über den Umgang mit der Website (sehr) gut vorbereitet. Die Methode zur Festlegung der Nachsorgeziele wurde von 92% als (sehr) hilfreich bewertet.

Zu beiden Messzeitpunkten lassen sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede in der Bewertung der Website Onko-Vital nachweisen. Auf den 7-stufigen Bewertungsskalen betragen die Mittelwerte zur visuellen Ästhetik 6,03±0,87 (T2) bzw. 6,00±0,77 (T3) Skalenpunkte und zur Nutzerzufriedenheit 6,02±0,89 (T2) bzw. 5,81±1,01 (T3) Skalenpunkte. Diese Ergebnisse weisen auf eine überaus positive Website-Bewertung hin (Cut-Off-Punkte: VisAWI-S: 5,0 / PWU-G: 5,29: Thielsch et al. 2019). Auch die Website-Inhalte hinsichtlich Verständlichkeit, Gefallen, Informationsgehalt und Glaubwürdigkeit werden zu T3 positiv bewertet, der mittlere Web-CLIC-Summenwert beträgt 5,98±0,67 (Cut-Off-Punkt: 4,83: Thielsch et al. 2019). Zusammenfassend wird zu T3 die Website als vielseitig (77%) und professionell (83%) bewertet. Die Bedienung von Onko-Vital ist leicht zu verstehen (72%), sodass gesuchte Informationen problemlos zu finden sind (71%). Die Texte liefern kurz und bündig wichtige Informationen (85%). Der Sprachgebrauch wird als allgemein verständlich (88%), die Inhalte als anschaulich aufbereitet (77%) und die Informationen als glaubwürdig (88%) und seriös (86%) bewertet. Die Website Onko-Vital erhält auf der Schulnotenskala zu T2 und T3 jeweils die Gesamtnote von 1,6±0,6.

In keinem der aufgeführten Website-Bewertungsinstrumente lassen sich zu T2 oder T3 statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Teilnehmenden verschiedener Tumorentitäten, unterschiedlichen Alters bzw. Geschlechts nachweisen.

Diskussion und Fazit

Die Schulung wird als hilfreich für den Umgang mit Onko-Vital und für die Zielvereinbarungen wahrgenommen. Weiterhin werden Inhalte, Usability und Ästhetik der Website von den Teilnehmenden übereinstimmend positiv bewertet, was eine entscheidende Voraussetzung für die Nutzung und Akzeptanz von Onko-Vital darstellt. Für eine systematische Bewertung der Website werden ferner längsschnittliche Fragebogenerhebungen und telefonische Interviews mit den Teilnehmenden geführt, auch mit dem Ziel, die webbasierten Reha-Nachsorge-Angebote zu verbessern.

Take-Home-Message

Die Website Onko-Vital findet Zuspruch bei onkologischen PatientInnen, die hierüber Unterstützung und Anreize zur Umsetzung ihrer individuellen Nachsorgeziele erhalten.

Literatur

Baumeister, H., Lin J., Ebert DD. (2017). Internet- und mobilebasierte Ansätze. Psychosoziale Diagnostik und Behandlung in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 60: 436–444.

Kähnert, H., Leibbrand B. (2022). Entwicklung und Bewertung der Website Onko-Vital für die onkologische Reha-Nachsorge. DRV-Schriften Bd. 126: 328-329.

Thielsch, M. T. (unter Mitarbeit von Salaschek M.) (2017). Toolbox zur kontinuierlichen Website-Evaluation und Qualitätssicherung (Version 2.1). Arbeitsbericht, Köln: BZgA.

Thielsch, M. T., Hirschfeld G. (2019). Facets of Website Content. Human-Computer Interaction, Volume 34, pp. 279–327.
Thielsch, M. T., Thielsch C., Hirschfeld G. (2019). How Informative is Informative? Benchmarks and Optimal Cut Points for E-Health Websites. Mensch und Computer 2019 - Workshopband. Bonn: Gesellschaft für Informatik e.V.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V., Norderney

Digitale Reha-Nachsorge – Ergebnisse einer explorativen Zielgruppen-Analyse

Frank Merten; Filippo Martino; David Messinger; Sebastian Knapp

Goreha GmbH - Caspar Health

Hintergrund und Zielstellung

Die Tele-Reha-Nachsorge findet in der aktuellen Reha-Landschaft eine breite Zustimmung und bietet Kliniken, wie auch Versicherten, neue Chancen der Reha-Nachsorge trotz unterschiedlicher Lebensumstände und regionaler Versorgungslücken bei Vor-Ort-Angeboten.

Der Erhebungsbogen Online Nachsorge (DRV Bund - Dezernat Reha-Wissenschaften) bietet eine breite Datenbasis (n=2196) um Unterschiede und Besonderheiten verschiedener Nutzergruppen zu betrachten und diese in Bezug auf Entwicklung und Evaluation digitaler Interventionen entsprechend zu berücksichtigen.

Auf Grundlage des Erhebungsbogens wurde in dieser Arbeit unter anderem untersucht, welche Merkmale von Teilnehmenden einer digitalen Reha-Nachsorge mit dem wahrgenommenen Nachsorgeerfolg und der Nachsorgebewertung assoziiert sind.

Methoden

Grundlage der Evaluation bildete der Fragebogen Online-Reha-Nachsorge des Dezernates Reha-Wissenschaften der DRV Bund. Dieser erfragt den subjektiven Erfolg und die Bewertung der jeweils durchgeführten digitalen Reha-Nachsorge-Maßnahme. Zwischen Mai 2021 und September 2022 gingen 2.196 digitale Fragebögen zur Beurteilung der online basierten Reha-Nachsorge mit Caspar ein. Neben der deskriptiven Auswertung wurden Gruppenunterschiede für kategoriale Variablen mittels Chi2-Test und für ordinalskalierte Daten mittels Mann-Whitney-U-Test (2 Kategorien) oder Kruskal-Wallis-Test (>2 Kategorien) berechnet. Das Signifikanzniveau für die inferenzstatistischen Auswertungen wurde auf $\alpha=0{,}05$ festgelegt.

Ergebnisse

63,9% der Befragten waren weiblich und der Großteil (60,3%) war zwischen 46 und 59 Jahren alt. 59,1% waren ganztags berufstätig, 31,7% hatten die Fachhochschulreife oder allgemeine Hochschulreife erreicht und 8,2% gaben einen Migrationshintergrund an.

52,5% führten eine IRENA und 24,0% eine T-RENA durch, 23,5% kannten die Durchführungsform ihrer Nachsorge nicht.

Die Nachsorge wurde insgesamt positiv bewertet: 86,7% schätzten den Gesamterfolg “gut” bis “ausgezeichnet” ein, 80,6% gaben an, ihre Erwartungen an die Online-Nachsorge seien “(mehr als) erfüllt” worden. 86,0% waren mit den therapeutischen Inhalten und 85,9% mit der Betreuung während der Online-Nachsorge zufrieden.

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Durchführungsformen IRENA und T-RENA wurden nicht beobachtet, jedoch in Bezug auf soziodemographische Merkmale.

Ganztags Erwerbstätige hielten die Online-Nachsorge häufiger für geeignet (91,2% vs. 85,9% bei nicht ganztags Erwerbstätigen) und schätzten den Nachsorgeerfolg häufiger positiv ein (88,9% vs. 83,4% mindestens “gut”), hatten jedoch weniger häufig Kontakt mit den Therapeut*innen (42,5% vs. 47,1% “ > 5 Kontakte”).

Patient*innen mit niedrigerem Bildungsstand bewerteten den Nachsorgeerfolg seltener “sehr gut” oder “ausgezeichnet” (42,2% vs. 48,4% bei höherem Bildungsstand) und bewerteten die Verständlichkeit der erhaltenen Informationen weniger gut (53,0% vs. 57,8% “sehr gut”). Zudem gaben sie wie Personen mit Migrationshintergrund an, weniger häufig Kontakt mit dem betreuenden Therapeut*innen gehabt zu haben (Bildungsstand: 42,4% vs. 48,8% “ > 5 Kontakte”; Migrationshintergrund: 36,3% vs. 45,1% “ > 5 Kontakte”).

Diskussion und Fazit

Ganztags-Erwerbstätige bewerteten den Nachsorge Erfolg besser als Personen, die nicht oder nur in Teilzeit berufstätig waren. Einerseits konnten Personen mit besserem Nachsorge-Erfolg zum Befragungszeitpunkt eventuell bereits häufiger zur vollen Erwerbstätigkeit zurückkehren. Andererseits stellen individuelle Faktoren, die gegen eine Vollzeitstelle sprechen, gegebenenfalls auch eine Barriere für die gelungene Integration der digitalen Nachsorge in den Alltag dar.

Personen mit niedrigerem Bildungsstand gaben einen selteneren Therapeut*innenkontakt an. Dies könnte auf eine geringere Kompetenz im Gesundheitssystem und im Gesundheitshandeln zurückzuführen sein, die auch ursächlich für den geringer eingeschätzten Nachsorgeerfolg sein könnte.

Personen mit niedrigerem Bildungsstand bewerteten auch die Verständlichkeit der therapiebezogenen Informationen in der digitalen Nachsorge weniger gut – ein Hinweis darauf, dass die Herausforderung, eine niedrigschwellige, barrierefreie und inklusive Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu ermöglichen, auch im Bereich der digitalen Nachsorge besteht.

Dass Personen mit Migrationshintergrund einen geringeren Therapeut*innenkontakt berichteten, ist möglicherweise auf eine Sprachbarriere in dieser Gruppe zurückzuführen. Entsprechend sollte die Gestaltung oder Weiterentwicklung digitaler Angebote im Gesundheitswesen stets darauf abzielen, Zugangs- und Nutzungsbarrieren für unterschiedliche Nutzer*innen-Gruppen konsequent zu prüfen und nach Optimierungsmöglichkeiten zu forschen.

Take-Home-Message

Die digitale Reha-Nachsorge mit Caspar zeigt insgesamt positive Ergebnisse zu Erfolg und Zufriedenheit der Maßnahme. Allerdings weisen die Befragungsergebnisse auf Zugangsbarrieren für einzelne Nutzer*innen-Gruppen hin. Um allen Versicherten die Inanspruchnahme digitaler Gesundheitsleistungen zu ermöglichen, gilt es insbesondere, die digitale Gesundheitskompetenz von Patient*innen zu stärken und die praktischen Implikationen von möglichen Sprachbarrieren bei der Gestaltung therapeutischer Inhalte und hinsichtlich des Therapeut*innen-Kontaktes zu berücksichtigen.

Literatur

Lippke, S. et al. (2018): Zielgruppen und digitale Affinitäten: Unterschiede und Besonderheiten; Scherenberg V, Pundt J. Digitale Gesundheitskommunikation, 141-170, APOLLON University Press, Bremen.

Interessenkonflikt: Mitarbeiter bei Caspar Health

Digitale Reha-Nachsorge – Zeigen sich Unterschiede zwischen uni- und multimodalen Maßnahmen?

Frank Merten; David Messinger; Filippo Martino; Sebastian Knapp

[1] Goreha GmbH - Caspar Health

Hintergrund und Zielstellung

Die Tele-Reha-Nachsorge findet in der Reha-Landschaft bereits eine breite Zustimmung und bietet Kliniken, wie auch Versicherten, neue Chancen der Reha-Nachsorge trotz unterschiedlicher Lebensumstände und regionaler Versorgungslücken bei Vor-Ort-Angeboten. Die Durchführung von multimodaler und unimodaler digitaler Reha-Nachsorge erfolgt mit digitalen Anwendungen, die auf der Basis der Anforderungen an Tele-Reha-Nachsorge von der Rentenversicherung anerkannt wurden.

In der zukünftigen Bewertung des Parameters Qualität im Rahmen der Rehabilitandenbefragung sind die von Patienten berichteten Umfragedaten zu Besserung (Erfolg der Maßnahme) und Zufriedenheit (Therapieinhalte und therapeutische Betreuung) von hoher Aussagekraft. Sie finden Eingang in Entscheidungen zur Einrichtungsauswahl (qualitätsgesteuerte Belegung) und sind richtunggebend, um die Leistung der medizinischen Rehabilitation in der nachweislich besten Qualität erbringen zu können.

Auch im Erhebungsbogen Online Nachsorge (DRV Bund - Dezernat Reha-Wissenschaften) finden diese Qualitätsparameter, neben anderen Aussagen, ihre Berücksichtigung.

Der Erhebungsbogen wird an alle anerkannten Anbieter von digitalen Anwendungen übermittelt. Die nachfolgende Auswertung gibt neue Einblicke in die Ergebnisse und Qualitätsparameter der uni- und multimodalen digitalen Reha-Nachsorge mit Caspar.

Methoden

Grundlage der Evaluation bildet der Erhebungsbogen Online-Reha-Nachsorge der DRV Bund. Dieser erfragt über verschiedene Parameter den subjektiven Erfolg und die patientenberichtete Bewertung der durchgeführten Maßnahme.

Von den 1.679 Versicherten, deren Fragebögen zwischen Mai 2021 und September 2022 in diese Bewertung Eingang fanden, führten 68,8% eine multimodale digitale Reha-Nachsorge (IRENA) und 31,2% eine unimodale digitale Reha-Nachsorge (T-RENA) durch.

Neben der deskriptiven Auswertung wurden Gruppenunterschiede für kategoriale Variablen mittels Chi2-Test und für ordinalskalierte Daten mittels Mann-Whitney-U-Test (2 Kategorien) oder Kruskal-Wallis-Test (>2 Kategorien) berechnet. Korrelationsanalysen wurden mittels Spearman-Rank-Test durchgeführt. Das Signifikanzniveau für die inferenzstatistischen Auswertungen wurde auf $\alpha=0,05$ festgelegt.

Ergebnisse

Von den Befragten waren 64,9% weiblich und 60,6% zwischen 46 und 59 Jahren alt. Die Indikationen waren zu 88,3% orthopädisch, 59,4% der Befragten gaben an, ganztags erwerbstätig zu sein.

Die beide Gruppen der Nachsorgeformen zeigten vergleichbare Ergebnisse von Gesundheit und Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag zum Ende der Reha und dem Ende der digitalen Reha-Nachsorge und bewerteten ihren Nachsorgeerfolg ("gut" bis "ausgezeichnet": unimodal: 89,4%; multimodal: 86,9%; p=0,3887) vergleichbar positiv.

Neben der hohen Zufriedenheit mit der therapeutischen Betreuung (p=0,0224) in der unimodalen Gruppe ("eher zufrieden" bis "sehr zufrieden" - 89,6% vs. 86,2%) waren alle weiteren Ergebnisse für die Parameter der Behandlungszufriedenheit vergleichbar positiv.

Die Korrelationsanalysen zwischen Nachsorgeerfolg und den Parametern der Behandlungszufriedenheit zeigten in beiden Gruppen durchweg positive moderate bis starke Zusammenhänge ($r=0,38$ - $r=0,62$; $p < 0,0001$). Der Zusammenhang zwischen der Anzahl der therapeutischen Kontakte und dem Nachsorge-Erfolg zeigte sich als gering ($r = 0,13$ bzw. $r = 0,14$; $p < 0,0001$). Gleichzeitig geben beide Gruppen an, regelmäßige Therapeut*innenkontakte während der Maßnahme in Anspruch genommen zu haben ("Kontakt > 5": 44,5% bzw. 44,3%).

Diskussion und Fazit

Die Querschnittsanalyse ist primär orthopädisch geprägt und wird durch die hohe Fallzahl (n=1679) gestärkt.

Der gute wahrgenommene persönliche Erfolg mit der digitalen Reha-Nachsorge und die positiven Bewertungen der Zufriedenheit mit der Maßnahme zeigen sich konsistent zu früheren Analysen der multimodalen digitalen Reha-Nachsorge (Kaluscha und Hoffmann, 2021).

Im Vergleich zu der in der Regelzulassung etablierten multimodalen digitalen Reha-Nachsorge mit Caspar, zeigen sich auch die Ergebnisse der Teilnehmenden der unimodalen digitalen Reha-Nachsorge Maßnahmen übereinstimmend positiv.

Take-Home-Message

Die multimodale digitale Reha-Nachsorge mit Caspar zeigt konsistent positive Ergebnisse zu Erfolg und Zufriedenheit der Maßnahme.

Im Rahmen dieser Untersuchung konnten wir belegen, dass auch Teilnehmende der unimodalen digitalen Reha-Nachsorge entsprechend ihrer Nachsorge-Empfehlung und des jeweiligen Zieles der Nachsorge gleichwertig gute therapeutische Ergebnisse erreichen und die Maßnahme für ihre jeweiligen Beeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen erfolgreich und positiv bewerten.

Literatur

Kaluscha, R., Hoffmann, B. (2021). Analyse der Daten des Modellprojekts „Caspar multimodal“ der Deutschen Rentenversicherung Bund. Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm).

Interessenkonflikt: Die Autoren sind Mitarbeiter der GOREHA GmbH.

Nutzung einer poststationären Smartphone-App in Abhängigkeit von sozio-ökonomischen Faktoren

Monika Reuß-Borst[1]; Fabian Borst[2]; Johannes Boschmann[1]; Peter Schwarz[3]

[1] HESCURO KLINIKEN ; [2] Technische Universität Darmstadt;
[3] Technische Universität Dresden

Hintergrund und Zielstellung

Ein wichtiges Reha-Therapieziel ist die nachhaltige Verhaltensmodifikation z.B. die Steigerung der körperlichen Aktivität im Alltag. Nachsorge-Maßnahmen (z.B. t-RENA) sollen hierbei unterstützend wirken, sind jedoch oft aus verschiedenen Gründen (Berufstätigkeit, lange Anreisewege, kein ambulantes Angebot) nicht praktikabel. Niedrig-schwellige telemedizinische Nachsorgeangebote könnten eine Alternative sein, wobei bei einer geringen digitalen Gesundheitskompetenz ("e-health literacy") Drop-out Raten bis zu 83% beschrieben sind (Donkin et al., 2011). Dabei scheint vor allem für Menschen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status der Zugang zu digitalen Gesundheitsanwendungen (DIGAs) erschwert zu sein, was mit Blick auf die zunehmende Digitalisierung eine gesundheitliche Benachteiligung ("digital divide") dieser Gruppe darstellen könnte (Kontos et al., 2012).

In einer früheren Untersuchung konnten wir zeigen, dass 84% unserer adipösen Rehabilitanden/-innen grundsätzlich Interesse an einer DIGA hatten, allerdings nur 19,5% DIGAs zur Unterstützung bei der Gewichtsreduktion kannten (Anzelini et al., 2019). In dieser Studie wurde daher untersucht, ob Rehabilitanden/-innen eine während der Reha empfohlene DIGA im Alltag nutzen und ob das Nutzungsverhalten von sozio-ökonomischen Faktoren abhängt.

Methoden

Von 264 Rehabilitanden, die die Einschlusskriterien (Alter 18-65 Jahre, Deutschkenntnisse, Mobilität) erfüllten, nahmen 202 (77%) an der prospektiven monozentrischen Beobachtungs-Studie teil (Frauen 69%; mittl. Alter 56 Jahre).

Während der stationären Rehabilitation erhielten die Rehabilitanden/-innen ein indikationsgerechtes multimodales Therapieprogramm. Gleichzeitig wurden sie intensiv über die gesundheitsförderliche Bedeutung der körperlichen Aktivität im Alltag informiert und ihnen die (kostenlose) Nutzung der Smartphone-App "Videa bewegt" zur Unterstützung nach der Rehabilitation angeboten.

"Videa bewegt" ist eine zertifizierte App mit dem Ziel die Alltagsaktivität zu steigern. Sie besteht aus 8 Modulen mit insgesamt >40 HD-Videos, die jeweils mit einem Quiz abgeschlossen werden. Zusätzlich besteht die Möglichkeit zum Chat mit Videa-Experten (Fischer at al., 2020).

Erfasst wurden verschiedene sozio-ökonomische Parameter, körperliche Aktivität (Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität) und Lebensqualität (SF-36) zu Reha-Beginn. Anhand des erfassten Nutzungsverhaltens (Zeitdauer der Nutzung, Abschluss der Module) wurde die Studienpopulation in Nicht-Nutzer (kein App-Download oder max. 1 Modul abgeschlossen), Teilnutzer (mind. 2-4 Module) und Nutzer (>5 Module) unterteilt. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Chi-Quadrat-Test bzw. Kruskal-Wallis-Test.

Ergebnisse

69% der Teilnehmer waren Frauen. Der mittlere BMI betrug 30,8 kg/m2. 97/202 (48%) Rehabilitanden/-innen hatten einen BMI >30mg-35/kg2, 49/202 (24%) einen BMI von >35mg/kg2. Bei 48% der Rehabilitanden/-innen lag eine psychosomatische Erstdiagnose (meist Depression), bei 37% eine orthopädische und bei 15% eine internistische Erstdiagnose vor.

Im Gruppenvergleich fand sich zwischen Nutzern (29%), Teilnutzern (16%) und Nicht-Nutzern (55%) kein signifikanter Unterschied bzgl. Geschlecht (p=0,24), Bildungsniveau (p=0,81), Einkommen (p=0,75) und Indikation (p=0,24). Dies gilt auch für Alter (p= 0,94), körperliche Ausgangsaktivität (p=0,88) und Lebensqualität (0,84) sowie BMI (p=0,15), Allerdings waren unter den Nichtnutzern mehr extrem Adipöse.

Diskussion und Fazit

Das Interesse an der Smartphone-App war vor allem bei (adipösen) Frauen groß. Im Gegensatz zu früheren Studien unterschied sich das Nutzungsverhalten dabei nicht bzgl. der untersuchten sozio-ökonomischen Faktoren sowie bei den verschiedenen Indikationsgruppen. Auch die Ausgangsaktivität und gesundheitsbezogene Lebensqualität hatten keinen Einfluss auf das Nutzungsverhalten. Dies führen wir darauf zurück, dass während einer 3-wöchigen Reha auch Rehabilitanden mit geringer digitaler Gesundheitskompetenz und geringer körperlicher Ausgangsaktivität durch direkte Ansprache gut erreich- und motivierbar sind. 45% unserer Rehabilitanden absolvierten mindestens 5/8 Modulen.

Andererseits haben 55% der Rehabilitanden die App nicht heruntergeladen bzw. nur 1 Modul abgeschlossen. Da „the man/woman behind the app“ vermutlich der entscheidende

Erfolgsfaktor für die Nutzung ist, postulieren wir, dass ein noch intensiveres persönliches und auch technisches Coaching während der Reha ggf. auch in Kombination mit einem (nochmaligen) Etappenverfahren (hybride Nachsorge) die Akzeptanz und evtl. auch die Effektivität der digitalen Nachsorge erhöhen könnten.

Take-Home-Message

Eine stationäre Rehabilitation kann ein geeignetes Zeitfenster sein, um Rehabilitanden/-innen mit geringer digitaler Gesundheitskompetenz zu erreichen.

Literatur

Anzelini, M., Ellrott, T., Reusch, A., Reuß-Borst, M. (2019). Was hält adipöse Rehabilitanden von der Nutzung von post-stationären Online-Nachsorge-Angeboten ab? In: 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung; 254-256.

Donkin, L., Christensen, H., Naismith, S. L., Neal, B., Hickie, I. B., Glozier, N. A. (2011). A Systematic Review of the Impact of Adherence on the Effectiveness of e-Therapies. J Med Internet Res, 13, e52, doi: 10.2196/Jmir.1772.

Fischer, T., Stumpf, P., Reinhardt, G., Schwarz, P., Timpel, P. (2020). Video-based smartphone app ("Videa bewegt") for physical activity support in German adults: a study protocol for a single-armed observational study. BMJ Open; 10, e034027 doi:10.1136/bmjopen-2019-034027.

Kontos, E., Blake, K. D., Chou, W. Y. S., Prestin, A. (2012). Predictors of eHealth usage: insights on the digital divide from the health information National Trends Survey. J Med Internet Res 16(7): e 172.

Präventionsprogramm RV Fit – formative Evaluation der digitalen ambulanten Trainingsphase (App – CeP Online)

Madeline Richter; Heiner Vogel; Christian Gerlich

Universitätsklinikum Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

RV Fit ist ein Präventionsangebot der Deutschen Rentenversicherung, mit dem gesundheitliche Probleme und Risiken frühzeitig und aktiv angegangen werden können, noch bevor gesundheitliche Einschränkungen eingetreten sind, die die Erwerbsfähigkeit bedrohen (DRV, 2020).

Das Centrum für Prävention der DRV Bayern Süd in Bernried hat ein webbasiertes Tool entwickelt, welches die Präventionsteilnehmer*innen im Anschluss an die stationäre Phase während der 12-wöchigen berufsbegleitenden (ambulanten) Trainingsphase des Programms RV Fit alternativ zu wohnorts- oder betriebsnahen Rehabilitationseinrichtungen unterstützen soll. Neben Teilnehmer*innen des Programms RV Fit gibt es am CeP die Möglichkeit ein Programm zu besuchen, welches die psychische Gesundheit in den Mittelpunkt der Prävention stellt (Energie Vital).

Im Rahmen des Projektes wird diese App zunächst formativ evaluiert. Die Evaluation zielt auf die Machbarkeit, Akzeptanz und die Optimierung der App/Maßnahme ab (Christiansen, 1999; Petermann, 2014).

Methoden

Im Rahmen der formativen Evaluation der App „CeP Online“ wurde ein mixed-method-Design verwendet. Hierfür wurden Nutzungsdaten der App (12-wöchige Trainingsphase) und Routinedaten des Centrums für Prävention analysiert sowie Befragungen der Teilnehmer*innen und behandelnden Therapeut*innen durchgeführt (Interviews & Fragebögen). Schriftliche Befragungen erfolgten nach der Startphase (t0) sowie nach der 12-wöchigen Trainingsphase (t1). Für den Fragebogen wurden standardisierte Befragungsinstrumente (u.a. WHO-5, WAS, ATI) und eigens generierte Items verwendet.

Die Datenerhebung erfolgte von Oktober 2021 bis September 2022, wobei die 502 Teilnehmer*innen der Programme RV Fit und Energie Vital konsekutiv aufgenommen wurden. Während der Datenerhebung erfolgte eine größere Veränderung der App-Struktur. Die Nutzungsdaten wurden teilweise für die beiden Varianten getrennt analysiert.

Ergebnisse

Die Zielgruppe der Präventionsmaßnahme wurde getroffen (t0): Werte bewegen sich stellenweise im leicht auffälligen Bereich (z. B. WHO-5: RV Fit: M = 12,82, SD = 5,27; Energie Vital: 10,60, SD = 5,32), jedoch in den meisten Fällen ohne scheinbaren Krankheitswert (z. B. PHQ-2 < 3). Lediglich 4 Teilnehmer*innen geben an, seltener als täglich das Internet zu nutzen. Die Technikaffinität bewegt sich im mittleren Bereich (ATI mit 7-stufiger Skala: M = 3,57, SD = 1,21). Die Veränderungsmotivation der Teilnehmer*innen zu Trainingsbeginn schien gegeben zu sein. Die Mehrheit (95,5%) der Teilnehmer*innen beabsichtigte die Nutzung der App. Die größten persönlichen Risikofaktoren sehen die Teilnehmer*innen in den Bereichen Stress und Hektik sowie Bewegungsmangel.

Nutzungsdaten: Je nach Programmvariante wurde das ursprünglich einheitliche System unterschiedlich genutzt: So wurden anteilig mehr Einträge im Bereich Bewegung bei RV Fit-Teilnehmer*innen beobachtet, Eintragungen zum Befinden im Programm Energie Vital. Das Aktivitätentagebuch wurde daraufhin spezifisch auf die beiden Programmvarianten zugeschnitten. Im Rahmen dessen wurde die Kategorie Spazierengehen eingefügt. Für Variante 2 der App gilt: Im Verlauf der Trainingsphase wurden 52,8% der Audiodateien, 64,6% der allgemeinen Nachrichten der Therapeut*innen, 53,4% der Textbeiträge sowie 44,7% der Videos geöffnet. Im Bewegungsbereich entfallen 33,5% der Einträge auf Radfahren und Spazierengehen. Teilnehmer*innen des Programms Energie Vital scheinen in allen Bereichen außer bei den Nachrichten mehr Dateien zu bearbeiten. Im Bereich des Aktivitätentagebuchs ist in beiden App-Varianten mit zunehmendem Abstand vom Präsenz-Training ein Nachlassen der Anzahl der getätigten Einträge zu beobachten. In allen Bereichen des Aktivitätentagebuchs wird die Hälfte aller Einträge innerhalb der ersten vier Wochen getätigt.

Diskussion und Fazit

Die Assessments und die vorgesehenen Erhebungsabläufe haben sich als durchführbar erwiesen, es zeigte sich eine hohe Teilnahmebereitschaft. In den Outcomes fand sich ausreichende Varianz. Die Nutzung des Aktivitätentagebuchs als zentralem Baustein der App

war allerdings sehr unterschiedlich, weshalb eine bessere Ausrichtung auf die beiden Programmvarianten erarbeitet und implementiert wurde. Die hinreichend große Stichprobe für die formative Evaluation ermöglichte es, die verschiedenen Nutzungsgewohnheiten der Teilnehmer (Viel- versus Wenignutzer*innen) darzustellen und spezifisch die Passung der vorgesehenen Assessments und des Designs zu prüfen. Auch ergab sich die Möglichkeit, die Eignung des Evaluationkonzeptes für Subgruppen von Proband*innen zu prüfen (vgl. Ebert et al., 2013). Schichtarbeiter*innen beispielsweise lassen sich vermutlich durch diese Form der Gesundheitsförderung besonders ansprechen, was im Rahmen der summativen Evaluation genauer geprüft werden soll.

Take-Home-Message

Eine ausreichend umfangreich ausgelegte Pilotphase, in der Abläufe und Instrumente und Umsetzbarkeit im Klinikkontext sorgfältig implementiert und erprobt werden (formative Evaluation), hat sich als sehr wichtig erwiesen.

Literatur

Christiansen, G. (1999). Evaluation – Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesund¬heits¬förderung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Deutsche Rentenversicherung DRV (2020). RV Fit – Rahmenkonzept für Leistungen zur Prävention. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_Med_Leistungen_Praevention.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (31.10.2022).

Ebert, D.D., Gollwitzer, M., Riper, H., Cuijpers, P., Baumeister, H. & Berking, M. (2013). For whom does it work? moderators of outcome on the effect of a transdiagnostic internet-based maintenance treatment after inpatient psychotherapy: randomized controlled trial. J Med Inter¬net Res,15: e191.

Petermann, F. (2014). Implementationsforschung: Grundbegriffe und Konzepte. Psychologische Rundschau, 65, 122-128.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

REHAvolution: eine quantitative Befragung von Rehabilitationseinrichtungen zum Einsatz digital unterstützter Angebote

Susanne Stampa[1]; Monica Diana Podar[2]; Alexandra Maria Fretian[2]; Christine Thienel[2]; Oliver Razum[2]; Christoph Dockweiler[1]

[1] Universität Siegen; [2] Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Durch die SARS-CoV-2-Pandemie sahen sich die Rehabilitationseinrichtungen gezwungen, von ihrem Versorgungsalltag abzuweichen und ihre organisatorischen Abläufe den entsprechenden Gegebenheiten und Hygienevorgaben anzupassen (DEGEMED, 2020). Vor diesem Hintergrund sind digital unterstützte Angebote (d.h. medizinische Rehabilitation und

Reha-Nachsorge unter Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien) ausgeweitet und weiterentwickelt worden (DRV Bund, 2020). Ein systematischer und nachhaltiger Transfer in die Regelversorgung steht für viele der Angebote jedoch noch aus, zudem zeichnen sich diese durch eine hohe Varianz ihrer Funktionen und technischen Anforderungen aus, die es den verschiedenen Nutzer*innengruppen erschweren, einen Überblick zu erlangen (Deck, 2020; John, 2017).

Ziel des Vorhabens ist daher eine systematische Bestandsaufnahme der bereits eingesetzten digital unterstützten Rehabilitationsangebote, inklusive der Erhebung hemmender und förderlicher Faktoren für deren Implementierung.

Methoden

Die bundesweite quantitative Befragung der Rehabilitationseinrichtungen wurde vom 01. bis 30. Juni 2022 über die Plattform LimeSurvey durchgeführt. Alle Fachabteilungen der DRV Bund, bzw. alle Fachabteilungen, die federführend durch die DRV Bund belegt sind, konnten – unabhängig von ihrem Setting (ambulant oder stationär) sowie der Indikationsgruppe – an der Befragung teilnehmen. Der Feldzugang erfolgte über den E-Mail-Verteiler der DRV Bund; so konnten 1429 Fachabteilungen der medizinischen Rehabilitation erreicht werden.

Da keine validierten Erhebungsinstrumente zur Verfügung standen, wurde der Fragebogen in Abstimmung mit Expert*innen aus den Bereichen Rehabilitation und Forschung sowie auf der theoretischen Grundlage des Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (Damschröder et al., 2009) entwickelt und im Rahmen von Pretests auf Verständlichkeit und Praxisrelevanz geprüft.

Die Auswertung der Daten erfolgte vorrangig deskriptiv anhand der Statistiksoftware SPSS. Zur Berechnung der absoluten und relativen Häufigkeiten wurden jeweils die vollständigen Fälle der Items herangezogen.

Ergebnisse

31,8 Prozent (n=454) der eingeladenen Fachabteilungen nahmen an der Online-Erhebung teil.

Rund die Hälfte der teilnehmenden Fachabteilungen (53,5%) hält im Versorgungsalltag digital unterstützte Angebote bereit. Diese werden vor allem im Bereich der Rehabilitand*innenschulungen (53,3%) sowie in der Rehanachsorge (45,2%) eingesetzt. Der am häufigsten genannte Grund für die Einführung digital unterstützter Angebote ist die Corona-Pandemie (75%), gefolgt von der Intention, zeit- und ortsunabhängige Angebote zu schaffen (53,7% bzw. 49,5%).

Gegen die Einführung digital unterstützter Angebote sprechen in erster Linie mangelnde personelle Ressourcen (38,3%), zu hohe Infrastrukturkosten (38,3%) sowie die Befürchtung, den persönlichen Kontakt zu den Rehabilitand*innen zu verlieren (36,6%).

Als wichtigste Umsetzungsfaktoren wurden die Unterstützung durch die Geschäftsführung (84,8%), die Zweckmäßigkeit des Angebots (80,4%) sowie die Einbeziehung aller relevanten Mitarbeitendengruppen (77,4%) genannt. Als hemmend für den Implementierungsprozess betrachten die Fachabteilungen in erster Linie Arbeitsunterbrechungen, die durch technische Probleme (60,6%) oder Updates (32,2%) entstehen sowie die als nicht angemessen empfundene Vergütung durch den Kostenträger (50,0%).

Diskussion und Fazit

Digital unterstützte Angebote werden in einer großen Anzahl der antwortenden Fachabteilungen bereits eingesetzt (53,5%) oder befinden sich in Planung (10,4%). Dies spricht für die Relevanz des Themas, auch wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass technikaffine Fachabteilungen in der Erhebung überrepräsentiert sind.

Die Studie gibt erstmals einen Überblick über die in der medizinischen Rehabilitation eingesetzten digital unterstützten Angebote und ermöglicht ein besseres Verständnis der hemmenden und förderlichen Faktoren für deren Implementierung. Um die Einführung der Angebote niedrigschwellig zu gestalten, sollten diese keine hohen Personal- und Infrastrukturkosten verursachen sowie zweckmäßig bzw. bedarfsgerecht sein. Die Unterstützung durch die Führungsebene sowie die Einbeziehung der Mitarbeitenden können sich förderlich auf den Implementierungsprozess auswirken.

Take-Home-Message

Für eine gelingende Implementierung digital unterstützter Angebote im Rehabilitationsbereich ist die Berücksichtigung förderlicher und hemmender Faktoren auf individueller, organisatorischer und überorganisatorischer Ebene entscheidend.

Literatur

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation science, 4(1). 1-15.

Deck, R. (2020). Reha-Nachsorge. DRV-Schriften, Bd 29. 19–22.

Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGEMED) (2020): Handlungshilfe: Aspekte, die bei der Wiederaufnahme der medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen sind. DEGEMED. URL: https://www.degemed.de/wp-content/uploads/2020/05/20200518_Empfehlungen-f%C3%BCr-Reha-Einrichtungen-Hygiene_Anlage-neu.pdf. Abruf: 18. Oktober 2022.

DRV Bund (2021). Online-Nachsorge. URL: https://www.nachderreha.de/DE/Navigation/50_Online_Nachsorge/50_FAQ_node.html. Abruf: 18. Oktober 2022.

John, M. (2017). Telemedizinische Assistenzsysteme in der Rehabilitation und Nachsorge – Projekte, Technologien und Funktionen. B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 33(05). 197–207.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

ADIPE: Entwicklung, Implementierung und Evaluation des Rehabilitationskonzeptes ‚Psycho-Adipositas'

Rosemarie Hillebrand[1]; Livia Wilheim[1]; Anne Schäfer[1]; Sviatlana Fuest[1]; Harald Fischer[2]

[1] Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney;
[2] Klinik Rosenberg der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Bad Driburg

Hintergrund und Zielstellung

Adipositas ist eines der größten globalen Gesundheitsprobleme mit vielfältigen körperlichen Folgeerkrankungen und ist assoziiert mit frühzeitiger Berentung, erhöhter Mortalität sowie psychosozialen Belastungen. Wechselwirkungen können u.a. vermindertes Selbstwertgefühl, Stigmatisierung, Depression, Beziehungs-/Kontaktstörungen, berufliche Schwierigkeiten sowie eine eingeschränkte Lebensqualität sein (Wirth & Hauner, 2013; Visscher & Seidel, 2001). Folglich erscheint es sinnvoll, auch im stationären Rehabilitationssetting, die Therapiemaßnahmen für Menschen mit Adipositas um eine intensivierte psychologische Mitbetreuung zu erweitern.

In dieser Studie wurde ein, die somatische Rehabilitation ergänzendes, psychotherapeutisches Konzept für Menschen mit Adipositas und komorbiden psychischen Belastungen entwickelt. Intention ist eine Förderung der Lebensqualität durch Verbesserung der psychischen Gesundheit mit dem Ziel der Steigerung der Motivation zu einem nachhaltig gesünderen Lebensstil.

Methoden

Teil 1 (Entwicklung/Implementierung): Literaturrecherche ‚Adipositas und psychische Komorbiditäten'. Grundlagen: Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas, 2014" der Deutschen Adipositas-Gesellschaft sowie „psycho-diabetologisches Rehabilitationskonzept" (Schwandt & Hillebrand, 2014).

Das Konzept basiert auf einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz sowie dem Bezugstherapeutensystem mit geschlossenem Gruppensetting und vierwöchiger Aufenthaltsdauer. Ergänzend zum Standard-Reha-Programm: Neun Gruppensitzungen à 60 bis 90 Minuten, mindestens zwei Einzelgespräche sowie Vermittlung von Entspannungstechniken. Gruppenstundenthemen: Steigerung des Selbstwertgefühls, verbesserte Selbstfürsorge, Umgang mit negativen Gefühlen, Verändern von Ernährungsverhalten, Verbesserung der Stresstoleranz, Rückfallprävention.

Das Konzept wurde in zwei Probeläufen mit insgesamt 11 Teilnehmenden (TN) erprobt. Am Ende des Programms wurden die TN nach Zufriedenheit bzw. Verbesserungsvorschlägen gefragt. Anhand dieser Ergebnisse wurde das Konzept optimiert.

Teil 2 (RCT/Evaluation): Die summative Evaluation basiert auf einem randomisierten kontrollierten Studiendesign (RCT) mit mindestens 158 TN - je 79 in Interventions- (IG) bzw. Kontrollgruppe (KG) - im Vergleich zu ‚treatment as usual' (routinemäßige psychologische

Mitbetreuung). Messzeitpunkte: Reha-Beginn (t1), Reha-Ende (t2) und nach sechs Monaten (t3).

Einschlusskriterien: BMI ≥ 30 kg/m² und mindestens ein auffälliger psychologischer Score im HADS-D Angst, ADS-K und/oder WHO-5.

Hauptfragestellung ist die Verbesserung der psychischen Lebensqualität nach sechs Monaten (gemessen mittels SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand). Weitere Parameter: Körperliche Lebensqualität, psychologische Parameter (Selbstwert, Angst, Depression), Körpergewicht sowie sozialmedizinische Parameter. Die formative Evaluation beurteilt die Zufriedenheit der TN mit dem Programm.

Ergebnisse

Aufgenommen in das Screening-Verfahren wurden 284 Menschen mit Adipositas. Eine komorbide psychische Belastung zeigten 218 (77 %). Die Drop-Out-Quote zu t1 betrug 20 %; somit konnten N = 175 TN (85 IG/90 KG) in die RCT eingeschlossen werden.

Formative Evaluation (t2):

In der IG (n = 85) waren 97 % (n = 85) mit der psychologischen Mitbetreuung insgesamt zufrieden bis sehr zufrieden, den Umfang beurteilten 81 % (n = 85) als gerade richtig, 96 % (n = 85) die Inhalte als hilfreich bis sehr hilfreich. Die psychologische Mitbetreuung hinsichtlich ihrer beruflichen Zukunft empfanden 79 % (n = 84) bzw. ihrer privaten Zukunft 88 % (n = 82) als hilfreich bis sehr hilfreich.

Die TN der KG (n = 90) beurteilten die psychologische Mitbetreuung (treatment as usual) zu 67 % (n = 84) als zufrieden bis sehr zufrieden; dabei gaben 31 % (n = 84) an, keine psychologische Betreuung erhalten zu haben. Den Umfang bewerteten 39 % (n = 84) als gerade richtig, 68 % (n = 81) die Inhalte als hilfreich bis sehr hilfreich. Die psychologische Mitbetreuung empfanden hinsichtlich ihrer beruflichen Zukunft 42 % (n = 76) bzw. ihrer privaten Zukunft 52 % (n = 78) als hilfreich bis sehr hilfreich.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der formativen Evaluation zeigen deutlich die Relevanz, den Bedarf und das Interesse der Menschen mit Adipositas und komorbiden psychischen Belastungen hinsichtlich einer intensivierten psychologischen Mitbetreuung auf. Somit verbessert dieses neue Konzept die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der psychologischen Betreuung während ihrer Rehamaßnahme. Für eine abschließende Bewertung des neu entwickelten Konzepts sind die Ergebnisse der summativen Evaluation (Effekte nach sechs Monaten) im April 2023 abzuwarten.

Kommt die Evaluation zu einem positiven Ergebnis, kann das neue Psycho-Adipositas-Konzept zeitnah als Regelleistung der Deutschen Rentenversicherung angeboten werden.

Take-Home-Message

Für Menschen mit Adipositas und komorbiden psychischen Belastungen erscheint eine intensivierte psychologische Mitbetreuung im Rahmen einer stationären somatischen Rehamaßnahme relevant und hilfreich zu sein.

Literatur

Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V. (Hrsg.) (2014). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ (2. Aufl.).

Schwandt, H.-J., Hillebrand, R. (2014). Psycho-diabetologisches Rehabilitationskonzept (Version 2.0.) - Unveröffentlichtes Konzept, Bad Driburg: Klinik Rosenberg/Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Bad Driburg.

Visscher TL. & Seidell, JC. (2001). The public health impact of obesity. Annu Rev Public Health; 22:355-337.

Wirth, A. & Hauner, H. (2013). Adipositas. Springer (Verlag).

Interessenkonflikt: Herr Dr. Fischer ist im Vorstand des VFR, Norderney.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Berufliche Orientierung in der CED-Rehabilitation aus Rehabilitandensicht

Jana Langbrandtner[1]; Gero Steimann[2]

[1] Universität zu Lübeck; [2] Reha-Zentrum Mölln, Klinik Föhrenkamp

Hintergrund und Zielstellung

Der Erhalt der Erwerbsfähigkeit ist ein zentrales Anliegen der Rehabilitation im Auftrag der DRV und wird seit den 1990er durch vermehrte Angebote mit stärkerem Berufsbezug wie die medizinisch-beruflich orientierte Reha im rehabilitativen Versorgungssektor forciert (DRV, 2015). Trotz der gewachsenen Bedeutung von beruflich orientierten Konzepten für unterschiedliche Indikationen (Streibelt & Bürger, 2014), spielen sie in der medizinischen Reha von Rehabilitand*innen mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung (CED) bislang noch eine eher untergeordnete Rolle.

Die vielfältigen Krankheitsausprägungen und -verläufe einer CED erfordern individualisierte berufsbezogene Unterstützungsangebote für Rehabilitand*innen mit Anzeichen einer berufsbezogenen Problemlage. Im Projekt mit CED@work_Reha wurden berufliche Unterstützungsangebote ausgearbeitet und für den Einsatz in der stationären medizinischen Reha erprobt. Der Beitrag präsentiert die Umsetzung und die Bewertung des implementierten berufsbezogenen Angebotes aus Rehabilitandensicht.

Methoden

Die interdisziplinär entwickelten und auf Ergebnissen einer Vorgängerstudie gründenden berufsbezogenen Inhalte sowie verschiedenen berufsbezogenen Therapieangebote wie z.B. Ernährung am Arbeitsplatz wurden 2020 in zwei gastroenterologischen Rehafachkliniken implementiert. Die Identifikation von Risikopersonen mit beeinträchtigter beruflicher Teilhabe erfolgte mit Hilfe eines zweiseitigen Screeningbogens, der den SIMBO-C sowie die SPE-Skala umfasste und 27 CED-relevante berufliche Problemlagen ermittelte. Rehabilitand*innen

zwischen 18 und 63 Jahren mit Anzeichen einer beruflichen Problemlage (SIMBO-C-Wert>=20 oder SPE-Skala-Wert>=1), wurden konsekutiv eingeladen. Die eingeschlossenen Rehabilitand*innen bearbeiteten zu Reha-Beginn und am Reha-Ende einen Fragebogen, der soziodemografische, erwerbsbezogene sowie gesundheitsbezogene Parameter erfragte. In den folgenden Analysen wurden ausschließlich die Teilnehmenden berücksichtigt, von denen zu beiden Messzeitpunkten Fragebögen vorlagen. Für die Bewertung des implementierten berufsbezogenen Behandlungsangebotes aus Rehabilitandensicht und den wahrgenommenen Implementierungsgrad wurde die Kurzversion des MBOR-R-Fragebogens eingesetzt (Bürger, Nübling et al., 2020). In Anlehnung an das QS-Programm der DRV wurde der MBOR-R-Skalenmittelwert von 0–100 linear transformiert (0=geringste Qualitätsausprägung, 100=maximal positive Ausprägung).

Ergebnisse

281 CED-Rehabilitand*innen bearbeiteten den Screeningbogen, 193 zeigten Anzeichen auf eine berufsbezogene Problemlage. 150 Rehabilitand*innen nahmen an beiden Befragungen teil (Partizipationsrate 96,2%). 55 % sind Frauen, der Altersdurchschnitt liegt bei 46 Jahren (SD 11,9), 24 % mit Abitur. 10 % der Teilnehmenden befinden sich in der Anschlussrehabilitation. 52 % sind in Vollzeit, 23 % in Teilzeit erwerbstätig, 17 % sind arbeitslos oder -suchend. Im Mittel wurden 11 von 27 erfassten berufsbezogenen Problemlagen berichtet (SD 6,6). 53 % der Befragten zeigte zu Beginn der Reha Interesse an der Bearbeitung beruflicher Probleme während der Reha. 77 % wünschte Hilfestellung zur weiteren Ausübung der bisherige Arbeitstätigkeit zu erhalten.

Am Ende der Reha berichteten 76 % der Rehabilitand*innen, dass sich das Reha-Team einen Eindruck über die berufliche Situation verschafft hat, 65 %, dass konkrete Therapieziele in Bezug auf die Arbeit festgelegt wurden und 71 %, dass Therapiemaßnahmen zur Erreichung der vereinbarten berufsbezogenen Therapieziele besprochen wurden. 65 % gaben an, während der Reha an der Klärung ihrer persönlichen beruflichen Perspektive gearbeitet zu haben. Konkrete Schritte, wie die weitere berufliche Perspektive nach der Entlassung aussehen kann, wurden mit 44 % besprochen. Der MBOR-R-Skalenmittelwert liegt bei 49,5 Punkten (SD 26,2). Es zeigen sich keine Unterschiede der Bewertung des berufsbezogenen Angebotes zwischen Rehabilitand*innen in der Anschlussrehabilitation und im Heilverfahren. Auch zwischen Gruppen mit unterschiedlicher beruflicher Problembelastung sowie Krankheitsaktivität zeigen sich keine Unterschiede.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse liefern Hinweise zum Umsetzungsgrad der entwickelten und implementierten berufsbezogenen Angebote, die die Weiterentwicklung des Konzeptes für CED-Rehabilitand*innen unterstützt. Die Daten weisen auf eine erhöhte Wahrnehmung einer beruflichen Schwerpunktsetzung hin. Mit einem MBOR-R-Skalenmittelwert von 49,5 Punkten liegt die Rehabilitanden-Bewertung höher als bei einer indikationsübergreifenden Stichprobe von 1.622 erwerbstätigen Rehabilitand*innen, die die Standardrehabilitation absolvierten (40 Punkten; Bürger et al., 2021). Damit scheint ein erhöhter berufsbezogener Umsetzungsgrad während der Reha erreicht wurden zu sein. Auf Basis der 6-Monatskatamnese werden erste Hinweise auf Effekte auf erwerbsbezogene sowie biopsychosoziale Parameter der Betroffenen geprüft.

Take-Home-Message

Im Rahmen der Studie "mitCED@work_Reha" konnten erstmalig berufsbezogene Unterstützungsangebote für CED-Rehabilitand*innen in die Versorgung implementiert und erprobt werden. Die Ergebnisse deuten auf eine erfolgreiche Umsetzung und eine wahrgenommene berufliche Schwerpunktsetzung unter den CED-Rehabilitand*innen hin.

Literatur

Bürger, W., Nübling, R., Henn, J., Streibelt, M. (2020): „MBOR-R“ – MedizinischBerufliche Orientierung der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Entwicklung, Erprobung und Validierung eines standardisierten Fragebogens zur Bewertung der Erwerbsorientierung der Medizinischen Rehabilitation. Prax Klin Verhaltensmed Rehab, 33: 24-41.

Bürger, W., Nübling, R., Streibelt, M. (2021): Fragebogen zur Erfassung der medizinisch-beruflichen Orientierung der Rehabilitation aus der Perspektive der Rehabilitanden (MBOR-R): Querschnittsstudie zum Vergleich der Kurz- und Langversion. Rehabilitation, online publiziert. DOI 10.1055/a-1668-7797.

Deutsche Rentenversicherung (2015): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Band 4. Berlin: DRV.

Streibelt, M., Brünger, M. (2014): Wie viele arbeitsbezogene Leistungen bekommen Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen? Analyse einer repräsentativen indikationsübergreifenden Stichprobe von Rehabilitanden. Rehabilitation, 53: 369-75.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

BESSER-Nacherhebung: Was beeinflusst die berufliche Wiedereingliederung kardiologischer RehabilitandInnen mit besonderen beruflichen Problemlagen?

Nataliia Brehmer[1]; Lara Luisa Wolff[1]; Heinz Völler[2]; Annett Salzwedel[1]

[1] Universität Potsdam;

[2] Klinik am See, Rehabilitationszentrum für Innere Medizin, Rüdersdorf, Universität Potsdam

Hintergrund und Zielstellung

Die subjektive Erwerbsprognose (SE) von PatientInnen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) in der kardiologischen Anschlussrehabilitation (AR) ist in hohem Maße durch eine Neubewertung der Lebensprioritäten, Veränderungswünschen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten sowie den Arbeitsalltag bestimmt (Brehmer et al., 2022). Die Mehrheit der TeilnehmerInnen der BESSER-Studie plante trotz BBPL ihre Rückkehr ins Berufsleben, obgleich konkrete Umsetzungspläne oder Strategien diesbezüglich fehlten (Brehmer et al., 2022). Die Nachbeobachtung in der BESSER-Studie sollte Faktoren eruieren, die die berufliche Wiedereingliederung der PatientInnen mit BBPL nach kardiologischer AR subjektiv beeinflussen.

Methoden

Die qualitative Nachbefragung basierte auf leitfadengestützten semi-strukturierten telefonischen Einzelinterviews mit PatientInnen im Alter von 18-62 Jahren zwischen 6 und 8 Monaten nach der kardiologischen AR. Für die Nacherhebung zur BESSER-Studie wurden alle TeilnehmerInnen im dritten Quartal 2022 erneut kontaktiert und bis zu theoretischen Sättigung eingeschlossen (Morse, 2015). Es wurden insgesamt 5 PatientInnen mit BBPL (Hauptstichprobe) und 2 ohne BBPL (Kontraststichprobe) befragt. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und mittels thematischer Analyse auf Codes reduziert und in übergeordneten Themen zusammengefasst (Braun, Clarke, 2006).

Ergebnisse

Alle Befragten bis auf einen in Hauptstichprobe wurden beruflich eingegliedert. Während die Personen mit BBPL mehrheitlich über einen veränderten Berufsalltag berichteten und/oder weitere berufliche Veränderungen erwarteten, erfolgte die berufliche Wiedereingliederung der Personen ohne BBPL sofort nach der kardiologischen AR.

Drei Subthemen, die den umweltbezogenen Förderfaktoren zuzuordnen sind, waren hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung der PatientInnen mit BBPL nach der kardiologischen AR identifizierbar. Relevant erschien die „stufenweise Wiedereingliederung“, die die PatientInnen entweder über die Inanspruchnahme des Hamburger Modells oder inoffizielle Vereinbarungen mit dem Arbeitgeber vornahmen. Zusätzlich wurde die fördernde Rolle der „unterstützenden ArbeitgeberInnen“ erwähnt: „[ArbeitgeberInnen] haben auch gleich gesagt, immer schön - schön vorsichtig, nicht, dass du uns hier auf einmal wieder abklappst.“ (Interview 01). Ein weiteres Thema kann als „selbstorganisiertes Unterstützungsnetzwerk“ in Form von Psychotherapie, Coaching und/oder interdisziplinärer medizinischer Versorgung abgebildet werden.

Weitere Subthemen der personenbezogenen Förderfaktoren waren die „Akzeptanz der neuen Situation“: „Das, was man früher gemacht hat, das schafft man ja nicht mehr. Man kann ja bloß das machen, was man auch schafft.“ (Interview 06); „gemeisterte Lebensstilveränderung“: „Ich habe viel, viel geraucht… und keiner hat's geglaubt, dass ich es schaffe. Aber ich habe gesagt, ich darf nicht mehr, weil das ist eigentlich ein Todesurteil für mich.“ (Interview 07) und „Arbeitsmotivation“: „Ich möchte nämlich für meinen Lebensunterhalt selber arbeiten.“ (Interview 04). Die zwei letzten Subthemen umfassten die Hindernisse, darunter personenbezogene: „schlechte Gesundheitssituation“: „Ich habe noch die Bandscheibenvorfälle und Hüft-OP müsste sofort gemacht werden.“ (Interview 07) und umweltbezogene, „unpassende Arbeitsbedienungen“: „Sandstrahler kann ich sowieso nicht mehr. Immer Belastung ist da, der Staub und alles.“ (Interview 05).

Die oben genannten Themen sind der Hauptstichprobe zuzuordnen; für die Kontraststichprobe zeigten sich die Themen „selbstorganisiertes Unterstützungsnetzwerk“, „gemeisterte Lebensstilveränderung“ und „Arbeitsmotivationen“ als relevant.

Diskussion und Fazit

Obgleich die berufliche Wiedereingliederung der PatientInnen mit BBPL nach kardiologischen AR erschwert ist (Salzwedel et al.,2019), konnte diese durch die unterstützenden ArbeitgeberInnen, zusätzliche professionelle Hilfe, stufenweise Eingliederung und

personenbezogene Faktoren wie hohe Arbeitsmotivation und Umsetzung positiver Lebensstilveränderungen gefördert werden. Da sich der Berufsalltag der meisten Befragten nach dem akuten kardiologischen Ereignis verändert hat, erschien die Akzeptanz der neuen Situation essenziel für erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung.

Die Ergebnisse der BESSER-Studie sind limitiert, da die TeilnehmerInnen ein oder zwei von möglichen drei Punkten auf SE-Skala des Würzburger Screenings hatten, was die in meisten Fällen gemeisterte berufliche Wiedereingliederung erklären kann.

Take-Home-Message

Die berufliche Wiedereingliederung der PatientInnen mit BBPL nach der kardiologischen AR kann durch Zusammenspiel der in dieser Studie identifizierten Förderfaktoren erfolgen, wobei gesundheitliche Probleme und unpassende Arbeitsbedienungen die größten subjektivwahrgenommenen Hindernisse darstellen.

Literatur

Braun, V. & Clarke, V. (2006): Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101.

Brehmer, N., Wolff, L. L., Völler, H. & Salzwedel, A. (2022): Was bestimmt die subjektiven Erwerbsaussichten nach einem akuten kardialen Ereignis? Eine qualitative Studie mit kardiologischen RehabilitandInnen. In Das Gesundheitswesen: Gesundheitswesen (V-023). Georg Thieme Verlag. https://doi.org/10.1055/s-0042-1753584.

Morse, J. M. (2015): "Data were saturated…". Qualitative Health Research, 25(5), 587–588. https://doi.org/10.1177/1049732315576699.

Salzwedel, A., Reibis, R., Heidler, M. D., Wegscheider, K. & Völler, H. (2019): Determinants of Return to Work After Multicomponent Cardiac Rehabilitation. Archives of physical medicine and rehabilitation, 100(12). https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.04.003.

Hohe psychische Belastung bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas und Nierenkrankheiten in der stationären medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)

Jürgen Wagner; Thomas Helling; Maryam Berger; Jana Bohro; Vera Clavairoly

MediClin Staufenburg Klinik

Hintergrund und Zielstellung

Bei unseren Patienten fand sich bei Patienten mit fortgeschrittenem Typ 2 Diabetes in 70% eine Adipositas bis Grad 3, in 90% Übergewicht. Primär adipöse Patienten waren fast durchgehend Grad 3. Besteht bereits ein Diabetes mellitus Typ 2, so ist das Risiko, an einer Depression zu erkranken, um den Faktor 2 erhöht. 20-25% der Typ-2-Diabetiker leiden unter einer Depression (Anderson R. J. et al., 2001; Nouwen A. et al., 2010). Das Vorliegen einer Depression beeinträchtigt die Therapieadhärenz und damit den Verlauf der Erkrankung. Bei neu diagnostiziertem Diabetes führen psychische Komorbiditäten am häufigsten zu erhöhten Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühberentungen (Virtanen, M., 2015). Wir untersuchten daher die psychische Belastung von Patienten mit diesen Erkrankungen, die aufgrund besonderer

beruflicher Problemlagen (BBPL) in das MBOR-Programm der Staufenburg Klinik eingeschlossen wurden.

Methoden

565 Patienten mit fortgeschrittenem Diabetes mellitus Typ 2 und Adipositas (n=266), wurden in den Jahren 2019 bis 09/2022 in die Querschnittsuntersuchung eingeschlossen. Der Einschluss erfolgte, wenn die Patienten bei Aufnahme die SIMBO C Kriterien (6 Mo AU oder Überzeugung, nicht mehr im Beruf arbeiten zu können) erfüllten. Als Kontrolle wurden Patienten mit chronischer Nierenerkrankung erfasst (Dialyse, Nierentransplantation, präterminale Niereninsuffizienz ohne komplizierten Diabetes mellitus Typ 2; n=299). Im Rahmen des MBOR Programms führten die Patienten Psychoassessments in Form von Questionnaires durch (u.a. BDI II und DASS-21), die psychische Belastung und Therapieempfehlungen wurde in psychologischen Einzelgesprächen ermittelt. Die Einwilligung zur Datenerfassung wurde bei allen Patienten eingeholt. Für die statistische Analyse wurde ANOVA verwendet.

Ergebnisse

63% der eingeschlossenen MBOR Patienten waren Männer und 37% Frauen im berufstätigen Alter. Der mittlere BDI-II-Wert (Cut-off 9) bei den Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 lag bei 18,74, bei adipösen Patienten bei 18,14 und bei Patienten mit Nierenerkrankung bei 17,75. 28,5% der Diabetiker hatten einen BDI II Wert von über 25, Adipöse von 26,3 % und Nierenpatienten in 27,3%. Die Mittelwerte des DASS-21 Depression-Index lagen bei 6,42 bei Diabetes, 6,19 bei Adipösen und 5,59 bei Nierenpatienten. Der Anteil der Patienten mit einem DASS-21 Depression Cut off von >10 lag bei 20,5% bei Diabetikern, bei 23,6% bei Adipösen und 19,1 % bei Nierenpatienten. Der Mittelwert für die Dimension „Angst“ beim DASS-21 lag bei 4,59 bei Diabetikern, bei 4,26 bei Adipösen und 4,31 bei Nierenpatienten. Weiterführende Empfehlungen der psychologischen Abteilung für Psychotherapie (Beratung, ambulante und stationäre Therapie) lag bei 46% bei Diabetikern, 54% bei Adipösen ($p>0.01$) und 41% bei Nierenpatienten. Im Mittel aller eingeschlossenen MBOR-Patienten lag dieser Wert bei 47%.

Diskussion und Fazit

Diabetiker, Adipöse und Patienten mit Nierenerkrankung mit BBPL und MBOR-Behandlung weisen eine hohe Rate psychischer Komorbiditäten auf. Wichtiger als der Mittelwert des BDI ist, dass über ein Viertel dieser Patienten mit einem BDI > 25 eine mind. mittelschwere Depression zeigt. Eine Mehrheit dieser Patienten berichtet über keine oder eine nicht ausreichende psychologische (Vor-)Behandlung. Dementsprechend liegt die Empfehlungsrate für weiterführende psychologische Therapien im Anschluss der Rehabilitation bei 47%, bei Adipösen deutlich höher bei 54%. Nierenpatienten sind weder adipös, noch steht bei ihnen der Diabetes im Vordergrund. Ihre Werte der Psychoassessments lagen tendenziell etwas niedriger, unterschieden sich im klinischen Alltag aber nicht wesentlich von den Werten der anderen Patientengruppen. Dies hängt mit der hohen psychosozialen Belastung auch dieser Patientengruppe zusammen. BBPL sind bei Diabetikern, Adipösen und Nierenpatienten mit einem hohen Maß an psychologischen Belastungen verbunden. Inwieweit die psychischen Belastungen die Auslöser für die BBPL oder die Folge davon sind, kann hier nicht beantwortet werden.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass für Patienten mit Stoffwechselkrankheiten eine verhaltensmedizinisch-orientierte Rehabilitation (VOR) mit hohen psychologischen Therapieanteilen sinnvoll und notwendig und eine Fokussierung allein auf somatische Aspekte der Diabeteseinstellung oder Gewichtsreduktion nicht ausreichend ist.

Literatur

Anderson, R. J., Freedland, K. E. et al. (2001): The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care. 24(6):1069-78.

Nouwen, A., Winkley, K. et al. (2010): Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. Diabetologia. 53(12):2480- 6.

Virtanen, M., Kivimäki, M. et al. (2015): Lifestyle-related risk factors and trajectories of work disability over 5 years in employees with diabetes: findings from two prospective cohort studies. Diabet Med. 32(10):1335-41.

Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation kardiovaskulär erkrankter Patientinnen und Patienten: Studienprotokoll einer randomisierten kontrollierten Studie

Friederike Thome-Soós[1]; Luka Marko Rašo[1]; Lisa Weier[2]; Dieter Benninghoven[2]; Matthias Bethge[1]

[1] Universität zu Lübeck; [2] Mühlenbergklinik - Holsteinische Schweiz

Hintergrund und Zielstellung

Psychische Beeinträchtigungen kardiovaskulär erkrankter Patientinnen und Patienten stellen einen Risikofaktor für einen schwereren Krankheitsverlauf und eine erhöhte Mortalität dar (Bunz et al., 2015). Die frühzeitige Erkennung und Behandlung der psychischen Belastung ist daher für die Krankheitsbewältigung und darüber hinaus für die Rückkehr ins Erwerbsleben essentiell. In Deutschland wurde für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit somatischer Indikation und psychischer Beeinträchtigung die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) entwickelt (Deutsche Rentenversicherung, 2016).

Die von uns untersuchte VOR für kardiovaskulär erkrankte Patientinnen und Patienten (VOR-Kardio) intensiviert die herkömmliche kardiologische Rehabilitation durch zusätzliche psychotherapeutische und bewegungstherapeutische Angebote sowie durch ein Entspannungstraining und eine Schulung, die auf das Zusammenspiel von Herz und Psyche ausgerichtet ist (Benninghoven et al., 2022). Charakteristisch für das Programm ist das geschlossene Gruppenkonzept. Obwohl das Konzept der VOR indikationsübergreifend entwickelt wurde, sind die bislang vorliegenden Studien zu den Vorteilen dieses Behandlungskonzepts überwiegend auf die Rehabilitation von Muskel-Skelett-Erkrankungen beschränkt (Mangels et al., 2009).

Vor diesem Hintergrund prüft unsere Studie die Effekte und Wirksamkeit einer verhaltensmedizinisch orientierten kardiologischen Rehabilitation im Vergleich zu einer

herkömmlichen kardiologischen Rehabilitation in Bezug auf Herzangst und weitere gesundheitsbezogene Zielkriterien.

Methoden

Die Studie wird als monozentrische randomisierte kontrollierte Studie durchgeführt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden in der Mühlenbergklinik (Bad Malente, Schleswig-Holstein) im Verhältnis eins zu eins zufällig einer vierwöchigen verhaltensmedizinisch orientierten kardiologischen Rehabilitation (Interventionsgruppe) oder einer vierwöchigen herkömmlichen medizinischen kardiologischen Rehabilitation (Kontrollgruppe) zugewiesen. Wir planen die Rekrutierung von 410 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Der voraussichtliche Rekrutierungszeitraum umfasst 18 Monate.

Eingeschlossen werden 18- bis 65-jährige kardiologische Patientinnen und Patienten (ICD-10 I05 bis I71 sowie I95 und I97), die durch die Deutsche Rentenversicherung Bund oder die Deutsche Rentenversicherung Nord eine Rehabilitation in der Studienklinik erhalten, und für die leichte oder mittelschwere psychische Erkrankungen oder Hinweise auf Stress oder Erschöpfungserleben in den Antragsunterlagen zur medizinischen Rehabilitation dokumentiert sind. Patientinnen und Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung (Schizophrenie, schizoaffektive Erkrankung, bipolare Störung, Manie, schwere unipolare Depression), stark beeinträchtigender Herzinsuffizienz (mindestens NYHA-Stadium III) sowie erheblichen Sprachbarrieren werden von der Studie ausgeschlossen.

Primäres Zielkriterium ist die mit dem Herzangstfragebogen gemessene Herzangst zwölf Monate nach Rehabilitationsende. Sekundäre Zielkriterien umfassen u. a. verschiedene Indikatoren psychischer Gesundheit, körperliche und allgemeine Gesundheit, Gesundheitsverhalten, die berufliche Situation und Arbeitsfähigkeit, die wahrgenommene Behandlungsdosis, Gesundheitskosten und die sozialmedizinische Einschätzung des Leistungsvermögens. Zudem werden soziodemografische Daten erfasst.

Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission der Universität zu Lübeck zustimmend bewertet. Die Registrierung der Studie erfolgte im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS00029295). Weitere Informationen zur Studie sind unter www.vor-kardio.de einsehbar.

Ergebnisse

Die Rekrutierung läuft. Die erste teilnehmende Person wurde am 22.06.2022 rekrutiert.

Diskussion und Fazit

Die Vorteile der VOR bei Muskel-Skelett-Erkrankungen in randomisierten kontrollierten Studien und kontrollierten Studien entsprechen kleinen bis mittleren standardisierten Mittelwertdifferenzen. Eine von uns durchgeführte Beobachtungsstudie hat bislang nur die Erprobung begleitet und die Machbarkeit des Vorgehens festgestellt (Benninghoven et al., 2022). Ein klarer Nachweis für einen möglichen Nutzen bei kardiovaskulär erkrankten Personen war mit dem gewählten Design nicht möglich. Dies bedarf der geplanten randomisierten kontrollierten Studie.

Take-Home-Message

Aufgrund der hohen Prävalenz von psychischen Belastungen bei kardiologischen Patientinnen und Patienten werden vom Transfer der verhaltensmedizinisch orientierten

Rehabilitation in das kardiologische Behandlungssetting positive Effekte insbesondere auf Indikatoren psychischer Gesundheit erwartet.

Literatur

Benninghoven, D., Menke, E., China, C., Schroeder, F., Bethge, M. (2022): Implementierung einer Verhaltensmedizinisch Orientierten Rehabilitation in der Kardiologie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 72. 429-437.

Bunz, M., Kindermann, I., Karbach, J., Wedegärtner, S., Böhm, M., Lenski, D. (2015): Psychokardiologie: Wie Herz und Psyche zusammenhängen. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 140. 117-124.

Deutsche Rentenversicherung (2016): Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation. Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR). Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund.

Mangels, M., Schwarz, S., Worringen, U., Holme, M., Rief, W. (2009): Evaluation of a behavioral-medical inpatient rehabilitation treatment including booster sessions: a randomized controlled study. The Clinical Journal of Pain, 25. 356-364.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und gesundheitsbezogener Lebensqualität bei psychokardiologischen Reha-PatientInnen – Einfluss von Depressivität und Herzangst

Lola Burmehl[1]; Christoph Schmitz[2]; Volker Köllner[1]; Eike Langheim[1]

[1] Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Teltow;
[2] Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Das Wissen um die Relevanz von Bewegung für somatische als auch für psychische Erkrankungen ist in den letzten Jahren sehr gestiegen (Kleinschmidt & Köllner, 2021). So zeigt sich bereits ein positiver Zusammenhang zu einzelnen psychischen Erkrankungen, wie Depressivität oder Angststörung (Kleinschmidt & Köllner, 2021). Gleichzeitig steht dies in Verbindung mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Ziel in der Rehabilitation ist es, die Lebenszeit nicht nur quantitativ zu verlängern, sondern vor allem auch qualitativ zu füllen. Darüberhinaus ist Herzangst ein bedeutendes Konstrukt innerhalb der Psychokardiologie, welches bisher wenig erforscht wurde (Priegnitz et al., 2019). Ziel dieser Studie war es, den Zusammenhang zwischen Bewegung und gesundheitsbezogener Lebensqualität genauer zu betrachten und auszudifferenzieren wie Herzangst und Depressivität in diesen Effekt mitwirken.

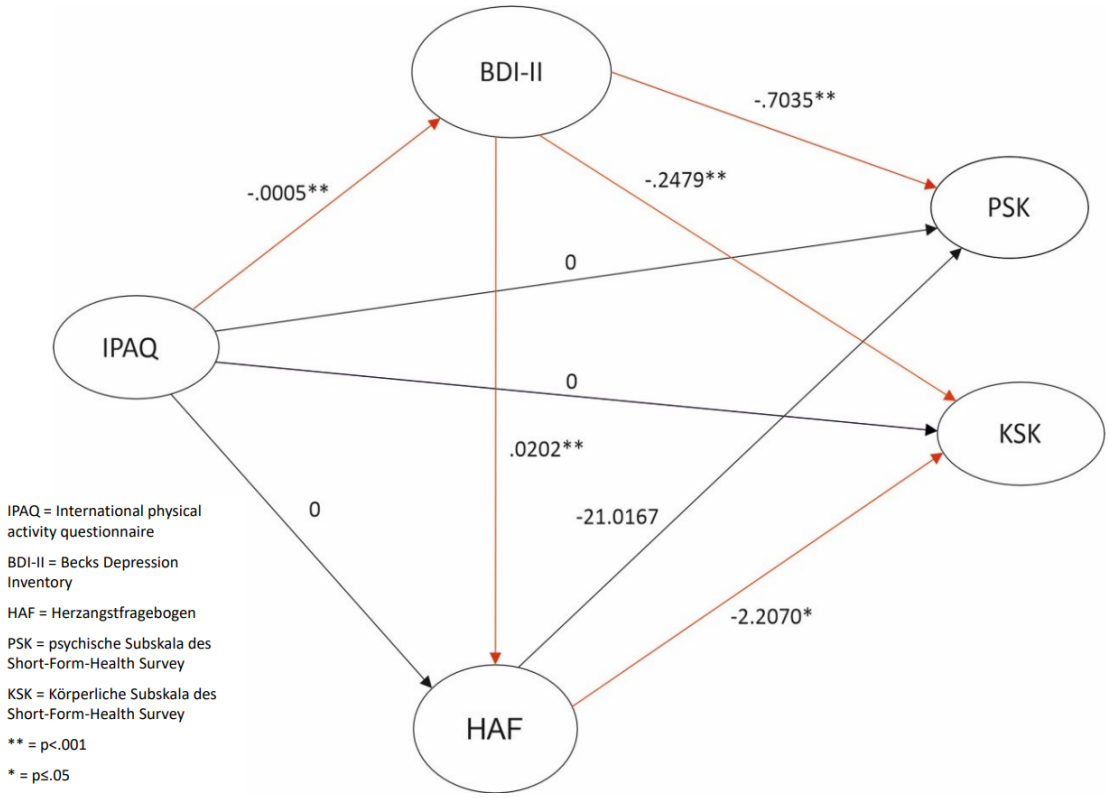
Methoden

Es wurden 238 psychokardiologische PatientInnen im Rehabilitationszentrum Seehof untersucht, wobei die für diese Studie relevanten Daten zum Beginn der Reha erfasst wurden. Die Dimensionen Bewegungsverhalten (IPAQ), die Herzangst (HAF), die Depressivität

(BDI- II) und die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12) wurden via Selbstbeurteilungsfragebögen erhoben. Für die erste Hypothese wurde der Zusammenhang zwischen dem Bewegungsverhalten und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mittels linearer Regression berechnet. Im Anschluss daran wurden multiple Regressionsmodelle und anschließend Mediationsanalysen angewendet, um den explorativen Ansatz zu untersuchen, welche Rolle Herzangst und Depressivität in Bezug auf den Effekt aus Hypothese 1 spielen.

Ergebnisse

Zwischen dem Bewegungsverhalten und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigt sich in der linearen Regression kein signifikanter Effekt. Das multiple Regressionsmodell zeigt beim Inkludieren von Herzangst und Depressivität mit $p < .001$ (KSK ($F=3,227$)=16.791, PSK ($F=3,227$)=85748) insgesamt einen signifikanten Effekt, wobei deutlich wird, dass dieser primär durch Depressivität mediiert wird. Univariat beeinflusst Herzangst sowohl die psychische (PSK) ($r = -.321$**) als auch die körperbezogene Summenskala (KSK) des SF-12 ($r = -.272$**), multivariat jedoch nur noch die körperbezogene ($r = -.1447$*). Depressivität beeinflusst darüber hinaus beide Subskalen des SF-12 negativ (PSK: $r = -.7045$**; KSK: $r = .357$**). Betrachtet man die Korrelationsmatrix der Konstrukte genauer, so sticht dabei vor allem herzbezogene Vermeidung als ein hoch signifikanter Faktor heraus. Des Weiteren korrelieren Depression und Herzangst wechselseitig signifikant ($r = .3491$**).



Diskussion und Fazit

Es zeigt sich, dass sowohl Herzangst als auch Depressivität einen entscheidenden Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität haben, wobei die Wirkweise von Herzangst innerhalb des Modells weiter erforscht werden sollte. In der Literatur gibt es Hinweise, dass

ein positiver Effekt des Bewegungsverhaltens auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität abhängig von Alter und dem Intensivitätsniveau des Bewegungsverhaltens ist (Casali et al., 2021; Schmidt et al., 2021; Pinheira et al., 2018).

Des Weiteren wäre ein Messzeitpunkt am Ende der Reha von Interesse, um zu schauen, ob durch die Behandlung ein positiver Effekt bewirkt werden kann. Ebenso sinnvoll zu erfassen ist eine objektive Messung der kardiologischen Parameter.

Take-Home-Message

Zusammenfassend sticht besonders Depressivität heraus und stellt einen relevanten Faktor dar, der unbehandelt den Verlauf somatischer und anderer psychischer Erkrankungen beeinflussen kann. Bei der Herzangst scheint der Subskala Vermeidung besondere Bedeutung zuzukommen.

Literatur

Casali, N., Cerea, S., Moro, T., Paoli, A. & Ghisi, M. (2021, 11). Just do it: High intensity physical activity preserves mental and physical health in elite and non-elite athletes duringcovid-19. Frontiers in Psychology, 12, 757150. doi: doi:10.3389/fpsyg.2021.757150.

Kleinschmidt, J. & Köllner, V. (2021). Herz und Psyche in Bewegung bringen. Psychotherapie im Dialog, 22 (02), 82-86. doi: 10.1055/a-1215-1195.

Pinheira, V., Alvers, D. & Pires, M. (2018, 09). The relationship between mobility, physical activity and strenght with depression, cognitive state and health status in the elderly in portugal. The European Journal of Sical Behavioural Sciences, 23 (3), 2753-2768. doi: doi:10.15405/ ejsbs.242.

Priegnitz, J., Langheim, E., Rademacher, W., Schmitz, C. & Köllner, V. (2019, 12). Effektivität von psychokardiologischer versorgung in der stationären rehabilitation – ein pilotprojekt. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 70 (05), 190-196. doi: 10.1055/ a-1023-4609.

Schmidt, T., Heuer, A. & Weisser, B. (2021, 09). Effects of covid-19 confinement on physical activity and health-related quality of life in rehabilitation patients. German Journal of Sports Medicine, 72, 230-235. doi: doi:10.5960/dzsm.2021.489.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Ein „Blaufeuer“ für psychisch belastete Erwerbstätige – wird die Zielgruppe erreicht?

Christian Gerlich[1]; Lorenz Leven[2]; Ina Pamperin[3]; Nadine Vorsatz[3]; Heiner Vogel[1]; Michael Schuler[4]

[1] Universitätsklinikum Würzburg; [2] Julius-Maximilians Universität Würzburg; [3] Deutsche Rentenversicherung Bund; [4] Hochschule für Gesundheit Bochum

Hintergrund und Zielstellung

Psychisch belastete Erwachsene mit assoziierter Arbeitsplatzproblematik haben ein erhöhtes Risiko für Chronifizierung und Frühberentung (OECD, 2012). In Deutschland werden Betroffenen unterschiedliche Unterstützungs-/Behandlungsmaßnahmen angeboten, z.B. medizinische/berufliche Rehabilitation, ambulante Psychotherapie, Betriebliches Eingliederungsmanagement (u.a.m.), die jedoch oft nicht rechtzeitig oder gar nicht in Anspruch genommen werden und nicht allen Betroffenen bekannt sind. Und im Einzelfall ist es manchmal unklar, welches Angebot in einer aktuellen Lebenssituation zielführend ist. Daher wurde ein konzertiertes Versorgungsmanagement gefordert (BMAS, 2013).

Um dieser Forderung nachzukommen und eine „Vermittlungslücke“ zu schließen, wurde im durch das Bundeprogramm rehapro geförderten Projekt SEMpsych („Systemisches Eingliederungsmanagement bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“) eine Fallmanagement-basierte Beratung („Blaufeuer“) entwickelt und in drei Projektstandorten (Berlin, Köln, Nürnberg) implementiert. Kernaufgabe ist die Beratung, Begleitung und gegebenenfalls Vermittlung Betroffener mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, psychosoziale Belastungen zu reduzieren und Lebensqualität zu steigern. Um Betroffene zu erreichen, wurden/werden Betriebe, Hausärzte, Psychotherapeuten sowie andere Gesundheitsanbieter (z.B. SPDI) in den Modellregionen über Blaufeuer informiert, Blaufeuer in Medien beworben und potenziell Betroffene durch kooperierende Krankenkassen identifiziert und über Blaufeuer informiert.

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und untergliedert sich in die Phasen Konzeptentwicklung, Implementierung mit begleitender formativer Evaluation, Bewährung mit begleitender summativer Evaluation und Transfer. Gegenwärtig ist die Implementierungsphase beendet. In der formativen Evaluation wurde unter anderem geprüft, inwiefern während der Implementierung Teilnehmende aus der Zielpopulation erreicht wurden.

Methoden

Eingeschlossen wurden Teilnehmende, die zwischen 1.9.2020 und 30.6.2022 eine Blaufeuer-Beratung erhalten und bei Beratungsbeginn einen standardisierten Fragebogen ausgefüllt haben. Erfasst wurden neben sozidemografischen/sozialmedizinischen Angaben psychische Belastung (PHQ-9, GAD-2, MBI, SSS-8), subjektive Arbeitsfähigkeit (Perceived Work Ability

incl. WAS, SPE-Skala), Einschätzungen der Arbeitssituation (REQ, KAFA, Eigenkonstruktion) und Lebensqualität (SF-12). Berichtet werden deskriptive Statistiken (Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen).

Ergebnisse

Die N=433 Teilnehmenden waren im Mittel 45,6 (SD=10,2) Jahre alt, 66,5% waren weiblich, 52,0% ohne festen Partner lebend, 87,5% arbeiteten mindestens halbtags bzw. ganztags, 83,8% waren im Angestelltenverhältnis, 7,0% Arbeiter:innen, 4,8% Beamte und 1,9% selbstständig. Jeweils ca. 50% waren aktuell krankgeschrieben (50,3%) bzw. waren im Jahr vor Kontaktaufnahme mehr als 6 Wochen krankgeschrieben (48,1%).

In Indikatoren der psychischen Belastung PHQ-9 (M=14,6; SD=5,4), GAD-2 (M=3,9, SD=1,6), SSS8 (M=14,0, SD=6,1), MBI-Skala Erschöpfung (M=35,6; SD=10,50) und MBI-Skala-Depersonalisierung (M=9,1; SD=6,9) gaben die Teilnehmenden im Mittel vergleichsweise hohe Belastungswerte an. Ergebnisse im WAS (M=3,2; SD=2,6), der SPE-Skala (M=1,2; SD=1,0) sowie der MBI-Skala Leistungseinschätzung (M=23,2, SD=8,6) weisen auf eine erheblich reduzierte subjektive Arbeitsfähigkeit hin. Besonders schwer fällt es Teilnehmenden, in der Freizeit von der Arbeit abzuschalten (REQ-Skala „Abschalten von Arbeit“: M=2,8, SD=0,9). Laut SF-12 sind die körperliche Lebensqualität deutlich (M=45,11; SD=10,14) und die psychische Lebensqualität erheblich (M=27,0; SD=8,3) eingeschränkt. Die meisten Teilnehmenden berichten, dass sie sich in der Arbeit überfordert fühlen (70,9%) und geben Konflikte/Unzufriedenheit mit Vorgesetzten (64,9%) an.

Diskussion und Fazit

Die hohen Werte in allen Indikatoren der psychischen Belastung, die gering eingeschätzte (subjektive) Arbeitsfähigkeit sowie der hohe Anteil an Personen mit aktueller AU bzw. längeren AU-Zeiten im letzten Jahr verdeutlichen, dass diese Personen der anvisierten Zielgruppe entsprechen. Die Ergebnisse zur psychischen Belastung sind mit denen von Patienten am Beginn einer psychosomatischen Rehabilitation vergleichbar (vgl. Kobel et al., 2020), was auf eine hohe Behandlungsbedürftigkeit hinweist. Damit ist ein Teilziel des Projekts SEMpsych erreicht, nämlich dass in Blaufeuer potenziell behandlungsbedürftige Personen beraten werden, die noch keine passende Behandlungsmaßnahme gefunden haben.

Unklar bleibt, ob das ganze Spektrum der Betroffenen erreicht wird. Im Vergleich zu allen Erwerbstätigen in der Allgemeinbevölkerung nehmen Angestellte übermäßig häufig Blaufeuer in Anspruch (65,1% Allgemeinbevölkerung vs. 83,8% Blaufeuer), im Gegensatz zu Arbeiter:innen (16,6% vs. 7,0%) und Selbständigen (9,9% vs. 1,9%). Möglicherweise müssen neue Zugangswege zu diesen Personengruppen entwickelt werden.

Take-Home-Message

Die Teilnehmenden an der Fallmanagement-basierte Beratung („Blaufeuer“) weisen hohe psychische Belastung und geringe (subjektive) Arbeitsfähigkeit auf und entsprechen damit der anvisierten Zielpopulation.

Literatur

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Deutscher Gewerkschaftsbund (2013). Gemeinsame Erklärung -

Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publikation, Redaktion, Bonn (Hrsg.).
Kobel, F., Morawa. E. & Erim, Y. (2020). Effectiveness of Inpatient Psychtotherapy for Patients With and Without Migratory Backround: Do they benefit equally? Frontiers in Psychiatry, 11:542.
OECD (2012). Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work. OECD Publishing.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Ergebnisse aus der ersten Erhebungsphase einer kontrollierten Längsschnittstudie im Projekt SEMPRE

Elena Brushinski[1]; Aike Hessel[2]; Natalie Schüz[2]; Anna Levke Brütt[1]

[1] Carl von Ossietzky Universität Oldenburg;
[2] Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Hintergrund und Zielstellung

Psychische Erkrankungen stellen in der Allgemeinbevölkerung eine verbreitete Problematik dar (Jacobi et al., 2014). Die damit verbundenen Einschränkungen in der Lebensqualität und Teilhabe der betroffenen Personen weisen auf die große Krankheitslast psychischer Beeinträchtigungen hin. Die Behandlung psychischer Beeinträchtigungen geschieht jedoch zu spät (Kivelitz et al., 2015).

Das Modellprojekt SEMPRE der DRV Oldenburg-Bremen forciert mit einer innovativen, komplexen Intervention das Schnittstellenmanagement zur frühzeitigen Ermittlung eines psychosomatischen Rehabilitationsbedarfs und eine rechtzeitige Steuerung in die psychosomatische Rehabilitation. Dabei werden Betroffene durch geschulte Netzwerkpartner*innen identifiziert. Interessent*innen können eine Beratung durch Lots*innen der DRV und ein zweitägiges ambulantes Assessment (Rehakompass) in kooperierenden Kliniken in Anspruch nehmen.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung stellt sich die Frage, ob es bei Eintritt in die psychosomatische Rehabilitation Unterschiede in der Symptombelastung und der Reha-Motivation zwischen den regulären Rehabilitand*innen und den Rehabilitand*innen, welche am Rehakompass teilgenommen haben, gibt. Darüber hinaus werden die Veränderungen in der beruflichen und sozialen Teilhabe zwischen den Gruppen betrachtet.

Methoden

Es wurde eine kontrollierte Längsschnittstudie mit einer Interventionsgruppe (IG, Projektteilnehmende) und einer Kontrollgruppe (KG, reguläre Rehabilitand*innen) in zwei ambulanten psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Die Erhebung fand zwischen 07/2021 und 07/2022 statt. Der auswertbare Datensatz umfasst zu T0 (Reha-Beginn) insgesamt 103 Personen (IG: n=29/ KG: n=74), zu T1 (Reha-Ende) insgesamt 72 Personen (IG: n=23/ KG: n=49). Zur Analyse der Gruppenunterschiede in der

Symptombelastung werden Skalenwerte aus dem HEALTH49 (Modul A) mittels t-Test für unabhängige Stichproben ausgewertet. Zur Ermittlung von Gruppenunterschieden in der Reha-Motivation werden die sechs Skalen des PAREMO durch t-Tests für unabhängige Stichproben analysiert. Gruppenunterschiede über den Zeitverlauf (T0, T1) in der beruflichen und sozialen Teilhabe werden durch eine mixed ANOVA des IMET Summenscores analysiert.

Ergebnisse

Für die Auswertung des HEALTH49 (Modul A) liegen 94 auswertbare Fälle vor (IG: n=27/ KG: n=67). Der t-Test ergibt keinen signifikanten Mittelwert-Unterschied (p=0,913) zwischen den Gruppen. In die Auswertung des PAREMO werden je nach Skala 96-99 Fälle einbezogen (IG: n=27-29/ KG: n=68-70). Lediglich für die Skala Skepsis liegen signifikante Ergebnisse vor: die Interventionsgruppe (MW: 5,92) weist signifikant niedrigere Mittelwerte (p=0,002) als die Kontrollgruppe (MW: 7,46) auf, wobei niedrigere Werte auf eine höhere Behandlungsmotivation hinweisen. Es liegt ein mittelgradiger Effekt vor (Cohens d=0,723). Für die Auswertung des IMET-Summenscores liegen 61 auswertbare Fälle vor (IG: n=18/ KG: n=43). Die Berechnung der mixed ANOVA ergibt einen signifikanten Innersubjekteffekt ($p < 0,001$) für den Messzeitpunkt (T0, T1).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass sich die Gruppen in Ihrer Ausprägung der psychischen und somatischen Beschwerden nicht unterscheiden. Verglichen mit den Normwerten für gesunde Menschen (Rabung et al., 2007) liegen sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Kontrollgruppe zu T0 hohe psychische und somatische Beschwerden vor. Es kann geschlussfolgert werden, dass beide Gruppen einen psychosomatischen Reha-Bedarf aufweisen.

In einer Ausprägung der Reha-Motivation (Skepsis) zeigt die Interventionsgruppe eine höhere Behandlungsmotivation . Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich die Lots*innen-Beratung sowie das Rehakompass-Assessment positiv auf die Reha-Motivation auswirkt.

Die Betrachtung der beruflichen und sozialen Teilhabe zwischen T0 und T1 weist auf eine positive Veränderung hin, unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit der einbezogenen Rehabilitand*innen.

Parallel zu der hier vorgestellten Erhebung fand eine qualitative Begleitstudie statt. Der Rehakompass wurde im Sommer 2022 unter Berücksichtigung der Prozessevaluation angepasst und wird weiterhin angeboten und wissenschaftlich begleitet.

Take-Home-Message

Erste Auswertungen zum Modellprojekt SEMPRE zeigen, dass eine frühzeitige und begleitete Steuerung in die psychosomatische Rehabilitation die Rehaskepsis reduzieren kann. Gleichzeitig profitieren auch diese Rehabilitand*innen von der psychosomatischen Rehabilitation.

Literatur

Jacobi, F., Hofler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., Wittchen, H.-U. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener

in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt, 85. 77-87.

Kivelitz, L., Watzke, B., Schulz, H., Härter, M., Melchior, H. (2015): Versorgungsbarrieren auf den Behandlungswegen von Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen – Eine qualitative Interviewstudie. Psychiatrische Praxis, 42. 424-429.

Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Wittchen, H.-U., Schulz, H. (2007): „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)“ – psychometrische Überprüfung eines neuen Selbstbeurteilungsinstruments zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. Phys Med Rehab Kuror, 17. 133-140.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Evaluationskonzept zu einer innovativen Prozesskette nach endoprothetischem Gelenkersatz („ProSEeG“)

Madeleine Gernert[1]; Lea Dejonghe[2]; Marc Schöttler[3]; Andrea Schaller[1]

[1] Deutsche Sporthochschule Köln; [2] Deutsche Rentenversicherung Rheinland; [3] Lahntalklinik Bad Ems

Hintergrund und Zielstellung

Angesichts zunehmender Implantationen von Hüft- und Knie-Totalendoprothesen (TEP) bei Personen im erwerbstätigen Alter (EPRD, 2021) gewinnt die Versorgung dieser Zielgruppe an Bedeutung. Obwohl die Anschlussheilbehandlung (AHB) einen wesentlichen Beitrag zur Rückkehr in den (beruflichen) Alltag leisten soll, können viele Patient:innen anfangs die darin vorgesehenen Therapien infolge einer frühzeitigen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus nicht wahrnehmen (von Eiff & Schüring, 2011; Dynybil, 2019). Als Reaktion auf diese Entwicklungen wird im rehapro-Modellprojekt „ProSEeG“ (§ 11 SGB IX) eine komplexe Intervention mit innovativen prä- und postoperativen Therapiemodulen konzipiert und in die Patient:innenversorgung implementiert. Die sektoren- und trägerübergreifende Prozesskette verbindet die akutmedizinische, rehabilitative und ambulante Versorgung von TEP-Patient:innen.

Zielstellung ist die frühzeitige Wiederherstellung und langfristige Sicherung der Erwerbsfähigkeit von TEP-Patient:innen.

Methoden

Studiendesign

In einem Mixed-Methods-Ansatz wird (1) eine summative Ergebnisevaluation (nicht-randomisiertes, kontrolliertes, zweiarmiges Studiendesign mit 12 Monaten Follow-up-Zeitraum) mit (2) einer quantitativ-formativen und (3) einer qualitativen Prozessevaluation kombiniert. Die Studie ist monozentrisch (Lahntalklinik Bad Ems) angelegt und im Deutschen Register Klinischer Studien registriert (DRKS00029630).

Stichprobe

Auswahlstichprobe sind erwerbstätige Patient:innen nach Erstimplantation einer Hüft- oder Knie-TEP aufgrund von chronisch-degenerativen Gelenkveränderungen (ICD-10: M16 & M17). Weitere Einschlusskriterien sind: Versicherung bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland oder Rheinland-Pfalz (nur Kontrollgruppe), Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine AHB. Ausschlusskriterien sind: TEP-Wechsel, TEP nach Unfallereignis/ akutem Trauma. Die Patient:innen werden vom Sozialdienst ihres behandelnden Akutkrankenhauses oder die Patientenaufnahme der Rehabilitationsklinik über die Studie informiert und erklären ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme vor der TEP- OP. In einem konsekutiven Vorgehen wird zuerst die Kontrollgruppe (KG; n = 390; care as usual) und danach die Interventionsgruppe (IG; n = 455; innovative Prozesskette) in die Studie eingeschlossen.

Interventionsbeschreibung

Die Therapiemodule der innovativen Prozesskette werden in Abstimmung mit der wissenschaftlichen Begleitevaluation von therapeutischem Fachpersonal der Rehabilitationsklinik konzipiert, implementiert und durchgeführt. Die Patient:innen der IG nehmen an einem eintägigen prä-operativen Vorbereitungsseminar teil. Zwischen der TEP- Implementation und dem Beginn der AHB wird zudem eine einwöchige stationäre Früh-Rehabilitation durchlaufen. Diese orientiert sich am individuellen Heilungsverlauf der Teilnehmenden und dient dem Erreichen einer vollständigen Rehabilitationsfähigkeit.

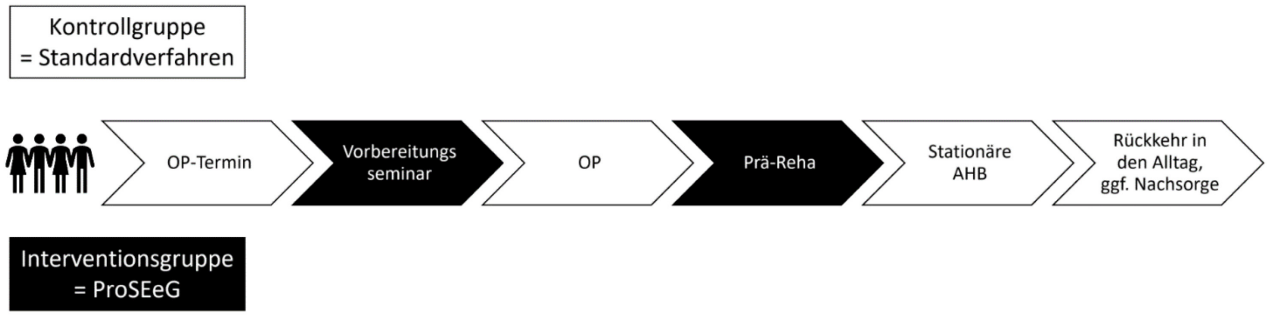


Abb. 1: Ablauf

Outcomes

Primäroutcome der (1) Ergebnisevaluation ist die Funktionsfähigkeit im Beruf (Skalen zur Erfassung von Funktionsfähigkeit im Beruf; Müller et al., 2014). Sekundäre Outcomes sind Aktivität und Teilhabe sowie Komplikationen. Die Messzeitpunkte finden präoperativ (T0), zu Beginn (T1) und Ende der stationären Rehabilitation (T2), sowie 3 (T3), 6 (T4) und 12 (T5) Monate nach Beginn der AHB statt. In der (2) quantitativ-formativen Prozessevaluation werden in Anlehnung an Meng et al. (2009) projektspezifische Fragebögen zur Akzeptanz, Zufriedenheit und Umsetzbarkeit der Prozesskette eingesetzt. (3) Qualitative Leitfaden-Interviews und Fokusgruppen mit Patient:innen und weiteren beteiligten Stakeholdern (von Akutkrankenhäusern, Rehabilitationsklinik und potentiellen Kostenträgern) beleuchten hemmende und fördernde Faktoren im Hinblick auf die Implementierung der Prozesskette aus unterschiedlichen Perspektiven.

Ergebnisse

Derzeit läuft die Durchführung der Kontrollgruppe, aus der im Herbst 2023 erste Zwischenergebnisse erwartet werden. Daran anschließend beginnt die Durchführungsphase der Interventionsgruppe, deren Follow-up Zeitraum bis Mitte 2026 angesetzt ist.

Diskussion und Fazit

Im Rahmen des Modellprojekts soll die Zusammenarbeit an Schnittstellen in der Prozesskette (prä-, peri-, postoperative Behandlung) verbessert werden, um Hüft- und Knie-TEP-Patient:innen die Rückkehr in den (beruflichen) Alltag zu erleichtern. Aus den Ergebnissen werden Möglichkeiten und Bedingungen für einen Transfer in andere Regionen und ggf. Indikationsbereiche abgeleitet.

Take-Home-Message

Die AHB wird im Modellprojekt in eine sektoren- und trägerübergreifende Prozesskette eingebettet, um einen Beitrag zur frühzeitigen und langfristigen Verbesserung der (beruflichen) Teilhabe von TEP-Patient:innen zu leisten.

Literatur

Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) (2021). Jahresbericht 2021. Mit Sicherheit mehr Qualität. Berlin: EPRD.

von Eiff, W., Schüring, S. (2011). Medizinische Rehabilitation: Kürzere Akut-Verweildauern erhöhen Aufwand in der Reha. Deutsches Ärzteblatt, 108(21), A 1164-1166.

Dynybil, C. (2019). Die Zusammenarbeit muss enger werden–Erfolgsfaktoren für die Hüft-und Knie-TEP-Versorgung. physiopraxis, 17(09), 52-55.

Meng, K., Seekatz, B., Rossband, H., Worringen, U., Faller, H. & Vogel, H. (2009). Entwicklung eines standardisierten Rückenschulungsprogramms für die orthopädische Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48(6), 335-344.

Müller, E., Bengel, M. & Wirtz, M. (2014). Validität und Änderungssensitivität der Skalen zur Erfassung der Funktionsfähigkeit im Beruf (SE-FFB). Die Rehabilitation, 53(3), 176-183.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Innovation: rehapro Modellprojekt Lichtenberger Initiative für Gesundheit und Arbeit (LIGA)

Sara Nasri; Hans-Joachim Schubert[1]; Jens Wurtzbacher[1]

[1] Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Hintergrund und Zielstellung

[…] psychische Erkrankungen [sind] häufig mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbssituation der Betroffenen verbunden. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass psychiatrische Diagnosen bei erwerbsfähigen SGB-II-Leistungsberechtigten deutlich häufiger vorkommen als bei Beschäftigten; darüber hinaus lässt sich im Verlauf der letzten

Jahre ein merklicher Anstieg des Anteils an Personen mit psychischen Einschränkungen unter den Leistungsberechtigten feststellen. (Oschimansky et al., 2017, S. 6)

Die Relevanz der Verbesserung der Beratungssituation vonseiten des Jobcenters für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die arbeitslos sind, wird im einleitenden Zitat aufgezeigt. L.IGA adressiert diese Personengruppe und forciert eine Wiederaufnahme von Erwerbstätigkeit und eine Stabilisierung ihrer psychosozialen Situation. Die Ziele des L.IGA-Konzeptes beinhalten, dass mindestens ein innerhalb der Clearingphase festgestellter Handlungsbedarf abgebaut wird, ca. 50% der Teilnehmenden soll eine medizinische/therapeutisch notwendige Behandlung erhalten, die bei 25% der Behandelten eine chronische Erkrankung vorbeugen oder eine dauerhafte Behinderung vermeidet – die Anträge auf Erwerbsminderungsrente sollen damit auf bis zu 25% gesenkt werden. Darüber hinaus soll mit 50% aller Teilnehmenden innerhalb der Projektlaufzeit ein Integrationsplan zur (Re-) Integration in eine leidensgerechte Beschäftigungsmöglichkeit auf dem allgemeinen oder zweiten Arbeitsmarkt oder zur Aufnahme einer Ausbildung/beruflichen Weiterbildung erarbeitet werden. 20% davon sollen erfolgreich in den ersten Arbeits- oder Ausbildungsmarkt integriert werden.

Methoden

2.1. Methodik des Modellprojektes

Um diese Ziele zu erreichen, setzt L.IGA vier innovative Kernelemente um:

1) Beratung durch Tandems

Die interdisziplinäre Kooperation in Form von Tandems bestehend aus Fachkräften des Jobcenters und Sozialarbeitenden aus freien Trägern bietet durch die verschiedenen Perspektiven eine bedarfsorientierte und adressat*innenzentrierte Beratung. Die Beratungspraxis des Projektes zeichnet sich durch einen standardisierten Ablauf ab, der wiederum an die Bedürfnisse und Bedarfe der Teilnehmenden angepasst wird. Die Arbeit der Fachkräfte in den Tandems beginnt mit der Überleitung der Klient*innen aus dem Jobcenter. Es folgen ein Informationsgespräch, eine Clearingphase, ein Screening und psycho-soziales Coaching.

2) Ex-In-Genesungsbegleiter

Ein Ex-In-Genesungsbegleiters organisiert eine hausinterne Selbsthilfegruppe initiierte und berät Peer-to-Peer. Dies gewährleistet einen niedrigschwelligen Zugang für Menschen mit psychischer Erkrankung, die eine Stigmatisierung wegen ihrer Erkrankung oder ihrer Arbeitslosigkeit fürchten. (Ex-In-Deutschland e.V. o. J.)

3) Die Rehabilitationsklinik (RPK)

In der RPK sind ein Psychiater, ein Psychologe und eine Sozialarbeiterin tätig. Hierbei soll eine Verkürzung von Wartezeiten auf einen Therapieplatz entstehen. Eine frühe Aufnahme von Therapie und Behandlung trägt zum Entgegenwirken einer Chronifizierung bei. Auch ist ein wöchentlicher Austausch und kollegiale Beratung zu psychologischen Fragestellungen durch die RPK geboten.

4) Netzwerkpartner*innen

Durch die Initiierung neuer Kooperationen sollen Leistungen wie aus einer Hand ermöglicht werden. (vgl. Projektskizze, S. 5) Durch eine institutionelle Öffnung in Form der Initiierung

einer Selbsthilfegruppe durch den Ex-In-Genesungsbegleiter sowie die Möglichkeit der aufsuchenden Arbeit und der Organisation von Freizeitangeboten, wird die Institution Jobcenter zu einem Ort psychosozialer Begleitung und Selbsthilfe, der für psychisch belastete Menschen neue soziale Teilhabemöglichkeiten bietet. (Giertz et al., 2022, S. 36)

2.2. Begleitforschung

Innerhalb unserer Begleitforschung werden drei methodische Schritte vollzogen. In einem ersten Schritt wird eine Netzwerkanalyse stattfinden. Hierzu nutzen wir qualitative Methoden der empirischen Sozialforschung. In einem zweiten Schritt werden Einzelfallanalysen durchgeführt, der abschließende Aspekt der Begleitforschung stellt die Analyse der Selbsthilfe und Partizipation dar.

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt des rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums wird die Netzwerkanalyse abgeschlossen und die Einzelfallanalyse in der Durchführung sein. Diese Ergebnisse werden wir gern nachreichen, sobald sie vorliegen.

Diskussion und Fazit

L.IGA bietet eine Beratungs- und Begleitungssetting, das auf Ergebnisse empirischer Forschung antwortet (Oschimansky et al., 2017, S. 192) und trägt damit zu einer optimierten Beratungspraxis für Menschen mit psychischer Erkrankung bei. Unterstützungsangebote werden unter einem Dach gebündelt, sodass Leistungen wie „aus einer Hand“ (vgl. BT-Drs. 15/1516, S. 42) erbracht werden können. Durch die Kooperation des freien Trägers mit dem öffentlichen Träger und die weiteren Netzwerkstrukturen werden Synergieeffekte freigesetzt und, wie es bereits in den eingangs geführten Interviews mit den Tandems gezeigt hat, können hier Sozialarbeitende und Integrationsfachkräfte ihre jeweiligen Kompetenzen einbringen und synergetisch in der Beratung und Begleitung von psychisch erkrankten Klient*innen miteinander verbinden (ebd., S. 196).

Take-Home-Message

Der Heimatlosigkeit psychisch erkrankter Menschen wird mit dem L.IGA Projekt entgegengewirkt.

Literatur

Ex-In Deutschland e. V. (Hrsg.). Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie. URL: https://ex-in.de/ (Stand: 27.10.2022).

Giertz, K., Speck, A., Steinhart, I. (2022). Soziale Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen. In: Giertz, Karsten, Große, Lisa, Röh, Dieter (Hrsg.): Soziale Teilhabe professionell fördern Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz. Psychiatrie Verlag. Köln.

Oschmiansky, F.; Popp, S.; Riedel-Heller, S.; Schwarzbach, M.; Gühne. U.; Kupka, P. (2017). Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. IAB-Forschungsbericht, 14/2017, Nürnberg.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Wirksamkeit digitaler, rehabilitativer Interventionen für übergewichtige oder adipöse Jugendliche abseits der Gewichtsreduktion – Ein systematischer Review

Feline Zocher[1]; Ulrike Linstedt[2]; Anna Maria Wittmann[2]; Magdalena Schellenberg[2]

[1] Deutsche Rentenversicherung Nordbayern; [2] Universität Bayreuth

Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland hält sich die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen seit den Zweitausenderjahren stabil auf einem hohen Niveau. Insbesondere juvenile Adipositas führt im Erwachsenenalter häufig zu verschiedenen Komorbiditäten wie Typ-2-Diabetes und Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (Schienkiewitz et al., 2019). Zusätzliche Probleme können sich im psychosozialen Bereich ergeben, da mit Übergewicht und Adipositas verminderte Lebensqualität und Mobbingerfahrung assoziiert sind. Der gesellschaftliche und wissenschaftspolitische Diskurs über Adipositas führt außerdem zu einer steigenden Anzahl an Therapie- und Präventionsformen, in denen digitale Technologien zunehmend an Bedeutung gewinnen, was eine aktuelle Übersichtsstudie zeigt (Pawellek et al., 2022). Bei der Gestaltung von Adipositas- und Übergewichtsinterventionen für Kinder und Jugendliche richtet sich das Augenmerk in der Regel auf die Reduktion des Body Mass Index (BMI), daher schlossen Pawelek et al. Publikationen aus, die beispielsweise eine Veränderung des Lebensstils bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen untersuchen. Hierbei wird jedoch außer Acht gelassen, dass die Wahrnehmung von Übergewicht als Erkrankung – und nicht lediglich als eine mögliche Ausprägung der physischen Gestalt wie beispielsweise Körpergröße – auch gesellschaftlich konstruiert ist (Barlösius et al., 2011). Somit sollte der therapeutische Schwerpunkt nicht zwingend auf der Gewichtsreduktion liegen.

Ziel dieser systematischen Übersichtsstudie ist deshalb, den aktuellen Forschungsstand zu digitalen, rehabilitativen Adipositasinterventionen für Jugendliche zu ermitteln. Der Fokus liegt dabei nicht auf dem BMI, sondern auf weiteren Indikatoren wie Lebensqualität, Stimmung, Selbstwirksamkeit, psychischen Komorbiditäten oder Körperselbstbild.

Methoden

Folgende Datenbanken wurden durchsucht: PubMed, Web of Science, Livivo und Embase. Die Suchstrategie bildete eine Kombination der Leitbegriffe „Digital“, „Rehabilitation“, „Adipositas“ sowie „Jugendliche“, deren Synonyme und MeSH-Terms bzw. Schlagwörter. Um die Publikationsgeschichte einerseits möglichst umfassend darzustellen und andererseits Studien mit vergleichbarem Technikstand einzuschließen, beschränkt sich die Publikationsauswahl in sowohl deutscher als auch englischer Sprache auf die Jahre 2012 bis heute. Nicht publizierte Formate sowie Metaanalysen und Reviews wurden ausgeschlossen. Weitere Einschlusskriterien umfassen Alter (12-17 Jahre), Gewicht (BMI>=25) und Interventionsform (Rehabilitation, Nachsorge, Kuration). Präventionsstudien wurden ausgeschossen.

Relevante Informationen zu den Publikationen sowie Analysekriterien wurden mit Hilfe von Excel extrahiert. Die Bewertung des Risikos von Verzerrungen erfolgte mit Hilfe des Cochrane

Tools RoB 2. Über Einschluss und Ausschluss der Studien, Datenauswertung, und Risk of Bias Assessment entschieden die vier Gutachterinnen unabhängig voneinander. Unterschiede wurden besprochen und nach Abstimmung behoben. Bei der Erstellung des Reviews folgten die Gutachterinnen dem aktuellen PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis) Statement.

Ergebnisse

Insgesamt ergaben sich 2332 Treffer nach Bereinigung der Dubletten blieben 1839 Publikationen.

Die schrittweise Eingrenzung der Suchstrategie verdeutlicht die geringe Trefferquote im Bereich der Rehabilitation, insbesondere der Nachsorge. Ursache hierfür könnte einerseits sein, dass die Rehabilitationsforschung im internationalen Kontext ein eher kleines Fachgebiet ist und andererseits der bisherige Schwerpunkt bei Adipositasinterventionen im Kinder- und Jugendbereich auf Präventionsmaßnahmen liegt. Die Analyse zeigt zudem, dass der Gewichtsverlust als primärer Outcome Parameter überwiegend im Fokus der Studien liegt. Ein Bias dieser Analyse ergibt sich aus der Tatsache, dass ein bestimmter BMI als obligatorisches Kriterium definiert wurde. Dennoch wäre es in den untersuchten Studien möglich gewesen, andere Primärparameter wie physische und psychische Indikatoren zu definieren und diese zu erheben.

Diskussion und Fazit

Zeitgemäße rehabilitative Maßnahmen dürfen nicht nur die Devianz – das von der Norm abweichende Gewicht – betrachten, sondern müssen insbesondere die psychische Konstitution, die Lebensqualität, das Selbstbewusstsein und Selbstbild in den Fokus nehmen. Primäres Ziel darf es nicht sein das Körpergewicht zu reduzieren, sondern einen gesundheitsbewussten Lebensstil zu entwickeln, das Selbstbewusstsein und die allgemeine Zufriedenheit zu stärken. Dementsprechend sind diese Parameter auch in den Fokus der interventionsbegleitenden Forschung zu stellen und als primäre Outcomeparameter zu definieren.

Take-Home-Message

Der zukünftige Fokus sollte verstärkt auf Parametern liegen, die einen gesundheitsbewussten, nachhaltigen Lebensstil und Stärkung mentaler Ressourcen abbilden können.

Literatur

Barlösius, E., Philipps, A. (2011): Die Gesellschaft und das Selbst der ‚Dicken'. Wie Kinder und Jugendliche gesellschaftliche Haltungen und Erwartungen in ihre Selbstkonstitution hineinnehmen. In: Zwick, M., Deuschle, J., Renn, O. (Hrsg): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 180–202.

Pawellek, S., Ziegeldorf, A., Wulff, H. (2022): Strategien und Effekte digitaler Interventionen bei der Übergewichts- und Adipositastherapie von Kindern und Jugendlichen. Ein systematischer Review. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 65. 624-634.

Schienkiewitz, A., Damerow, S., Schaffrath Rosario, A., Kurth, B.-M (2019): Body-Mass-Index von Kindern und Jugendlichen. Prävalenzen und Verteilung unter Berücksichtigung von

Untergewicht und extremer Adipositas. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 62. 1225-1234.

Förderung: Die Arbeit entstand im Rahmen des Projektes Digitale Nachsorge for you (DiNa4u), welches im Bundesprogram „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert wird.

Erniedrige ernährungsabhängige Blutspiegel und Mangelernährung von leicht betroffenen Schlaganfallpatienten in der neurologischen Rehabilitation

Mario Siebler[1]; Tobias Schmidt-Wilke[2]; Mirian Lansink[3]; Nick van Wijk[3]; Bettina Stutter[3]; Claudia van den Berg[3]

[1] MediClin Rehab Research ; [2] Mauritiusklinik ; [3] Danone Nutricia Research

Hintergrund und Zielstellung

Die Mangel-/ Fehlernährung nach Schlaganfall wird unterschätzt und wird oft assoziiert mit einer Dysphagie, die oft eine komplexe Sondenernährung notwendig macht (Huppertz et al., 2022). Zudem werden vermehrt Effekte einer Veränderung des Mikrobioms nach Insult diskutiert (Lee et al., 2021). Wir interessierten uns für die Frage, ob auch Patienten mit milder Dysphagie oder ohne Zeichen einer Dysphagie eine Beeinträchtigung des Ernährungszustandes aufweisen.

Methoden

In einer explorativen, cross-sectionalen, multizentrischen Beobachtungsstudie an 2 Rehabilitationskliniken in NRW/Germany wurden ischämische Insultpatienten mit leichter Dysphagie (N=49) und ohne (N=36) Dysphagie mit Alters- und Geschlechts- gematchten gesunden Probanden (N= 83) verglichen. Spezielle Diäten, Einnahme von Vitaminen, Diabetes oder konsumierende Vorerkrankungen wurden ausgeschlossen. Eingeschlossen wurden selbsthilfefähige Patienten ohne vorherige oder aktuelle Sondenernährung, welche in der stationären Reha 3-12 Wochen nach Indexereignis aufgenommen wurden. Es wurde das Risiko der Mangelernährung (MNA-SF), die Blutkonzentration von Schlaganfallrelevanten Ernährungskomponenten und Metaboliten, die Nahrungsaufnahme, der EQ-5D-5L und der Barthel Index gemessen. Die Studie wurde durch die Ethikkommission genehmigt und ist registriert.

Ergebnisse

Mehr als 50% der Insultpatienten zeigten ein erhöhtes Risiko der Mangelernährung. Die Blutkonzentration von Vitamin B1, B2, B6, A, D, und E, Selenium, Cholin, Coenzyme Q10, Albumin, pre-Albumin, Transferrin, Docosahexaenoic Säure und Eicosapentaenoic Säure waren signifikant ($p < 0.05$) niedriger im Vergleich zu gesunden Probanden unabhängig vom Dysphagiestatus. CRP und Natrium waren signifikant erhöht. Die dokumentierte Nahrungsaufnahme (Kalorien, Ess- und Trinkmenge) waren bei Insultpatienten signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe.

Tab. 1:Ergebnisse

		Stroke ohne Dysphagie	*Kontrolle*	*Statistik*	*Stroke mit leichter Dysphagie*	*Kontrollgruppe*	*Statistik*	*Alle Stroke S*	*Total HR*	*Total S vs. Total HR*	*S+OD **	*S-OD vs. S+OD **
		N = 49	*N = 49*		*N = 34*	*N = 34*		*N = 83*	*N = 83*		*N = 36*	
		mean (SD)		*p value*	mean (SD)		*p value*	mean (SD)		*p value*	*mean (SD)*	*p value*
Vitamin B1	(nmol/L)	133.7 (37.5)	144.7 (27.2)	**0.041 §**	125.6 (27.3)	142.0 (23.3)	**0.012 ǂ**	130.3 (33.7)	143.6 (25.5)	**0.009 ǂ**	126.9 (27.1)	0.697 **
Vitamin B2	(nmol/L)	242.0 (47.4)	280.3 (37.5)	**<.001 ǂ**	232.7 (41.4)	270.5 (42.9)	**<.001 ǂ**	238.1 (45.0)	276.3 (39.8)	**<.001 ǂ**	234.7 (41.0)	0.556 **
Vitamin B6	(nmol/L)	107.9 (241.3)	105.1 (31.3)	**<.001 §**	75.2 (22.5)	114.1 (51.4)	**<.001 §**	94.3 (184.6)	108.8 (40.7)	**<.001 §**	75.0 (22.0)	0.325 **
Vitamin B12	(pmol/L)	310.5 (113.6)	269.8 (82.0)	0.062 ǂ	354.7 (152.5)	274.9 (118.8)	**0.012 §**	328.8 (132.1)	271.9 (98.1)	**0.003 ǂ**	349.4 (151.4)	0.342 **
Folic acid †	(nmol/L)	17.3 (10.4)	18.7 (9.6)	0.145 §	16.7 (9.6)	19.2 (10.5)	0.282 §	17.1 (10.0)	18.9 (9.9)	0.064 §	18.3 (11.4)	0.999 **
Vitamin A	(µmol/L)	2.25 (0.51)	2.57 (0.50)	**0.006 ǂ**	2.05 (0.68)	2.50 (0.47)	**0.008 ǂ**	2.17 (0.59)	2.54 (0.48)	**<.001 ǂ**	2.03 (0.68)	0.086 #
Total 25-OH vit D	(nmol/L)	42.5 (24.9)	63.2 (23.8)	**<.001 ǂ**	46.0 (19.7)	57.5 (22.0)	**0.022 §**	44.0 (22.8)	60.9 (23.1)	**<.001 ǂ**	45.4 (19.9)	0.569 #
Vitamin E	(µmol/L)	26.2 (6.4)	39.3 (8.9)	**<.001 ǂ**	25.2 (7.5)	40.0 (13.2)	**<.001 §**	25.8 (6.8)	39.5 (10.8)	**<.001 §**	25.1 (7.5)	0.468 #
Selenium	(µmol/L)	0.87 (0.19)	1.01 (0.20)	**<.001 ǂ**	0.92 (0.24)	1.06 (0.29)	**0.018 ǂ**	0.89 (0.21)	1.03 (0.24)	**<.001 ǂ**	0.91 (0.25)	0.358 #
Magnesium	(mmol/L)	0.84 (0.10)	0.85 (0.05)	0.352 ǂ	0.85 (0.08)	0.87 (0.07)	0.477 ǂ	0.84 (0.09)	0.86 (0.06)	0.478 §	0.85 (0.09)	0.664 **
Zinc	(µmol/L)	14.0 (2.3)	12.8 (1.7)	**0.025 §**	13.5 (2.7)	14.3 (2.0)	0.335 §	13.8 (2.5)	13.4 (1.9)	0.310 §	13.5 (2.7)	0.454 **
Free choline	(µmol/L)	8.27 (1.75)	9.35 (2.42)	**0.019 ǂ**	8.39 (2.84)	9.72 (3.12)	0.085 ǂ	8.32 (2.26)	9.50 (2.72)	**0.007 §**	8.33 (2.81)	0.577 **
Uridine	(µmol/L)	3.87 (0.92)	3.93 (1.05)	0.890 ǂ	4.19 (1.63)	4.53 (1.40)	0.267 ǂ	4.01 (1.28)	4.17 (1.24)	0.342 §	4.27 (1.63)	0.662 **
Glucose	(mmol/L)	6.34 (1.94)	5.46 (0.46)	**0.004 §**	6.28 (2.21)	5.56 (0.70)	0.115 §	6.32 (2.04)	5.50 (0.57)	**0.001 §**	6.33 (2.15)	0.670 **
Coenzyme Q10	(µmol/L)	0.741 (0.343)	1.565 (0.449)	**<.001 ǂ**	0.669 (0.349)	1.481 (0.589)	**<.001 §**	0.712 (0.345)	1.531 (0.510)	**<.001 ǂ**	0.688 (0.348)	0.500 **
Total cholesterol	(mmol/L)	3.46 (0.92)	5.50 (0.70)	**<.001 §**	3.50 (0.85)	5.64 (0.99)	**<.001 §**	3.48 (0.89)	5.55 (0.83)	**<.001 §**	3.56 (0.87)	0.415 **
Transferrin	(g/L)	2.36 (0.38)	2.49 (0.28)	**0.030 ǂ**	2.04 (0.39)	2.52 (0.45)	**<.001 §**	2.23 (0.41)	2.51 (0.36)	**<.001 §**	2.05 (0.38)	**<.001 ****
Albumin	(g/L)	37.6 (3.7)	39.5 (2.5)	**0.003 ǂ**	34.6 (4.4)	39.8 (3.1)	**<.001 ǂ**	36.3 (4.3)	39.6 (2.7)	**<.001 ǂ**	34.5 (4.3)	**<.001 ****
Pre-albumin	(g/L)	0.252 (0.043)	0.292 (0.044)	**<.001 §**	0.223 (0.061)	0.306 (0.051)	**<.001 ǂ**	0.240 (0.053)	0.298 (0.047)	**<.001 ǂ**	0.223 (0.060)	**0.017 #**
Total carnitine	(µmol/L)	46.1 (12.2)	51.5 (8.3)	**0.031 §**	53.7 (14.5)	51.0 (10.8)	0.356 ǂ	49.2 (13.6)	51.3 (9.4)	0.208 §	52.5 (15.4)	**0.033 ****
Free carnitine	(µmol/L)	35.9 (8.9)	39.0 (7.2)	0.063 §	41.1 (11.1)	39.1 (7.6)	0.437 §	38.0 (10.1)	39.0 (7.3)	0.575 ǂ	40.2 (12.1)	0.053 **
Acylcarnitine	(µmol/L)	10.9 (4.4)	12.6 (3.8)	0.109 §	12.6 (5.2)	11.9 (4.9)	0.752 §	11.6 (4.8)	12.3 (4.3)	0.333 §	12.3 (5.2)	0.348 **
Creatinine	(µmol/L)	78.0 (20.8)	82.2 (16.8)	0.057 §	90.5 (43.4)	86.0 (9.6)	0.645 §	83.2 (32.5)	83.7 (14.4)	0.089 §	88.8 (43.1)	0.062 **
Creatine	(µmol/L)	34.3 (21.5)	34.7 (20.1)	0.987 ǂ	33.7 (28.6)	31.7 (19.3)	0.848 §	34.0 (24.5)	33.5 (19.7)	0.574 §	35.0 (28.3)	0.668 **
C-reactive protein †	(mg/L)	4.41 (6.27)	1.73 (1.81)	**0.001 §**	13.69 (36.30)	1.86 (2.19)	**<.001 §**	8.26 (24.10)	1.79 (1.96)	**<.001 §**	13.07 (35.35)	0.185 **
Sodium	(mmol/L)	139.80 (2.63)	138.82 (1.57)	**0.008 §**	140.72 (2.39)	139.72 (2.06)	0.086 ǂ	140.18 (2.56)	139.19 (1.83)	**0.006 ǂ**	140.85 (2.38)	**0.043 ****
Osmolality	(mOsm/kg)	295.19 (6.85)	293.18 (5.56)	**0.046 §**	294.47 (6.32)	293.09 (6.23)	0.342 §	294.89 (6.60)	293.14 (5.81)	**0.032 §**	294.83 (6.34)	0.714 **
		Stroke ohne Dysphagie	*Kontrolle*	*Statistik*	*Stroke mit leichter Dysphagie*	*Kontrollgruppe*	*Statistik*	*Alle Stroke S*	*Total HR*	*Total S vs. Total HR*	*S+OD **	*S-OD vs. S+OD **
		N = 49	*N = 49*		*N = 34*	*N = 34*		*N = 83*	*N = 83*		*N = 36*	

Diskussion und Fazit

Die Studie zeigt deutlich, dass unabhängig von einer Dysphagie Schlaganfallpatienten ein hohes Mangelernährungsrisiko in der Rehaphase aufweisen. Dies könnte zu einer Beeinträchtigung der Regeneration und Rehabilitation beitragen. Die Ursachen sind nicht geklärt und könnten u.a. auf eine Mikrobiomstörung hinweisen.

Take-Home-Message

Ein Ernährungsscreening und gezielte Blutkontrollen in der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten scheint sinnvoll, auch wenn keine Dysphagie vorliegt. Die Rolle einer adäquaten Ernährung sollte nicht unterschätzt werden und Teil des Rehabilitationsprogramms werden.

Literatur

Huppertz, V., Guida, S., Holdoway, A., Strilciuc, S., Baijens, L., Schols, J. M. G. et al., Impaired Nutritional Condition after Stroke from the Hyperacute to the Chronic Phase: A Systematic Review and Meta-Analysis. (2022) 12. doi: 10.3389/fneur.2021.780080.

Lee, Y. T, Mohd Ismail NI, Wei LK (2021) Microbiome and ischemic stroke: A systematic review. PLoS ONE 16(1): e0245038.

Interessenkonflikt: Studie wurde gefördert durch Danone /NL

Förderung: Danone

Evaluation der medizinisch-beruflich orientierten Leistungsfähigkeit (EMBOL) in der neurologischen Rehabilitation: Reliabilität, Validität und Verlaufsmessung (Studienprotokoll)

Mandy Bade[1]; Marco Bittkau[2]; Julia Heise[2]; Nadine Schumann[1]; Michael Sailer[1,2,3]

[1] An-Institut für Neurorehabilitation OvGU Magdeburg; [2] MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg; [3] MEDIAN Klinik Flechtingen

Hintergrund und Zielstellung

Infolge des „Paradigmenwechsels weg von der rein an Krankheiten orientierten Therapie hin zur Bearbeitung von Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit, insbesondere der (beruflichen) Aktivitäten und Teilhabe“ (DRV Bund, 2019) kam es zur Veröffentlichung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) durch die WHO. Hierdurch wurden effektive, besonders auf die Teilhabe am Erwerbsleben zentrierte und möglichst eng verknüpfte Leistungen essentiell. Daher hat die DRV in den letzten Jahren verstärkt Angebote zur Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) ausgebaut (Schumann et al., 2022) mit dem Ziel, eine zeitnahe Rückkehr ins Erwerbsleben nach dem Reha-Aufenthalt zu gewährleisten (DRV Bund, 2019). Die Medizinisch-berufliche Rehabilitation (MbR) versteht sich als eine Weiterführung für schwer betroffene Patienten mit komplexen medizinisch-beruflichen Bedarfslagen (Schumann et al., 2022). Im neurologischen Phasenmodell der BAR sind die MBOR und MbR in den Phasen D und E verortet (BAR, 2011). Um die Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden vor dem Hintergrund ihrer Arbeitsanforderung bewerten zu können, wird sowohl bei der MBOR als auch bei der MbR eine anforderungsorientierte Diagnostik durchgeführt.

EMBOL berücksichtigt durch seine individuelle Ausrichtung die Forderung nach einem „personenzentrierten Vorgehen“ (DRV Bund, 2019) in der medizinischen Rehabilitation. Bislang fehlt es jedoch an belastbaren Daten, die Aussagen zur Reliabilität, Validität sowie zu Veränderungsmessungen, inklusive klinischer Relevanz, bei neurologischen Patienten erlauben und Einflussfaktoren berücksichtigen. Das Ziel ist die wissenschaftliche Überprüfung des EMBOL-Konzeptes, um dieses als standardisiertes Instrument zur Bewertung des (berufsbezogenen) konditionell-koordinativen Leistungsvermögens des Patienten (aus krankheitsspezifischer und arbeitsplatzbezogener Perspektive) zum Zwecke der Einschätzung des Krankheitsverlaufes sowie der Erwerbsprognose nutzen zu können. Im Detail ist zu klären,

a) inwieweit EMBOL ein valides und reliables Instrument zur Bewertung des (berufsbezogenen) konditionell-koordinativen Leistungsvermögens neurologischer Patienten ist,
b) inwiefern durch EMBOL Veränderungen im Verlauf der Rehabilitation abgebildet werden (Änderungssensitivität) und
c) welche Determinanten das Ergebnis von EMBOL bestimmen (Einflussgrößen).

Methoden

Die MbR der MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg umfasst Übungsbüro, Werkstatt (Metall- und Holzwerkstatt) und EMBOL. Letzteres wird auch als berufsbezogenes physiologisches

Belastungstraining bezeichnet, welches konditionell-koordinative Ansprüche an den Patienten stellt und die beiden weiteren Säulen der MbR sinnvoll ergänzt. EMBOL besteht aus acht Stationen (Tab. 1) und spiegelt folgende Aspekte der körperlichen Belastbarkeit wider:

- Kondition: Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit (Arbeitstempo), Beweglichkeit/Mobilität
- Koordination: Gleichgewichtsfähigkeit, räumliche Orientierungsfähigkeit, Umstellungsfähigkeit
- Motorik der unteren und oberen Extremitäten (Fein- und Grobmotorik) und
- das Arbeiten unter Zwangshaltungen/verschiedene Arbeitshö-hen/Leiter/Transfer.

Zielgruppe sind neurologische Patienten der Rehaphase D/E mit motorischen Beeinträchtigungen (obere/untere Extremitäten), reduzierter körperlicher Dauerbelastbarkeit, eingeschränkter Orientierungsfähigkeit/räumlichem Vorstellungsvermögen sowie Gleichgewichtsdefiziten bei Stand und Gang. EMBOL fußt auf langjähriger therapeutischer Erfahrung und wurde angelehnt an Melba konzipiert sowie jahrelang praktisch erprobt. Die Einschätzung der Patienten im Melba-System, einem Verfahren zur Ermittlung und Darstellung von Fähigkeits- und Anforderungsprofilen, wird maßgeblich durch das Test- und Therapieverfahren EMBOL unterstützt.

In der geplanten 6-monatigen Validierungsstudie werden Daten von N = 120 neurologischen Patienten (im Alter ab 18 Jahren), für die zu Beginn und am Ende der Rehabilitation ein individualisiertes EMBOL-Assessment durchgeführt wurde, ausgewertet. Zunächst werden die (Retest-)Reliabilität mit der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson (bzw. Pearson Chi-Quadrat-Test bei kategorialen Variablen) sowie die Intraklassenkorrelation-ICC ermittelt. Zur Bestimmung der Validität wird der Zusammenhang mit dem Motricity Index (MI, als Indikator für die Kraft der oberen und unteren Extremitäten sowie der feinmotorischen Greiffunktion) sowie mit den Functional Ambulation Categories (FAC, als Indikator der Gehfähigkeit) überprüft (Tab.1).

Tab.1: Übersicht zu den EMBOL-Stationen und den dazugehörigen Assessments zur Validitätsprüfung

EMBOL-Stationen	**Assessments zur Überprüfung der Validität**
Glühlampenmontagewand	Motricity Index (OE)
Schraubverbindungswand	Motricity Index (OE)
Schnellbauschraubenwand	Motricity Index (OE)
Gleichgewichtsparcours	Motricity Index (OE+UE), FAC
Treppensteigen	Motricity Index (UE), FAC
Regalsysteme I-III	Motricity Index (OE+UE), FAC

Des Weiteren werden Veränderungen im Verlauf der Rehabilitation getestet (Änderungssensitivität) und potentielle Einflussgrößen (u.a. Geschlecht, Alter, Rehabilitationsdauer, MI T1, FAC T1, subjektive Erwerbsprognose T1+T2 und soziale Unterstützung T1) am Ende der Rehabilitation untersucht.

Ergebnisse

Es wird erwartet, dass EMBOL ein valides und reliables Instrument mit hoher Änderungssensitivität zur Einschätzung des konditionell-koordinativen Leistungsvermögens neurologischer Patienten ist. Weiterhin erwarten wir Einblicke in Bezug auf die Existenz von Einflussgrößen, welche das Ergebnis von EMBOL maßgeblich bestimmen.

Diskussion und Fazit

Erfahrungsgemäß profitieren die Patienten enorm im Hinblick auf Kraft, Ausdauer, Mobilität, Gleichgewicht und vor allem Motorik der unteren und oberen Extremitäten. Dies gilt es jedoch wissenschaftlich zu überprüfen, um die Bedeutung dieses Konzeptes für die Einschätzung von Rehabilitationsverlauf und Erwerbsprognose zu belegen.

Take-Home-Message

Durch die wissenschaftliche Überprüfung von EMBOL ist der Nachweis zu erbringen, dass dieses Konzept einen wichtigen Beitrag zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden vor dem Hintergrund ihrer Arbeitsanforderung leistet und somit als integraler Bestandteil der MbR bestehen bleiben sollte.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2011). Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie. Frankfurt: BAR.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2019). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Schumann, N., Bade, M., Lamprecht J. & Sailer, M. (2022). Berufliche Teilhabe und beruflich orientierte Konzepte in der neurologischen Rehabilitation. Neuro aktuell, (4): 44-50.

Interdisziplinäres Assessment Neuro-Rehabilitation Kliniken Schmieder

Oliver Neumann

Kliniken Schmieder Gerlingen

Hintergrund und Zielstellung

Es soll die Weiterentwicklung des Assessments der Kliniken Schmieder für die Rehabilitationsphase D vorgestellt werden. Ziele dieser Weiterentwicklung waren eine Erhöhung der Durchführungsobjektivität und damit eine Steigerung der Ergebnisqualität durch die Nutzung weitestgehend messender Verfahren sowie die Integration des Assessments in Klinikabläufe zur verbesserten Steuerung des Therapieprozesses.

Methoden

Bei einer Stichprobe von N=50 Rehabilitand:innen werden an ausgewählten Funktionsparametern aus dem motorischen und kognitiven Bereich Veränderungen der Leistungsfähigkeit im Vergleich von Aufnahme- zu Entlassassessment dargestellt.

Darüber hinaus werden deskriptiv, im Sinne der Integration des Assessments in den Therapieablauf, Daten zum Ausfüllgrad und somit zum Nutzungsverhalten durch Fachtherapeut:innen aufgezeigt.

Ergebnisse

Die systematische Erhebung und Nutzung von Assessmentdaten im Therapieprozess konnte aufgezeigt werden. Zudem bestehen in vielen erhobenen Funktionsparametern signifikante Leistungsunterschiede von Aufnahme zu Entlassung der Rehabilitand:innen, was in bedeutendem Ausmass der rehabilitativen Behandlung zugeschrieben wird.

Diskussion und Fazit

Es handelt sich um erste Ergebnisse einer geplanten umfassenden Datenerhebung, mit dem Ziel Wirksamkeit von therapeutischem Handeln und Tun abzubilden. Der hierzu notwendige Vergleich mit einer Kontrollgruppe steht noch aus.

Konkrete Rückmeldungen können zum jetzigen Zeitpunkt schon zur Durchführbarkeit und Nutzbarkeit im Therapieprozess gegeben werden, die beide eindrucksvoll gegeben sind.

Take-Home-Message

Qualitätssicherung durch das Assessment der Kliniken Schmieder

Literatur

Büsching, G. (2012). 6-Minuten-Gehtest - Leistung gesteigert? Physiopraxis. 10.1055/s-002-22842.

Pinkowski, C. (2014). Action Research Arm Test (ARAT) - Armfunktionen messen. ergopraxis 7(11/12): 34-35.

Richter, K. & Hielscher-Fastabend, M. (2018). BIAS A&R; Bielefelder Aphasie Screening Akut und Reha. NAT-Verlag Hofheim.

Wiener Testsystem, Schuhfried GmbH, Österreich.

Interessenkonflikt: Herr Neumann ist Mitarbeiter der Kliniken Schmieder.

Machbarkeit eines kognitiv-behavioralen Gruppentherapiekonzepts für Personen mit Post-/Long-COVID-Syndrom in der neurologischen Rehabilitation

Daniel Huth[1]; Sarah Tholl[2]; Anne-Kathrin Bräscher[1]; Michael Jöbges[3]; Gunnar Birke[4]; Christoph Herrmann[4]; Daniela Mier[2]

[1] Johannes Gutenberg-Universität Mainz; [2] Universität Konstanz;
[3] Kliniken Schmieder Konstanz; [4] Kliniken Schmieder Gailingen

Hintergrund und Zielstellung

Neben der gesundheitlichen Bedrohung durch eine akute SARS-CoV-2-Infektion stellen deren Langzeitfolgen ein weiteres Gesundheitsrisiko der COVID-19-Pandemie dar. Schätzungsweise sind 5-15% der Genesenen von multiplen und den Alltag beeinträchtigenden körperlichen und psychischen Beschwerden betroffen, die länger als

zwölf Wochen anhalten (Thompson et al., 2022). Nationale Behandlungsleitlinien empfehlen interdisziplinäre, multimodale Rehabilitationsstrategien für diese Personengruppe, wenngleich empirische Befunde zur Wirksamkeit konkreter Therapieoptionen noch ausstehen (Koczulla et al., 2021). Kognitiv-behaviorale Interventionen gelten mit kleinen bis mittleren Effektstärken als wirksame Strategie zur Unterstützung bei anhaltenden Körperbeschwerden und Fatigue (Price et al., 2008; van Dessel et al., 2015). Die vorliegende Studie untersucht die Machbarkeit und Akzeptanz eines neu entwickelten kognitiv-behavioralen Gruppentherapiekonzepts für Personen mit Post-/Long COVID-Syndrom.

Methoden

Das Behandlungsprogramm umfasst acht Sitzungen und beinhaltet psychoedukative sowie übende Interventionen zu häufigen psychobehavioralen Mechanismen chronischer Körperbeschwerden. Im Rahmen der neurologischen Post-/Long COVID-Rehabilitation wurde die Machbarkeit des Behandlungskonzepts mithilfe eines Eingruppen-Designs im naturalistischen Setting überprüft. Insgesamt wurden n = 63 Personen (Alter: M = 47.05, SD = 11.45; Geschlecht: n = 51 Frauen, n = 12 Männer) mit chronischen Körperbeschwerden nach einer SARS-CoV-2-Infektion eingeschlossen, die während des Akutstadiums ihrer COVID-19-Erkrankung nicht hospitalisiert sind und keine konkurrierenden neurologischen Erkrankungen aufwiesen. Hiervon erhielten n = 37 mindestens 75% (d.h. ≥6 Sitzungen) der Intervention. Nach jeder Sitzung wurden Stundenbeurteilungsbögen (Zoubek, 2013) ausgefüllt sowie psychometrische Fragebögen vor und nach der Intervention erhoben.

Ergebnisse

Das Behandlungsprogramm wurde sehr gut angenommen. Jede Sitzung wurde als nachvollziehbar bewertet und die allgemeine Zufriedenheit mit den Sitzungen war hoch. Die Teilnehmenden schätzten die Vermittlung kognitiv-behavioraler Strategien zur Symptombewältigung. Prä-Post-Effektstärken (der Standardrehabilitation inkl. neuem Behandlungsprogramm) zeigten eine signifikant reduzierte subjektive Erschöpfung (FSS: dz = 0.42) und Veränderung krankheitsbezogener Kognitionen i.S. einer funktionaleren Krankheitsverarbeitung (HEALTH-49: dz = 0.42; ICQ: dz = 0.36-0.63). Die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse im Rahmen der Gruppentherapie ist vergleichbar mit anderen Studien zur Evaluation gruppenpsychotherapeutischer Behandlungsprogramme.

Diskussion und Fazit

Die vorliegende Studie unterstützt die Machbarkeit und Akzeptanz des neu entwickelten kognitiv-behavioralen Gruppentherapiekonzepts für Personen mit Post-/Long COVID-Syndrom. Randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) sind notwendig, um die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Strategien für diese Personengruppe zu überprüfen. Das vorgestellte Behandlungsprogramm stellt hierfür eine geeignete Interventionsbedingung dar, die Studienergebnisse ermöglichen die fundierte Planung eines RCTs.

Take-Home-Message

Das kognitiv-behaviorale Gruppentherapiekonzept stellt eine umsetzbare und gut akzeptierte Maßnahme zur Unterstützung von Personen mit Post-/Long COVID-Syndrom dar.

Literatur

Koczulla, A. R., Ankermann, T., Behrends, U., Berlit, P., Böing, S., Brinkmann, F., Franke, C., Glöckl, R., Gogoll, C., Hummel, T., Kronsbein, J., Maibaum, T., Peters, E. M. J., Pfeifer, M., Platz, T., Pletz, M., Pongratz, G., Powitz, F., Rabe, K. F., . . . Zwick, R. H. (2021). S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID. Pneumologie, 75(11), 869–900.

Price, J. R., Mitchell, E., Tidy, E., & Hunot, V. (2008). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3).

Thompson, E. J., Williams, D. M., Walker, A. J., Mitchell, R. E., Niedzwiedz, C. L., Yang, T. C., ... & Steves, C. J. (2022). Long COVID burden and risk factors in 10 UK longitudinal studies and electronic health records. Nature communications, 13(1), 1-11.

van Dessel, N., Boeft, M. D., van der Wouden, J. C., Kleinstauber, M., Leone, S. S., Terluin, B., ... & van Marwijk, H. W. (2015). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults, a Cochrane systematic review. Journal of Psychosomatic Research, 78(6), 628-628.

Zoubek, K. (2013). Prozessevaluation einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Diabetes und Depression: Entwicklung und Validierung der Patienten- und Therapeuten- Gruppentherapiestundenbögen (GTS-P, GTS-T, GTS-TP) zur Vorhersage des Therapieerfolgs [Dissertation]. Johannes Gutenberg-Universität, Mainz.

Niederschwellige Interventionen bei der computergestützten Therapie in der Gruppe als Unterstützung von Leistungszuwachs und Therapiemotivation während einer neurologischen Rehabilitationsmaßnahme

Wolfgang Kringler

Reha-Zentrum Hess

Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitanden mit einer neurologischen Diagnose klagen häufig über Einschränkungen ihrer kognitiven Leistungen und nachfolgend über erhebliche Beeinträchtigungen bei der erwerbsbezogenen und sozialen Teilhabe. Eine typische therapeutische Intervention zur funktionellen Therapie stellt die computergestützte Therapie mittels spezieller Rehabilitationssoftware dar. Bisher wird diese Therapie in einer eins-zu-eins-Betreuung geleistet. In diesem Beitrag soll dargestellt werden, wie das Fachpersonal entlastet werden kann bei gleichbleibender Interventionsqualität für den Rehabilitanden.

Methoden

Die notwendigen Aufgabenstellungen werden nach einer Eingangsuntersuchung durch den behandelnden Neuropsychologen am Arbeitsplatz festgelegt. Die Geräte sind im Haus vernetzt und greifen auf eine gemeinsame Datenbank zu. In einem anderen Raum mit 5 PCs können die Patienten nach individuellem Login auf die entsprechend auf die jeweilige persönliche Situation abgestimmten Aufgaben zugreifen und diese unter Betreuung abarbeiten. Die Betreuung an den Therapie-Computern wird durch eine eingewiesene und

geschulte Hilfskraft geleistet. Bei Bedarf ist eine zeitnahe Rücksprache mit der Fachkraft möglich.

Bei dem vorliegenden Projekt wurden im Vergleich zur Standardtherapie (Kontrollgruppe) bei der Interventionsgruppe eine niederschwellige Intervention durch Information vor der PC-Therapie und eine kurze Reflektion im Anschluss an die PC-Therapie (jeweils ca. 3-5 Minuten) durchgeführt.

Ergebnisse

Bei vergleichbaren funktionellen Ergebnissen zeigen die beiden Interventionsgruppen einen deutlichen Zuwachs bei der Compliance, der Therapiemotivation und der Identifikation mit der Rehabilitationsmaßnahme. Die Akzeptanz der computergestützten Therapie unter Betreuung einer Hilfskraft ist hoch. Es gab bei den Patienten keine Bedenken in Bezug auf die Durchführungs- und Ergebnisqualität der Therapie.

Diskussion und Fazit

Die computergestützte standardisierte funktionelle kognitive Therapie bei neurologischen Patienten kann ohne Qualitätseinbußen an eingewiesene und geschulte Hilfskräfte delegiert werden. Bei Bedarf ist eine zeitnahe Rücksprache mit der Fachkraft möglich. Die Auswahl und das Leistungsniveau werden vorab durch den behandelnden Neuropsychologen festgelegt. Dieser hat durch die Delegation der PC-Therapie mehr Zeit für die individuelle Therapie mit dem Rehabilitanden. Die begrenzten institutionellen Ressourcen werden dadurch besser genutzt.

Durch die niederschwellige vorherige Information der Patienten bzw. die anschließende Reflektion nach der computergestützten Therapie entsteht ein Mehrwert durch die Identifikation des Rehabilitanden mit seiner Rehabilitationsmaßnahme. Die technische Umsetzung erfordert lediglich einen kurzen Zeitraum, einen geringen Schulungsaufwand für die Hilfskraft sowie einen überschaubaren Aufwand für die Abstimmung der notwendigen Prozeduren in der neuropsychologischen Fachabteilung.

Take-Home-Message

Die computergestützte standardisierte funktionelle kognitive Therapie bei neurologischen Patienten kann ohne Qualitätseinbuße an eingewiesene und geschulte Hilfskräfte delegiert werden.

Literatur

Bethge, M. (2017). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Die Rehabilitation, 56 (1), 14–21.

Eidenmüller, A.; Kallus, K.W.; Fröhlich, H.; Bieber, K.; Poimann, H. (2006). Evaluation eines ambulanten neuropsychologischen Aufmerksamkeitstrainings. Zeitschrift für Neuropsychologie, 12 (1), 160-172.

Fernandez E.; Bergado Rosado, J.A.; Perez, D.R.; Salazar, S.S.; Torres, A.M.; Bringas, M.L. (2017). Effectiveness of a computer-based training program of attention and memory in patients with acquired brain damage. Behavioral Sciences, 8 (1), 2-12.

Sturm, W., M. Herrmann und T. Münte (2009). Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Yoo, C.; Yong, M.H.; Chung, J.; Yang, Y. (2015). Effect of computerized cognitive rehabilitation program on cognitive function and activities of living in stroke patients. Journal of Physical Therapy Science, 27 (8), 2487-2489.

Vergleich von PROMIS-10 und VR-12 zur Ergebnisqualitätsmessung in der neurologischen Rehabilitation – Ergebnisse aus einem Pilotprojekt

Volker Beierlein[1]; Ralf Bürgy[2]; Torsten Kirsch[3]; Johannes Kneißl[4]; Matthias Köhler[3]; Annabelle Neudam[5]; Holger Schulz[1]

[1] Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; [2] MediClin GmbH & Co.KG;
[3] VAMED Gesundheit Holding Deutschland GmbH ; [4] Medical Park SE Amerang;
[5] 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH

Hintergrund und Zielstellung

In mehreren Pilotstudien konnten wir die Möglichkeiten aufzeigen, das Outcome als Indikator der Ergebnisqualität einer Rehabilitationsbehandlung durch prä-post-Erhebungen mittels Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu erfassen. In der neurologischen Rehabilitation wurde eine weitere Pilotstudie durchgeführt, um das Outcome in einer 3- Monatskatamnese zu messen. Eingesetzt wurden die 10-Item PROMIS Scale v1.2 – Global Health (PROMIS-10; Hays et al., 2009) und das Veterans RAND 12 Item Health Survey (VR- 12; Kazis et al., 2004) und als Maße der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit auf ihre Eignung verglichen. Beide Instrumente messen die physische und die psychische Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf einer bevölkerungsnormierten T- Wertskala (M = 50; SD = 10).

Methoden

Erste Analysen liegen aus fünf Rehabilitationseinrichtungen für Patient:innen mit Schlaganfall (ICD-10 I60-I64) in der Anschlussheilbehandlung für Phase D zur Aufnahme in die Rehabilitation und 3 Monate nach Aufnahme vor (N = 477).

Die konzeptionelle Kongruenz der Instrumente wird durch Korrelationen (Pearson's r) der physischen und psychischen Dimension zu den beiden Messzeitpunkten berichtet. Die Höhe der erreichten Effektstärken (Cohen's dz für verbundene Stichproben) beider Instrumente werden verglichen, um Hinweise auf die Veränderungssensitivität zu erhalten. Berechnungen erfolgen jeweils für die gesamte Stichprobe sowie für die einzelnen Einrichtungen getrennt.

Ergebnisse

Die Patient:innen der Gesamtstichprobe aus den fünf Reha-Einrichtungen (n = 42 bis n = 179) sind zu 40.9 % weiblich und im Mittel 63.3 Jahre alt. Die physischen Dimensionen von PROMIS-10 und VR-12 korrelieren zu Beginn der Rehabilitation mit r = 0.72 (in den Kliniken: 0.58 ≤ r ≤ 0.78) und zum Katamnesezeitpunkt mit r = 0.79 (Kliniken: 0.66 ≤ r ≤ 0.85). In der psychischen Dimension betragen die Korrelationen zum Aufnahmezeitpunkt r = 0.75 (Kliniken: 0.58 ≤ r ≤ 0.79) und zum Katamnesezeitpunkt r = 0.77 (Kliniken: 0.73 ≤ r ≤. 0.81).

Für die physische Dimension ergeben sich im VR-12 Effektstärken zwischen Aufnahme (M = 38.4) und Katamnese (M = 40.7) in der Gesamtstichprobe von dz = 0.27 und in den

Kliniken zwischen dz = 0.18 und dz = 0.33, im PROMIS-10 (Aufnahme: M = 42.4; Katamnese: M = 43.0) in der Gesamtstichprobe dz = 0.08 und in den Kliniken zwischen dz = -0.28 und dz = 0.32. In der psychischen Dimension betragen die Effektstärken für den VR-12 (Aufnahme: M = 43.2; Katamnese: M = 44.2) dz = 0.08 in der Gesamtstichprobe (Kliniken: -0.23 ≤ dz ≤ 0.20), und für den PROMIS-10 (Aufnahme: M = 43.5; Katamnese: M = 44.2) dz = .10 (Kliniken: -0.23 ≤ dz ≤ 0.36).

Diskussion und Fazit

Die hohen Korrelationen zwischen PROMIS-10 und VR-12 in der physischen und der psychischen Dimension zu beiden Messzeitpunkten deuten darauf hin, dass beide Instrumente in einem hohen Maße vergleichbare Konzepte messen.

Beim Vergleich der Effektstärken mit den Ergebnissen in anderen Indikationen zeigt sich, dass sie in den zwei gemessenen Dimensionen insgesamt gering ausfallen. Da in der Regel katamnestische Ergebnisse niedriger als Prä-Post-Vergleiche ausfallen, könnte es jedoch denkbar sein, dass zum Entlassungszeitpunkt höhere Veränderungen erzielt worden sind. Im direkten Vergleich zwischen PROMIS-10 und VR-12 schneidet der VR-12 hier hinsichtlich der Veränderungssensitivität etwas besser ab.

Die insgesamt niedrigen Effektstärken der Veränderungen der subjektiven Gesundheit können auch damit zusammenhängen, dass Patient:innen mit Schlaganfall im Vergleich zu anderen Patient:innengruppen eine deutlich verlängerte Zeit der Rekonvaleszenz benötigen. Andererseits sind auch die verhältnismäßig hohen Werte im PROMIS-10 und VR-12 zum Rehabilitationsbeginn bemerkenswert, die so dass möglicherweise für Phase-D-Patient:innen Deckeneffekte eine Veränderungsmessung erschweren. Es bleibt zu untersuchen, ob dies auf Selektionseffekte zurückgehen könnte.

Für zukünftige Messungen der Ergebnisqualität wird empfohlen, eine zusätzliche Post-Messung zum Entlassungszeitpunkt durchzuführen, das Katamneseintervall zu verlängern, und mögliche Selektionseffekte bestmöglich zu kontrollieren.

Take-Home-Message

Die Messung der Ergebnisqualität in der neurologischen Reha mit PROMs ist wichtig, aber herausfordernd. Optimale Messzeitpunkte müssen gefunden und potentielle Selektionseffekte berücksichtigt werden.

Literatur

Hays, R. D., Bjorner, J. B., Revicki, D. A., Spritzer, K. L. & Cella, D. (2009): Development of physical and mental health summary scores from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) global items. Quality of Life Research, 18(7), 873–880.

Kazis, L. E., Miller, D. R., Skinner, K. M., Lee, A., Ren, X. S., Clark, J. A., Rogers, W. H., Spiro, A., 3rd, Selim, A., Linzer, M., Payne, S. M., Mansell, D. & Fincke, R. G. (2004): Patient-reported measures of health: The Veterans Health Study. J Ambul Care Manage, 27(1), 70-83.

Auswirkungen einer multimodalen Bewegungsintervention (MultiMove) in der Anschlussheilbehandlung von chronischen lumbalen Rückenschmerzen - Eine Pilotstudie

Toan Nguyen[1]; Martin Behrens[1]; Kerstin Rohkohl[2]; Ivonne Rudolph[2]; Katharina Meiler[3]; Jörg Franke[3]; Lutz Schega[1]

[1] Otto-von-Guericke Universität Magdeburg; [2] Waldburg-Zeil-Kliniken Rehabilitationsklinik Bad Salzelmen; [3] Klinikum Magdeburg g GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Laut der American Physical Therapy Association gibt es eine hohe Evidenz für die Wirksamkeit multimodaler Bewegungsinterventionen in der Rehabilitation von chronischen lumbalen Rückenschmerzen (chronic low back pain, CLBP) (George et al., 2021). Deshalb wurde eine multimodale Bewegungsintervention (MultiMove) für CLBP Patienten/innen entwickelt, die unter anderem Übungsformen einbindet, die sich im Hinblick auf die Schmerzreduktion als zielführend erwiesen haben. MultiMove kombiniert ein dynamisches Gleichgewichtstraining, das ausgewählte Tanzübungen beinhaltet, mit motorisch-kognitiven Übungen sowie einen klassischen Kraft- und Flexibilitätstraining (Schega et al., 2021). Das Ziel dieser Pilotstudie war es, die Auswirkungen einer additiven MultiMove-Intervention in die stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) im Vergleich zur traditionellen AHB-Rehabilitation bei CLPB-Patienten/innen zu untersuchen. Es wurde hypothetisiert, dass die Anwendung der additiven MultiMove-Intervention, im Vergleich zur konventionellen AHB, bessere Ergebnisse in Bezug auf die Schmerzintensität, funktionelle Mobilität, Beweglichkeit, Muskelkraft, Ausdauer, Gangleistung, exekutive Funktionen, Schmerzbewältigungsstrategien, psychosoziale Aspekte und die Lebensqualität induziert.

Methoden

Diese prospektive, zweiarmige, kontrollierte Pilotstudie wurde von Mai bis Juni 2022 in der Rehabilitationsklinik Bad Salzelmen (Schönebeck, Sachsen-Anhalt) durchgeführt. Am Tag der Klinikaufnahme wurden 27 CLBP-Patienten/innen zwei Gruppen zugeteilt: Interventionsgruppe (IG), Kontrollgruppe (KG) (Abbildung 1). Beide Gruppen erhielten über drei Wochen das konventionelle AHB-Rehabilitationsprogramm. Die IG absolvierte zusätzlich eine tägliche MultiMove-Intervention (30 min, mindestens 9 Einheiten), die motorisch-kognitive (z. B. Subtraktion während Balljonglage) und ausgewählte Tanzübungen (z. B. Mambo, Line-Dance) beinhaltete. Die Patienten/innen wurden am Tag ihrer Ankunft (Prä-Test) und am letzten Tag der Rehabilitation (Post-Test) untersucht. Es wurden folgende Assessments durchgeführt: (1) Funktionelle Mobilität (Timed Up and Go Test [TUG]: primäres Outcome, (2) Schmerzintensität (Deutscher Schmerzfragebogen), (3) Rumpfbeweglichkeit (mobee® med), (4) Muskelkraft der Beinstrecker (Five Repetition Sit-to-Stand Test), (5) Ausdauer (Six-Minute Walk Test), (6) Gangleistung (Single- und Dual-Task Gehen) (ST, DT), (7) exekutive Funktionen (Stroop Farb-Wort-Interferenztest, Trail Making Test), (8)

Schmerzbewältigungsstrategien (Coping Strategies Questionnaire), (9) psychosoziale Aspekte (Tampa Scale of Kinesiophobia, Beck Depression Inventory II), (10) Lebensqualität (Oswestry Disability Index, EuroQol 5Q-5D-5L). Die Auswertung der Daten erfolgte mittels Kovarianzanalyse mit Baseline-Adjustierung.

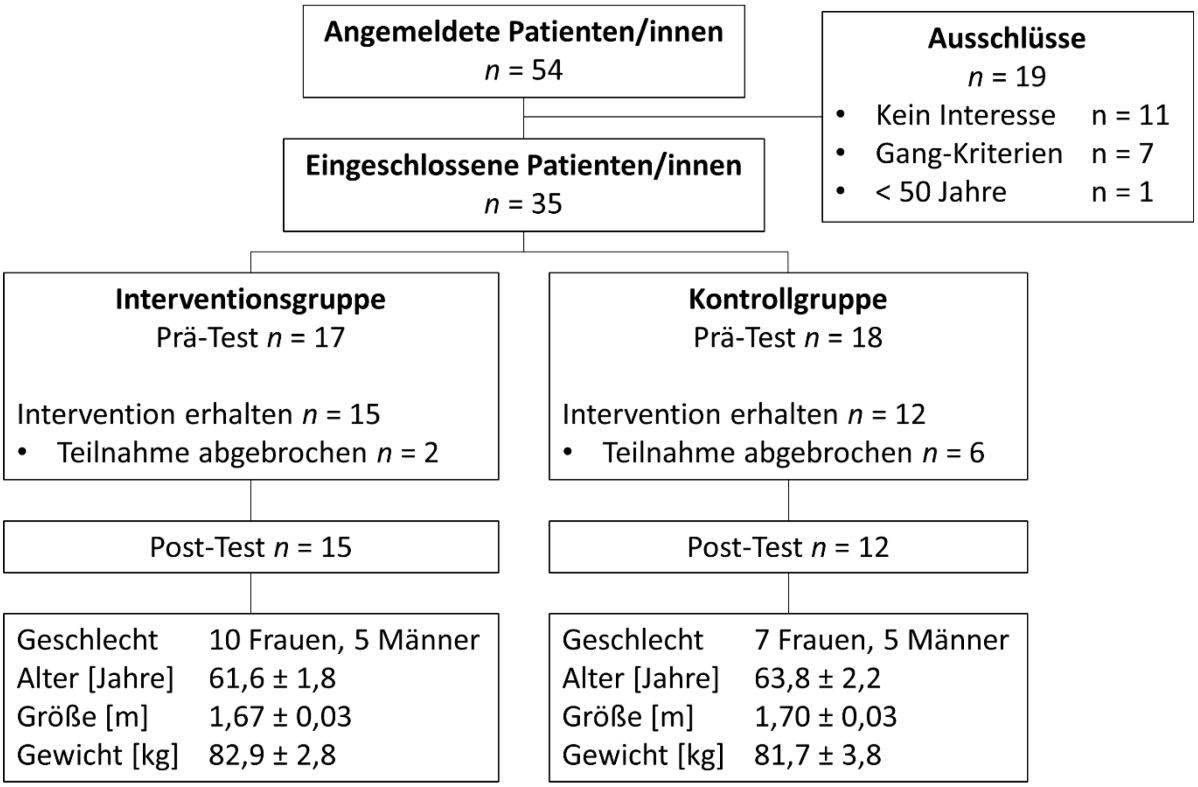


Abb. 1: Rekrutierungsprozess und Patient*innenverteilung

Ergebnisse

Insgesamt absolvierten 15 Patienten/innen der IG und 12 der KG den Post-Test. Die statistische Analyse zeigte eine signifikant bessere TUG-Leistung (p=0,003, η_p^2=0,298), Rumpfbeweglichkeit (Sagittalebene: p=0,031, η_p^2=0,173; Frontalebene: p=0,017, η_p^2=0,207; Transversalebene: p=0,030, η_p^2=0,175), Muskelkraft der Beinstrecker (p=0,046, η_p^2=0,156) und Ausdauer (p=0,012, η_p^2=0,226) zugunsten der IG (Abbildung 2). Zudem verringerte sich der akute Schmerz (p=0,040, η_p^2=0,170) bei der IG im Vergleich zu KG signifikant. Die Doppelschrittlänge (ST: p=0,042, η_p^2=0,167; DT: p=0,011, η_p^2=0,257), Ganggeschwindigkeit (ST: p=0,022, η_p^2=0,207; DT: p=0,038, η_p^2=0,181) und kognitive Leistung (ST: p=0,016, η_p^2=0,211; DT: p=0,004, η_p^2=0,317) nahmen bei der IG ebenfalls signifikant zu. Außerdem reduzierte sich die Schmerzbewältigung (Subskala "Beten oder hoffen") (p=0,006, η_p^2=0,334) und es verbesserte sich die Lebensqualität (Subskala "Für sich selbst sorgen") (p=0,015, η_p^2=0,240) in der IG im Vergleich zur KG.

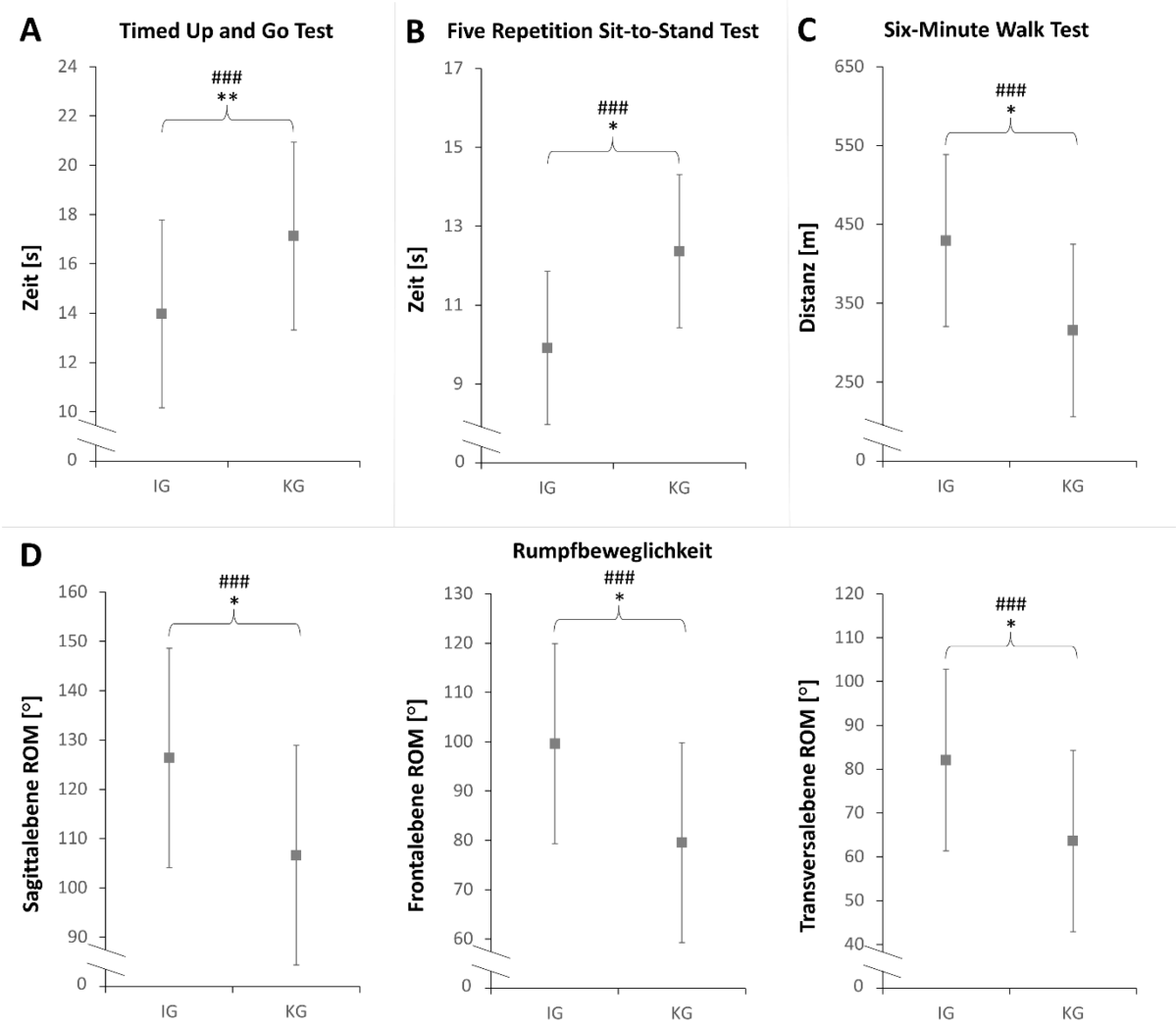


Abb. 2: Ergebnisse für den (A) Timed Up and Go Test, (B) Five Repetition Sit-to-Stand Test, (C) Six-Minute Walk Test und (D) die Rumpfbeweglichkeit. IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe; ROM: Bewegungsreichweite (range of motion); *: ,01 ≤ p ≤ ,05; **: ,001 ≤ p ≤ ,01; ###; 0,14 ≤ η_p^2.

Diskussion und Fazit

Die additive MultiMove-Intervention zeigte positive Effekte auf die akute Schmerzintensität, die motorische Leistungsfähigkeit, das Gangbild sowie Aspekte der Schmerzbewältigung und Lebensqualität bei CLBP Patienten/innen. George et al. (2021) berichten in einem aktuellen Review, dass bisherige multimodale Bewegungsinterventionen mittels der Kombination von spezifischen Rumpfmuskelübungen und einem klassischen Kraft- und/oder Ausdauertraining jeweils keine signifikanten Verbesserungen im Vergleich zur Standard-Physiotherapie erzielen konnten. Demnach könnte die MultiMove-Intervention, die u. a. motorisch-kognitive Übungen mit ausgewählten Tanzübungen kombiniert, ein vielversprechender Ansatz für die Rehabilitation von CLBP Patienten/innen sein.

Take-Home-Message

Das neu konzipierte und für die stationäre Phase angepasste multimodale Rehabilitationstraining (MultiMove) für Patienten/innen mit CLBP kombiniert motorisch-kognitive Übungen und ausgewählte Tanzübungen.

Die additiv zum traditionellen AHB-Rehabilitationsprogramm durchgeführte MultiMove-Intervention (30 min pro Einheit) bewirkte eine signifikante Verbesserung der funktionellen

Mobilität, Gangleistung, Rumpfbeweglichkeit, Kraft der Beinstrecker und der Ausdauer sowie eine Reduktion der akuten Schmerzintensität.

Die MultiMove-Intervention ist u. a. auf die funktionelle Aktivierung der autochthonen Rückenmuskulatur bei CLBP Patienten/innen ausgerichtet.

Literatur

George, S. Z., Fritz, J. M., Silfies, S. P., Schneider, M. J., Beneciuk, J. M., Lentz, T. A., Gilliam, J. R., Hendren, S., Norman, K. S. (2021): Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021. The Journal of orthopaedic and sports physical therapy, 11. CPG1-CPG60.

Schega, L., Kaps, B., Broscheid, K.-C., Bielitzki, R., Behrens, M., Meiler, K., Drange, S., Franke, J. (2021): Effects of a multimodal exercise intervention on physical and cognitive functions in patients with chronic low back pain (MultiMove): study protocol for a randomized controlled trial. BMC geriatrics, 1. 151.

Förderung: Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)

Health literacy bei Rehabilitand:innen in der verhaltensmedizinisch-orientierten orthopädischen Rehabilitation (VOR)

Karin Meng[1]; Claudia Isele[2]; Christof von Neukirch[2]; Gabriele Sohr[3]; Dieter Benninghoven[4]; Verena Heß[1]

[1] Julius-Maximilians-Universität Würzburg; [2] Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co KG, Argentalklinik; [3] Reha-Zentrum Bad Pyrmont, Klinik Weser;
[4] Mühlenbergklinik - Holsteinische Schweiz

Hintergrund und Zielstellung

Health literacy (HL) umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern (Sørensen et al., 2012). Eingeschränkte HL ist mit geringerer psychosozialer Gesundheit assoziiert. Die Datenlage im Rehasetting ist bisher begrenzt. Onkologischen Rehabilitand:innen berichten bespielsweise zum Rehabilitationsende Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und deren HL ist ein Prädiktor für psychosoziale und körperliche Reha-Outcomes bis zu 9 Monate nach der Reha (Meng et al., 2021). Zur Veränderung der HL während der Rehabilitation und deren prognostischer Bedeutung liegen noch keine Daten vor.

Folgende explorative Fragestellungen wurden in einer Sekundärdatenanalyse bei Rehabilitand:innen in der VOR geprüft:

- (F1) Welche HL liegt bei Rehabilitand:innen zu VOR-Beginn vor?

- (F2) Verändert sich die HL der Rehabilitand:innen im Rehabilitationsverlauf?
- (F2) Welche Zusammenhänge weist HL mit den Reha-Zielparametern - psychische Belastung, Schmerzverarbeitung und -beeinträchtigung, gesundheitsbezogene Lebensqualität - bis zu 6 Monate nach der Rehabilitation auf?

Methoden

Multizentrische Fragebogenstudie in der VOR mit 3 Messzeitpunkten: Reha-Beginn (T1), Reha-Ende (T2) und 6-Monats Follow-up (T3). Eingeschlossen wurden 166 Rehabilitand:innen mit orthopädischer VOR-Indikation; im Verlauf sind Daten von 95% (T2) bzw. 74% (T3) verfügbar.

HL wurde mit der 6-Item-Kurzform des European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q6) erfasst. Ein HL-Gesamtwert mit positiver Polung wird über den Mittelwert der Items gebildet (Range: 1-4). Mittels Cut-off-Werten kann eine Einteilung als inadäquat, problematisch oder ausreichend erfolgen. Instrumente für die Reha-Zielparameter waren: PHQ-9, GAD-7, FEVS, CPAQ, NRS, PDI, SF-12.

Zur Analyse erfolgten eine deskriptive Auswertung (F1), ANOVA mit Messwiederholung, paarweisen Vergleichen und Effektgrößen mit 95%-Konfidenzintervallen (F2) sowie eine Zusammenhangsanalyse mit Korrelations-/Regressionsanalysen im Quer- und Längsschnitt mit residualisierten Veränderungswerten (F3).

In der Stichprobe sind 84% Frauen, das Durchschnittsalter ist 53 Jahre (SD=7.0). 16% haben einen Volks-/Hauptschulabschluss, 45% Realschulabschluss/Mittlere Reife/polytechnische Oberschule und 38% Fachhochschulreife/Abitur. Der überwiegende Teil (84%) sind Angestellte; 94% sind erwerbstätig. Die Dauer der Rückenschmerzen wird von 61% seit mehr als 5 Jahren angegeben.

Ergebnisse

F1: Die abgefragten HL-Anforderung werden von 23.6% bis 60.6% der Rehabilitand:innen als ziemlich oder sehr schwierig eingestuft (Abbildung 1). Der durchschnittliche HL-Gesamtwert ist 2.58 (SD=0.48). Nach den Cut-off-Werten wird die HL von 13.9% wird als inadäquat, 66.1% als problematisch und 20.0% als ausreichend eingestuft. HL weist keine bedeutsamen Zusammenhänge mit soziodemografischen Parametern auf.

F2: Die HL der Rehabilitand:innen nimmt im VOR-Verlauf signifikant zu ($p < .001$). Die paarweisen Vergleiche zeigen jeweils eine Verbesserung zwischen Reha-Beginn und den Post-Messzeitpunkten, aber keine Veränderung zwischen Reha-Ende und dem 6-Monats Follow-up (T1-T2: SES=0.41, KI=0.25-0.56; T1-T3: SES=0.42, KI=0.24-0.59; T2-T3: SES=0.01, KI=-0.14-0.16).

F3. Zu VOR-Beginn bestehen signifikante Korrelationen ($p < .05$) von HL und dem psychischen Befinden sowie der Schmerzverarbeitung/-beeinträchtigung; keine Zusammenhänge bestehen mit der Schmerzstärke und der körperlichen Lebensqualität. Höhere HL ist mit geringerer psychischer Belastung (Depressivität: r=-.26; Ängstlichkeit: r=- .32), höherer psychischer Lebensqualität (r=.32), geringerer Schmerzbeeinträchtigung (r=- .23) und teilweise mit günstigeren Schmerzbewältigungsstrategien (u.a. Aktivitätsbereitschaft: r=.24; Handlungsplanungskompetenz r=.24) assoziiert.

Auch im Längsschnitt (T1-T3) zeigen sich einige signifikante Zusammenhänge; eine Verbesserung der HL ist mit einer Verbesserung in den Reha-Outcomes assoziiert. Dies gilt für die Veränderung zu T3 auch für die Schmerzstärke (β=.22) und die körperliche Lebensqualität (β=.20).

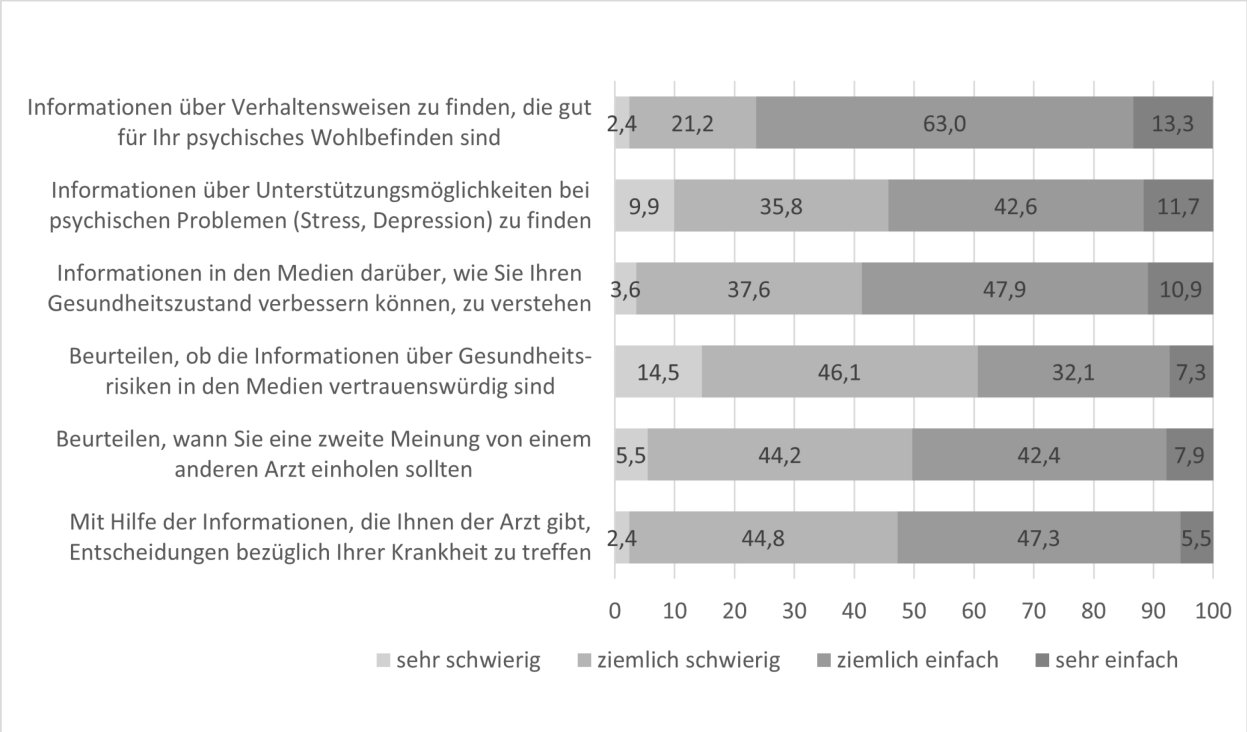


Abb. 1: Ergebnisse des HLS-EU-Q6 zu Beginn der VOR (%, n = 166)

Diskussion und Fazit

Ein hoher Anteil von Rehabilitand:innen hat subjektive Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheits-/Krankheitsinformationen. Im VOR-Verlauf kommt es zu einer signifikanten, mittleren Verbesserung der HL, die bis 6 Monate nach der VOR stabil bleibt und mit Verbesserungen in Reha-Zielparametern einhergeht. Die Ergebnisse stützen bestehende Befunde zur Relevanz von patientenorientierter Informationsvermittlung und Schulung zu krankheitsspezifischen Selbstmanagementfertigkeiten sowie Kompetenzen im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Spezielle Bedarfe und der Einfluss auf den VOR-Erfolg wären weiter zu prüfen (Köpnick et al., 2020).

Weitere Studien sollten die Relevanz der HL mit umfassenderen Messinstrumenten und größeren Stichproben, die Subgruppenvergleiche ermöglichen, untersuchen.

Take-Home-Message

HL sollte in der Rehabilitation beachtet und gefördert werden.

Literatur

Köpnick, A., Hampel, P. (2020): Der Einfluss der sozialen Lage auf den Rehabilitationserfolg von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz: Ergebnisse einer 2-Jahres-follow-up-Erhebung in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation. Rehabilitation, 59. 348-356.

Meng, K., Heß, V., Schulte, T., Faller, H., Schuler, M. (2021): Health literacy bei onkologischen Rehabilitanden und deren Relevanz für den subjektiven Rehabilitationsverlauf. Rehabilitation, 60. 102-109.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12. 80.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Schweregrad und psychosoziale Kennwerte bei unspezifischen chronischen Rückenschmerzen: Eine Querschnittsanalyse in der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation

Anna Maria Hüwel; Petra Hampel

Europa-Universität Flensburg

Hintergrund und Zielstellung

Unspezifische chronische Schmerzen können anhand des Chronifizierungsstadiums und des Schweregrades beschrieben werden. Hierbei bezieht sich die Schweregradeinteilung nach von Korff et al. (1992; vgl. auch Nagel et al., 2015) auf das Ausmaß der aktuellen Schmerzintensität und der auf den Rückenschmerz bezogenen Beeinträchtigung von Alltagsaktivitäten. Diese Klassifikation unterscheidet vier Schweregrade (I = geringe Behinderung, niedrige Intensität; II = geringe Behinderung, hohe Intensität; III = hohe Behinderung, mäßig einschränkend; IV = hohe Behinderung, stark einschränkend) und hat sich eher im internationalen Bereich etabliert. Vor allem Grad IV stand im Zusammenhang mit psychosomatischen Komorbiditäten und einem ungünstigeren Rehabilitationserfolg (Buchner et al., 2007).

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der Kriteriumsvalidität der Schweregradklassifikation nach von Korff et al. (1992) bei Rehabilitand*innen mit unspezifischen chronischen Rückenschmerzen (CRS) in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation (VMO). So wurden Unterschiede zu Rehabilitationsbeginn in psychologischen sowie arbeits- und schmerzbezogenen Kennwerten in Abhängigkeit vom Schweregrad untersucht (Fragestellung 1). Ferner wurde überprüft, ob sich die Häufigkeitsverteilungen klinisch auffälliger Ausprägungen in den Parametern in Abhängigkeit vom Schweregrad unterscheiden (Fragestellung 2).

Methoden

Im Rahmen einer Sekundäranalyse des Datensatzes des Forschungsprojekts Debora (vgl. Hampel & Neumann, 2022) konnten N=1010 Rehabilitand*innen aus 4 stationären VMO-Kliniken in per-protocol-(pp)-Analysen eingeschlossen werden (Frauen: 78,0%; Alter: MW=52,17 Jahre, SD=7,20; Ausschluss aufgrund fehlender Werte: n=296). Insgesamt waren 17,1% in Grad I, 12,9% in Grad II, 31,2% in Grad III und 38,8% in Grad IV. Zudem waren

52,2% in der Depressivität (RW>22) und 47,1% in der subjektiven Erwerbsprognose (RW≥2) klinisch auffällig.

Als psychologische Kennwerte wurden die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit und die Depressivität gemessen. Als schmerzbezogene Kennwerte gingen die Funktionskapazität und die durchschnittliche Schmerzintensität ein. Als arbeitsbezogene Kennwerte wurden die subjektive Erwerbsprognose sowie die physische und psychische Arbeitsfähigkeit erhoben.

Für die Schweregradeinteilung wurden übereinstimmend mit Nagel et al. (2015) die Beeinträchtigungen in Bezug auf die letzten 3 Monate bestimmt. Fragestellung 1 wurde anhand einfaktorieller Varianzanalysen mit der 4-fach abgestuften unabhängigen Variable „Schweregrad“ mit angeschlossenen paarweisen Vergleichen überprüft und anhand non-parametrischer Verfahren verifiziert. Fragestellung 2 wurde für die psychologischen und arbeitsbezogenen Kennwerte mittels chi2-Tests in Abhängigkeit des Schwergrades untersucht, nachdem die Ausprägungen anhand von cut-off-Werten dichotomisiert wurden.

Ergebnisse

Fragestellung 1: Alle Varianz- und Rangvarianzanalysen ergaben hochsignifikante Ergebnisse mit meist hohen Effektstärken (Tabelle 1). Lediglich für die psychische Arbeitsfähigkeit erbrachte die Rangvarianzanalyse nur eine kleine Effektstärke. Die paarweisen Vergleiche zeigten, dass die psychische Arbeitsfähigkeit und subjektive Erwerbs-prognose in den Schmerzgraden I und II nicht unterschiedlich waren. Die Depressivität, psychische Arbeitsfähigkeit und Funktionskapazität unterschieden sich nicht in den Graden II und III. Insgesamt zeigten sich erwartungsgemäß ungünstigere Ausprägungen in den Graden III und IV.

Tab. 1: Zusammenstellung der parametrischen und non-parametrischen Ergebnisse für die Kennwerte in Abhängigkeit vom Schmerzgrad (I-IV) nach DSF (Nagel et al., 2015).

Kennwerte	**Abhängige Variablen**	**Varianzanalyse (ANOVA)**	**Rangvarianzanalyse (Kruskal-Wallis-Test)**
Psychologische	Schmerzspezifische Selbstwirksamkeit (FESS)	$F_{(3,1006)} = 120.41$, $p < .001$, $\eta^2 = .264$	$H_{(3)} = 266.98$, $p < .001$, $\omega = .514$
	Depressivität (ADS)	$F_{(3,1006)} = 50.91$, $p < .001$, $\eta^2 = .132$	$H_{(3)} = 130.62$, $p < .001$, $\omega = .359$
Arbeitsbezogene	Körperliche Arbeitsfähigkeit (Physical WAI)	$F_{(3,993)} = 125.59$, $p < .001$, $\eta^2 = .275$	$H_{(3)} = 277.40$, $p < .001$, $\omega = .527$
	Psychische Arbeitsfähigkeit (Mental WAI)	$F_{(3,993)} = 28.32$, $p < .001$, $\eta^2 = .080$	$H_{(3)} = 76.92$, $p < .001$, $\omega = .277$
	Subjektive Erwerbsprognose (SPE)	$F_{(3,921)} = 48.29$, $p < .001$, $\eta^2 = .136$	$H_{(3)} = 126.25$, $p < .001$, $\omega = .370$
Schmerz bezogene	Funktionskapazität (FFbH-R)	$F_{(3,1006)} = 109.24$, $p < .001$, $\eta^2 = .246$	$H_{(3)} = 252.66$, $p < .001$, $\omega = .500$

Kennwerte	Abhängige Variablen	Varianzanalyse (ANOVA)	Rangvarianzanalyse (Kruskal-Wallis-Test)
	Durchschnittliche Schmerzintensität (DSF)	$F_{(3,1006)} = 157.19$, $p < .001$, $\eta^2 = .319$	$H_{(3)} = 328.30$, $p < .001$, $\omega = .570$

Anmerkungen: DSF = Deutscher Schmerz-Fragebogen. FESS = Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit. ADS = Allgemeine Depressionsskala. WAI = work ability index. SPE = self-reported prognosis of employability. FFbH-R = Funktionsfragebogen Hannover. p = statistische Signifikanz. η^2 = Effektstärke. ω = Effektstärke.

Fragestellung 2: Die chi2-Tests bestätigten mehrheitlich die Ergebnisse zur Fragestellung 1 (Tabelle 2). Insgesamt waren mehr klinisch auffällige Ausprägungen als erwartet in den beiden höheren Schmerzgraden.

Tab. 2: Häufigkeitsausprägungen in den psychischen und arbeitsbezogenen Kennwerten in Abhängigkeit vom Schmerzgrad (I-IV) nach DSF (Nagel et al., 2015).

Kennwerte	Abhängige Variablen	Vergleiche zwischen den Schmerzgradgruppen (I-IV)					
		I vs. II	I vs. III	I vs. IV	II vs. III	II vs. IV	III vs. IV
Psychologische	Schmerzspezifische Selbstwirksamkeit (FESS; $\chi^2_{(3)} = 112.13$, $p < 0.001$, $\omega = .333$)	ns	√	√	√	√	√
	Depressivität (ADS; $\chi^2_{(3)} = 96.17$, $p < 0.001$, $\omega = .310$)	√	√	√	ns	√	√
Arbeitsbezogene	Physische Arbeitsfähigkeit (Phys. WAI; $\chi^2_{(3)} = 131.70$, $p < 0.001$, $\omega = .361$)	ns	√	√	√	√	√
	Psychische Arbeitsfähigkeit (Mental WAI; $\chi^2_{(3)} = 58.40$, $p < 0.001$, $\omega = .241$)	ns	ns	√	ns	√	√
	Subjektive Erwerbsprognose (SPE; $\chi^2_{(3)} = 100.81$, $p < 0.001$, $\omega = .330$)	ns	√	√	√	√	√

Anmerkungen: DSF = Deutscher Schmerz-Fragebogen. FESS = Fragebogen zur Erfassung schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit. ADS = Allgemeine Depressionsskala. Phys. WAI= physical work ability index. SPE= self-reported prognosis of employability. p = statistische Signifikanz. ω = Effektstärke. ns = nicht signifikant. √ = p‘s <.05.

Diskussion und Fazit

Die Kriteriumsvalidität der Schweregradklassifikation wurde untermauert: Erwartungsgemäß differenzierten die schmerzbezogenen Kennwerte in erwarteter Richtung zwischen den Schweregraden. Darüber hinaus variierten aber auch die psychologischen und arbeitsbezogenen Kennwerte in Abhängigkeit des Schweregrades, was sich in einer Stichprobe mit geringeren Graden nicht gezeigt hatte (Buchner et al., 2007). Lediglich die psychische Arbeitsfähigkeit differenzierte mit kleinen Effektstärken. Die klinische Relevanz der Schweregradklassifikation wird dadurch nahegelegt, dass in den niedrigeren Graden mehr klinisch unauffällige Rehabilitand*innen und in den höheren Graden mehr klinisch auffällige

Rehabilitand*innen klassifiziert wurden. Die geringere Abtrennung der Grade I und II könnte auf die klinische Stichprobe zurückzuführen sein, trat jedoch auch insbesondere in den arbeitsbezogenen Kennwerten auf. Zukünftige Studien sollten der Frage nachgehen, ob eine mäßige (subjektive) Einschränkung trotz hoher Behinderung (Grad III) ungünstige Effekte auf das psychische Befinden und die Funktionskapazität noch abpuffert.

Take-Home-Message

Die Kriteriumsvalidität der Schweregradklassifikation nach von Korff et al. (1992, modifiziert nach Nagel et al., 2015) konnte auf eine Stichprobe in der VMO und auf psychologische Kennwerte wie die schmerzbezogene Selbstwirksamkeit und Depressivität aber auch arbeitsbezogene Kennwerte wie die körperliche Arbeitsfähigkeit und subjektive Erwerbsprognose erweitert werden.

Literatur

Buchner, M., Neubauer, E., Zahlten-Hinguranage, A., Schiltenwolf, M. (2007): The influence of the grade of chronicity on the outcome of multidisciplinary therapy for chronic low back pain. Spine, 26. 3060-3066.

Hampel, P., Neumann, A. (2022): Debora: Langfristige Wirksamkeit eines stationären störungsspezifischen Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings bei chronisch unspezifischem Rückenschmerz und Depressivität. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie.

Nagel, B., Pfingsten, M., Lindena, G., Kohlmann, T. (2015): Deutscher Schmerz-Fragebogen. Handbuch. Berlin: Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Von Korff, M. M., Ormel, J., Keefe, F., Dworkin, S.F. (1992): Grading the severity of chronic pain. Pain, 50. 133-149.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Sektorenübergreifende Erhebung von Patient-Reported Outcomes in der Orthopädie – Etablierung eines Studienprotokolls durch IQM und 4QD

Torsten Kirsch[1]; Volker Beierlein[2]; Ralf Bürgy[3]; Annabelle Neudam[4]; Matthias Köhler[1]; Josef Zacher[5]; Holger Schulz[2]

[1] VAMED Gesundheit Holding Deutschland GmbH ; [2] Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf; [3] MediClin AG; [4] 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH; [5] Helios Health GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Die Beurteilung der Qualität und des Ergebnisses einer Behandlung nimmt einen immer höheren Stellenwert sowohl in der Akutbehandlung als auch in der Rehabilitationsphase ein. Neben den klassischen objektivierten Qualitätskennzahlen erfahren patientenzentrierte Verfahren wie z.B. Patient Reported Outcome Measures (PROMs), nicht zuletzt im Hinblick auf die gemeinsame Entscheidungsfindung von Patient:innen und Ärzt:innen, eine weltweit steigende Bedeutung.

In einer kürzlich beendeten Pilotstudie konnten wir zeigen, dass der Einsatz von indikationsspezifischen und krankheitsübergreifenden PROMs bei Knie- und Hüftgelenksersatz (Knie-TEP bzw. Hüft-TEP) ein sehr gutes Messverfahren für den Erfolg einer orthopädischen Rehabilitation darstellt und Vergleiche zwischen verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen erlaubt (Qualitätskliniken.de, 2020).

In einer Folgestudie sollen nun neben den Messzeitpunkten zu Beginn und nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation auch präoperative Befunde aus den zuweisenden Akuthäusern berücksichtigt werden und eine 3-Monatskatamnese erfolgen. Folgende Fragestellungen sollen durch die Studie beantwortet werden:

1. Wie stellt sich der Behandlungsverlauf von Patient:innen mit einer Knie- oder Hüft-TEP sektorenübergreifend (Akutphase bis Katamnese) dar?
2. Können Unterschiede im Behandlungsverlauf zwischen verschiedenen Rehabilitationseinheiten unter Berücksichtigung der katamnestischen Befragung gemessen werden und eignen sich diese für ein Benchmarking?
3. Hat die Ausgangssituation von Patient:innen vor der OP einen Einfluss auf den Behandlungsverlauf und auf die Ergebnisse des Benchmarkings zwischen den Reha-Einrichtungen?

Methoden

Teilnehmende Einrichtungen:

Akuthäuser:

- IQM Mitglied
- ausreichend hohe Zahl an Knie- bzw. Hüftersatz-OPs (mind. 50, optimal 100 OPs pro Indikation im Erhebungszeitraum)
- Weitervermittlung der Patient:innen an Mitgliedskliniken des Rehaportals von qualitätskliniken.de

Reha-Einrichtungen:

- Mitgliedsklinik des Rehaportals
- Fachabteilung Orthopädie und Behandlung von Hüft- und Knie-TEP
- Übernahme von Patient:innen aus teilnehmenden Akuthäusern

Patient:innen:

- Einschlussdiagnosen bei Hüft-TEP: Z96.64 oder Z96.6/Z96.8 (mit einer der folgenden Zusatzdiagnosen S72.01/S72.02/S72.03, S72.04, S72.05, M16.x)
- Einschlussdiagnosen bei Knie-TEP: Z96.65 oder Z96.6/Z96.8 (mit einer Zusatzdiagnose M17.x)

Ausschlusskriterien:

- Wiederaufnahme als neuer Fall (nur Reha)
- Starke kognitive Einschränkungen / Unfähigkeit den Fragebogen auszufüllen (Reha und Akut)
- Ablehnung der Befragung durch Patient:innen (Reha und Akut)

- Vorzeitige Beendigung der Rehabilitation (weniger als 15 Tage in der Behandlung, wobei An- und Abreisetag zusammen als 1 Tag zählen; nur Reha)

Messzeitpunkte:

- T0 (Anamnestischer Befund vor dem Eingriff)
- T1 (innerhalb der ersten drei Tage nach Beginn der med. Rehabilitation)
- T2 (frühestens drei Tage vor Ende der med. Rehabilitation)
- T3 (90 Tage (max. 120 Tage) nach Beendigung der med. Rehabilitation)

Eingesetzte PROMs:

- HOOS-PS (indikationsspezifischer Fragebogen Hüft-TEP) (Davis et al., 2008)
- KOOS-PS (indikationsspezifischer Fragebogen Knie-TEP) (Perruccio et al, 2008)
- VR-12 (Veterans Rand-12, Indikationsübergreifender Fragebogen zur physischen und psychischen Gesundheit) (Buchholz & Kohlmann, 2015);
- Soziodemographischer Fragebogen (zur Risikoadjustierung)

Wissenschaftliche Leitung, Sponsoren und Auswertestelle:

- Wissenschaftliche Leitung und die Auswertung der Daten: Institut für medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE)
- Wissenschaftliche Beratung: IQM
- Sponsor: 4QD-Qualitätsklinken.de GmbH, IQM

Ergebnisse

-

Diskussion und Fazit

Die geplante Studie ermöglicht zum ersten Mal einen sektorenübergreifenden Überblick über den Behandlungsverlauf von Patient:innen mit Hüft- und Kniegelenksersatz vom Zeitpunkt vor dem Eingriff bis weit nach Ende der medizinischen Rehabilitation. Von den Ergebnissen versprechen wir uns wertvolle Informationen über die angebotenen und durchgeführten Therapien und den subjektiven Behandlungserfolg für unsere Patient:innen. Darüber hinaus bekommen die Akuthäuser und die Reha-Einrichtungen durch die Ergebnisse diese Studie eine gemeinsame Datenbasis, um ihre Prozesse besser aufeinander abzustimmen und den Bedarfen und Bedürfnissen ihrer Patient:innen gerecht zu werden.

Take-Home-Message

Sektorenübergreifende PRO-Erhebungen ermöglichen eine umfassende Bewertung der Behandlungsqualität und des subjektiv empfundenen Behandlungserfolgs.

Literatur

Buchholz, I. & Kohlmann, T. (2015). Deutsche Version des Veterans RAND 12 Gesundheitsfragebogen (VR-12). Entwickelt auf der Grundlage des MOS RAND 36 Version 1.0 mit Unterstützung des US Department of Veterans Affairs. © Kazis LE et al. Patient-reported measures of health: The Veterans Health Study. The Journal of Ambulatory Care Management, 2004; 27:70-83.

Davis, A. M., Perruccio, A. V., Canizares, M., Tennant, A., Hawker, G. A., Conaghan, P. G., Roos, E. M., Jordan, J. M., Maillefert, J. F., Dougados, M. & Lohmander, L. S. (2008). The development of a short measure of physical function for hip OA HOOS-Physical Function Shortform (HOOSPS): an OARSI/OMERACT initiative. Osteoarthritis Cartilage, 16(5), 551-559.

Perruccio, A. V., Stefan Lohmander, L., Canizares, M., Tennant, A., Hawker, G. A., Conaghan, P. G., Roos, E. M., Jordan, J. M., Maillefert, J. F., Dougados, M. & Davis, A. M. (2008). The development of a short measure of physical function for knee OA KOOS-Physical Function Shortform (KOOS-PS) - an OARSI/OMERACT initiative. Osteoarthritis Cartilage, 16(5), 542-550.

Qualitätskliniken.de (Hrsg., 2020): Ergebnismessung in der orthopädischen Rehabilitation - Ergebnisbericht, Berlin

Strukturierte Kurzzeitpsychotherapie versus unspezifische Gruppendiskussion in der Rehabilitation bei Brustkrebs: eine randomisierte kontrollierte Studie

David Fauser[1]; Elena Rimalis-Vogt[2]; Johannes Mattes[2]; Matthias Bethge[1]

[1] Universität zu Lübeck; [2] VAMED Rehaklinik Ahrenshoop

Hintergrund und Zielstellung

Mit rund 69.000 Neuerkrankungen im Jahr ist Brustkrebs in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Frauen (Robert Koch-Institut, 2021). Nach Abschluss der akuten Behandlung kann es zu anhaltenden psychischen Erkrankungen und sozialen Problemen kommen, die den Alltag der betroffenen Frauen erschweren. In einer deutschen Stichprobe lag die Vier-Wochen-Prävalenz einer psychischen Erkrankung bei Frauen mit Brustkrebs bei 32 % (Mehnert et al., 2014).

In Deutschland besteht nach Abschluss der Primärbehandlung die Möglichkeit der onkologischen Rehabilitation, um den Umgang mit der Erkrankung zu unterstützen und um die Leistungsfähigkeit im Beruf und Alltag zu verbessern. Psychoonkologische Angebote sind dabei wichtig und finden sich als Empfehlung in den von der Deutschen Rentenversicherung formulierten Reha-Therapiestandards bei Brustkrebs. Systematische Übersichtsarbeiten zeigen, dass psychoonkologische Interventionen Angst, Depression und Lebensqualität verbessern können (Jassim et al., 2015). In unserer Studie prüften wir, ob eine in der onkologischen Rehabilitation zusätzlich angebotene strukturierte Kurzzeitpsychotherapie einer zusätzlich angebotenen unspezifischen Gruppendiskussion überlegen ist.

Methoden

Teilnehmerinnen wurden randomisiert einer Kurzzeitpsychotherapie oder einer unspezifischen Gruppendiskussion während der onkologischen Rehabilitation zugewiesen (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00017571). Die Rekrutierung erfolgte von März 2019 bis Januar 2020. Eingeschlossen wurden Rehabilitandinnen mit Brustkrebs (Tumorstadien I-IV) und einem Wert von mindestens fünf Punkten auf dem Distress-

Thermometer. Ausgeschlossen werden Frauen, die sich in psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung befanden.

Beide Interventionen umfassten jeweils drei Gruppensitzungen, die von Fachärzt*innen für Onkologie und Psychotherapie durchgeführt wurden. Im strukturierten Angebot der Kurzzeitpsychotherapie wurden die Themen Angst, Motivation und Fatigue behandelt und psychotherapeutische Interventionstechniken (z. B. achtsamkeitsbasierte und verhaltenstherapeutische Techniken) vorgestellt. Dadurch sollten die Rehabilitandinnen Vorstellungen entwickeln, ob, wo und wie der begonnene psychotherapeutische Prozess nach der Rehabilitation fortgesetzt werden sollte. Zudem sollte der Umgang mit negativen Gefühlen sowie die frühzeitige Erkennung von Erschöpfung und Überforderung gestärkt werden.

Fragebogendaten wurden zu Beginn und am Ende der Rehabilitation sowie nach drei Monaten erhoben. Primäres Zielkriterium war der mit der Hospital Depression and Anxiety Scale (HADS) erhobene Angstwert (0-21 Punkte) (Zigmond, Snaith, 1983). Sekundäre Zielkriterien umfassten Depressivität, Fatigue und Lebensqualität. Die Behandlungseffekte wurden mit linearen Regressionsmodellen für beide Nacherhebungszeitpunkte (Ende der Rehabilitation und nach drei Monaten) überprüft. Subgruppenanalysen prüften, ob Rehabilitandinnen mit hohen Angst- oder Depressionswerten zu Beginn der Rehabilitation von der Kurzeitpsychotherapie profitierten.

Ergebnisse

Für die Analyse wurden Daten von 160 Rehabilitandinnen (80 Personen je Gruppe) berücksichtigt (mittleres Alter: 59,2 Jahre, SD = 10,6). Zu Beginn der Rehabilitation zeigten sich keine statistisch signifikanten Gruppeunterschiede. Rehabilitandinnen beider Gruppen berichteten am Ende der Rehabilitation und drei Monate der Rehabilitation deutliche Verbesserungen in den Zielkriterien. Zwischen den Gruppen zeigten sich für Angst am Ende der Rehabilitation (Differenz = -0,2; 95 % KI -1,2; 1,3) und drei Monate nach der Rehabilitation (Differenz = 0,2; 95 % KI -0,9; 1,3) sowie für alle sekundären Zielkriterien keine signifikanten Unterschiede.

In der Subgruppenanalyse zeigte sich für Rehabilitandinnen mit hohen Ausgangswerten an Angst am Ende der Rehabilitation ein Vorteil zugunsten der Kurzzeitpsychotherapie hinsichtlich Depression (HADS-Depression: Differenz = -1,9; 95 % KI: -3,5 bis -0,3; p = 0,019).

Diskussion und Fazit

Die onkologische Rehabilitation unterstützt Rehabilitandinnen mit Brustkrebs bei der Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses und kann Krankheits- und Therapiefolgestörungen reduzieren. Obwohl unsere Studie keinen Vorteil einer strukturierten Kurzzeitpsychotherapie gegenüber einer unspezifischen Gruppendiskussion in der Gesamtstichprobe zeigte, deuten die Ergebnisse der Subgruppenanalyse darauf hin, dass Rehabilitandinnen mit einem hohen Risiko für psychische Komorbidität kurzfristig eher von einer strukturierten Kurzzeitpsychotherapie als von einem unspezifischen Gruppenangebot profitieren.

Wir konnten nicht prüfen, ob das strukturierte Angebot eine Zusatznutzen zu den bestehenden psychologischen Interventionen in der onkologischen Rehabilitation aufweist. Hierfür bedarf

es pragmatischer dreiarmiger randomisierter kontrollierter Studien, die zusätzlich Kontrollgruppen ohne aktive Intervention berücksichtigen.

Take-Home-Message

Strukturierte psychotherapeutische Kurzinterventionen können psychologische Angebote der onkologischen Rehabilitation ergänzen und zeigen bei Rehabilitandinnen mit Brustkrebs, die hohe Angstwerte berichten, eine verbesserte depressive Symptomatik gegenüber unspezifischen Gruppenangeboten.

Literatur

Jassim, G.A., Whitford, D.L., Hickey, A., Carter, B. (2015): Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD008729.

Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard M., Sehner, S., Sommerfeldt, S., Szalai, C., Wittchen, H.-U., Koch, U. (2014): Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. Journal of Clinical Oncology, 32. 3540-3546.

Robert Koch-Institut. (2021): Krebs in Deutschland für 2017/2018. Berlin: Robert Koch-Institut.

Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983): The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 67. 361-370.

Interessenkonflikt: Johannes Mattes führte die Intervention durch und leitete die Gruppendiskussion in der Kontrollgruppe

Therapie-induzierte Folgestörungen nach Brustkrebsbehandlung in der onkologischen Rehabilitation – Aktuelles Update des Scheidegger Breast Cancer Registry (BreCaReg)

Holger G. Hass[1]; Marianne Seywald[2]; Matthias W. Beckmann[3]; Volker Kunzmann[4]; Achim Wöckel[5]

[1] Klinik Gais; IREFOS (Institut f. Rehabilitationsforschung und Survivorship), Scheidegg; [2] Paracelsus-Klinik Scheidegg; [3] Universitäts-Frauenklinik Erlangen; [4] Universitätsklinikum Würzburg; [5] Universitäts-Frauenklinik Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Durch den genetischen Nachweis von spezifischen Subgruppen des Mammakarzinoms (Sorlie et al., 2001) konnte die Therapie von Brustkrebs zunehmend individueller und erfolgreicher durchgeführt werden. Zwischenzeitlich beträgt so die 5-Jahresüberlebensrate in Deutschland fast 90%. Unverändert gibt es jedoch noch wenige Registerdaten, inwieweit diese individualisierten, meist multimodalen Therapiekonzepte zu unterschiedlichen Folgestörungen und Toxizitäten während der onkologischen Rehabilitation führen bzw. ob sich prädiktive Faktoren für den sozialmedizinischen Verlauf in diesen Subgruppen nachweisen lassen (Hass et al., 2021).

Um diese Fragen zu beantworten, wurde schon 2013 in der Paracelsus-Klinik in Scheidegg ein Tumorregister angelegt.

Methoden

Zwischenzeitlich konnten von 10.900 Patientinnen, die zwischen 07/2013 – 06/2022 zur onkologischen Rehabilitation in der Paracelsus-Klinik Scheidegg waren (Durchschnittsalter 55,4 ±10,2 Jahre; AHB-Anteil 71,7%) die soziodemographischen, tumor-biologischen und klinischen Daten ausgewertet werden. Bei 3750 Frauen wurde zudem die psychische Belastung mittels der dt. Version des Distress-Thermometer (DT) des NCCN erfasst. Für die Datenerhebung dieser Routinedaten liegt ein Ethik-Votum der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) vor, die Patienten wurden hierzu schriftlich aufgeklärt.

Ergebnisse

In 71,1% lag eine hormon-abhängige, ER-positive Tumorerkrankung (ER+BC) vor, in 17,3% zeigte sich eine Her2-positives (Her2+BC) und in 11,5% ein sog. „triple negatives" Mammakarzinom (TNBC). 32,4% der Patientinnen waren prä-, 6,2% peri- und 61,4% postmenopausal.

In 56,7% erfolgte eine systemische Chemotherapie, in 89,1% eine meist adjuvante Radiatio nach Brusterhaltender Tumorresektion. 75% der Patientinnen erhielten eine antihormonelle Therapie, 15,3% eine gegen Her2-gerichtete Antikörpertherapie. In fast einem viertel der Fälle (23,7%) erfolgte eine komplette Brustentfernung (Ablatio).

Patientinnen mit TNBC waren signifikant jünger wie Frauen mit ER+BC (53,4 ± 11,1 vs. 56,2 ± 10,1 Jahre, P < 0.001). Daher waren in dieser Subgruppe mehr Patientinnen beruflich tätig (71,1% vs. 65,3%; P < 0.001), aber auch schon etwas häufiger erwerbsgemindert (EMR 1.9% vs. 1,4%; P = 0.029).

Bei Patientinnen mit Her2+BC oder TNBC erfolgte gegenüber den Patientinnen mit ER+BC signifikant häufiger eine systemische Chemotherapie (91,5 und 93,2 vs. 43%) und eine Ablatio (26,5 vs. 22,8%).

Wegen der aggressiveren Tumorbiologie (G3, Ki67^, N+) erfolgte bei Her2+BC und TNBC neben der Ablatio häufiger eine axilläre Lymphknotenresektion. Daher war das Vorkommen eines postoperativen Lymphödems (LÖ) sowie einer chemo-induzierte Polyneuropathie (CIPN) in beiden Gruppen signifikant erhöht (LÖ: 14,6 bzw. 16,8 vs. 13,5%, p = 0.01 / CIPN: 56,6 vs. 25,4%, p < 0.001).

Generell zeigte sich im Aufnahme-Assessment mit dem Distress-Thermometer eine sehr hohe psychische Belastung bei den betroffenen Patientinnen (DT ≥ 4/10: 66%), wobei hier die Gruppe der TNBC die signifikant höchsten Werte aufwiesen (70,6 vs. 64,8 bzw. 65,8%; P < 0.001), welche in Übereinstimmung mit aktuellen Daten aus der Literatur sind (Sun et al., 2022).

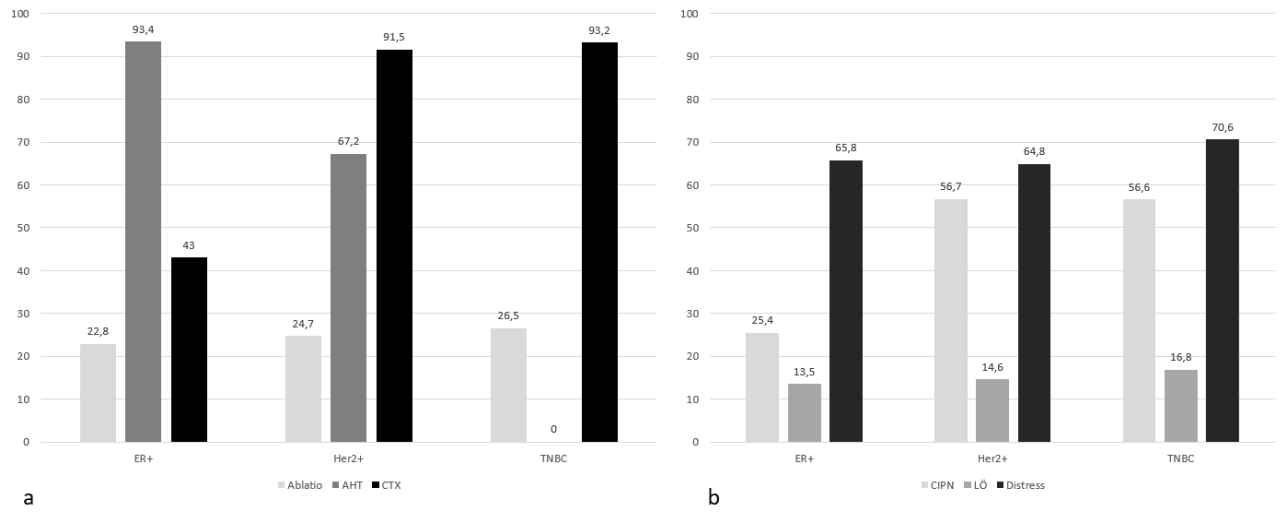


Abb. 1: Subgruppen-Analyse in Bezug auf a) durchgeführte onkologische Therapie, b) therapie-induzierte Nebenwirkungen

Diskussion und Fazit

Die hier vorgestellten Daten von über 10.000 Patientinnen belegen sehr gut die somatischen und psychischen Beschwerden der betroffenen Frauen im Reha-Alltag. Gegenüber den in der Literatur immer wieder zitierten, geringeren Inzidenzen zeigt sich, dass fast 25% der Frauen eine komplette Ablatio erhalten haben und das postoperative Lymphödem immer noch eine große Relevanz in der Nachsorge des Mammakarzinoms hat. Wie in der Akutbehandlung zeigt sich die Gruppe der TNBC als psychisch besonders belastet und sozialmedizinisch relevant (Alter, EMR,…).

Take-Home-Message

Die Daten des Scheidegger BreCaReg können dazu beitragen, ein präziseres Bild der Rehabilitation von Brustkrebs-Patientinnen zu erstellen, um so spezifische Reha- und Nachsorgekonzepte zu weiterzuentwickeln.

Literatur

Hass, H. G., Seywald, M., Stepien, J., Muco, B., Tanriverdi, M., Beckmann, M. W., Kunzmann, V., Wöckel, A. (2021): Früh- und Spättoxizitäten sowie sozialmedizinisch-relevante Folgestörungen bei Brustkrebs-Patientinnen als Basis der Abschätzung des Reha-Bedarfes. Rehabilitation (Stuttg). Apr;60(2):77-85. doi: 10.1055/a-1361-3666.

Sørlie, T., Perou, C. M., Tibshirani, R., Aas, T., Geisler, S, Johnsen, H., Hastie, T., Eisen, M. B., van de Rijn, M., Jeffrey, S. S., Thorsen, T., Quist, H., Matese, J. C., Brown, P. O., Botstein, D., Lønning, P. E., Børresen-Dale, A. L. (2001). Gene expression patterns of breast carcinomas distinguish tumor subclasses with clinical implications. Proc Natl Acad Sci U S A.;98(19):10869-74. doi: 10.1073/pnas.191367098.

Sun, H., Lv, H., Zeng, H., Niu, L., Yan, M.(2022). Distress Thermometer in breast cancer: systematic review and meta-analysis.BMJ Support Palliat Care; 12(3):245-252. doi: 10.1136/bmjspcare-2021-002960.

Belastet durch Home-Office: Bedarfsgerechte Versorgung von Rehabilitand:innen mit (psycho-)somatischen Symptomen

Carina Kolb[1]; Petra Becker[1]; Franziska M. Keller[2]; Sonia Lippke[2]

[1] Dr. Becker Klinikgruppe; [2] Jacobs University Bremen gGmbH

Hintergrund und Zielstellung

Die COVID19-Pandemie hat viele Veränderungen in gewohnten Abläufen mit sich gebracht. Dies betrifft auch die Arbeitswelt. Die Arbeit im Home-Office ist für viele Arbeitnehmer zur (un-)geliebten Routine geworden. Positive Aspekte wie Zeitersparnis durch ausbleibende Arbeitswege stehen negativen Aspekten wie fehlenden sozialen Kontakten zu Arbeitskolleg:innen und unzureichender Büroausstattung gegenüber. Daraus resultierende körperliche und psychische Belastungen (Lippke et al., 2022) gilt es im Blick zu behalten – nicht nur durch Arbeitgeber, sondern auch durch die Stakeholder des Gesundheitssystems. Post-/Long-COVID wird nicht die einzige Herausforderung sein, die die COVID19-Pandemie hervorgebracht hat, wenn ergonomisch bedingte Rückenschmerzen oder psychische Belastungen durch Einsamkeit nicht frühzeitig Beachtung finden.

Im Rahmen der ANHAND-Studie der Dr. Becker Klinikgruppe in Kooperation mit der Jacobs University Bremen wurden diesbezüglich folgende Forschungsfragen untersucht:

1. Welche körperlichen/psychischen Beschwerden sind seit Beginn der COVID19-Pandemie bei Arbeitnehmern im Home-Office aufgetreten?
2. Welche Aspekte des Home-Office beeinflussen Arbeitnehmer:innen positiv/negativ hinsichtlich der Bereitschaft, langfristig im Home-Office zu arbeiten?

Methoden

Im Zeitraum Oktober 2021 bis Oktober 2022 wurden 552 Patient:innen der Dr. Becker Brunnen-Klinik vor Antritt ihrer psychosomatischen Rehabilitation zum Thema Home-Office befragt (68,7% Frauen; < 29 Jahre: 1,8%, 30-39 Jahre: 7,5%, 40-49 Jahre: 25,2%, 50- 59 Jahre: 51,5%, > 60 Jahre: 14,1%).

Ergebnisse

Von den befragten Patient:innen befanden sich 49,5% im Home-Office. Davon waren 17,5% an 1-2 Tagen, 15,6% an 3-4 Tagen und 16,5% an 5 Tagen/Woche im Home-Office tätig. Diese Situation bestand bei 10,5% seit < 6 Monaten, für 14% seit 6-12 Monaten und für 68,4% seit > 12 Monaten.

Eine negative Veränderung ihres körperlichen Gesundheitszustandes haben 66,9% beobachtet. Dabei berichteten 36,8% von Kopfschmerzen, die sie vor Beginn der COVID19-Pandemie nicht hatten. Rückenschmerzen bzw. Nackenschmerzen gaben 43% bzw. 48,9% als neu wahrgenommen an. Die nötige Infrastruktur bezogen auf technische Ausstattung und ergonomisches Mobiliar war bei 26,4% nicht vorhanden.

Eine Verschlechterung der psychischen Verfassung seit Beginn der COVID19-Pandemie ist bei 79,4% eingetreten. Zurückzuführen ist dies bei 49,6% auf wahrgenommene Einsamkeit. Die Wiederaufnahme sozialer Kontakte bewerteten 55% als problematisch. Angst, wieder ins Büro zu gehen, hatten 25,2%. Bedingt durch die Arbeit im Home-Office gaben 50% Konzentrationsschwierigkeiten und 57,9% fehlende Unausgeglichenheit an.

Einen positiven Aspekt des Home-Office sehen 82,2% in der Zeitersparnis durch ausbleibende Arbeitswege. Im Home-Office können sich 67,8% besser konzentrieren und 66,7% fühlen sich ausgeglichener. 76,5% gaben an, ihren Alltag im Home-Office besser bewältigen zu können. Grundlegend kann hier sein, dass 70,6% der Befragten über die notwendige Infrastruktur verfügen. Jedoch möchten 9,6% der Befragten gar nicht und 13,5% mit Einschränkungen wieder/weiterhin im Home-Office arbeiten. Letztere fühlten sich z.B. durch die zusätzliche Betreuung von Kindern und/oder Angehörigen überlastet. Insgesamt fehlten 89,6% der Austausch mit Kolleg:innen, 68,5% vermissten ihren Arbeitsweg und 52,6% fühlten sich durch digitale Termine/Videokonferenzen ermüdet.

Diskussion und Fazit

Trotz positiver Einschätzungen zur individuellen Home-Office-Situation ist nicht außer Acht zu lassen, dass sich fast 90% der Befragten durch den fehlenden Kolleg:innen-Kontakt belastet fühlen. Der Stellenwert eines zwischenmenschlichen Austauschs ist bei dauerhafter Tätigkeit im Home-Office nicht zu vernachlässigen. Dieser ist auch durch den ausbleibenden Arbeitsweg sowie Quarantäne-/Abstandsregeln herabgesetzt. Daraus können Einsamkeit sowie psychische Erkrankungen, wie Depressionen oder Angststörungen resultieren. Je länger die Home-Office-Tätigkeit andauert, desto stärker kann sich eine Angst vor der Rückkehr ins Büro manifestieren – wie bereits von einem Viertel der Befragten berichtet.

Arbeit im Home-Office kann erfolgreich und gesund gestaltet werden, wenn sowohl die Infrastruktur, als auch Art und Frequenz der Kommunikation auf die Bedarfe der Arbeitnehmer:innen ausgerichtet ist. Eine Unterstützung kann beispielsweise im Rahmen einer Rehabilitation erfolgen.

Take-Home-Message

Kliniken, wie die Dr. Becker Brunnen-Klinik, haben mit der Entwicklung von Therapiegruppen für Betroffene auf Belastungen, die durch das Arbeiten im Home-Office entstehen, reagiert. Folgende integrierte Angebote der psychosomatischen Reha haben sich im geschlossenen Gruppen-Setting als praktikabel und wirksam gezeigt: Gesprächsgruppen, Bewegungstherapie, Bildschirmplatztraining, Lebensplanung, Soziales Kompetenztraining, Ergotherapeutische Kreativtherapie, Psychotherapeutische Gruppe. Ausschlaggebend für eine Zuweisung ist der Bedarf in Bezug auf die berufliche Situation bzw. Arbeitsplatzsituation sowie eine vorliegende Belastung durch Arbeit im Home-Office.

Literatur

Lippke, S., Keller, F., Derksen, C., Kötting, I., Ratz, T. & Fleig, L. (2022). Einsam(er) seit der Coronapandemie: Wer ist besonders betroffen? – psychologische Befunde aus Deutschland. [Loneline(er) since the corona pandemic: Who is particularly affected? – psychological findings from Germany.] Prävention und Gesundheitsförderung, 17(1), 84-95. https://doi.org/10.1007/s11553-021-00837-w.

Ergebnisse eines Achtsamkeitstrainings mit Führungskräften eines großen IT-Unternehmens: Eine explorative Studie

Kristina Schubin[1]; Holger Pfaff[1]; Sabrina Zeike[2]

[1] Universität zu Köln; [2] AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

Hintergrund und Zielstellung

Achtsamkeitsbasierte Interventionen haben in der betrieblichen Gesundheitsförderung aufgrund der zunehmenden psychischen Belastung im digitalen Zeitalter an Bedeutung gewonnen (Vonderlin et al., 2020). Obwohl Führungskräfte eine hohe Arbeitsbelastung aufweisen (Eurofound, 2017) und das Risiko für Angst- und depressive Symptome besteht (Li et al., 2022), ist die Untersuchung des Themas Achtsamkeit in Managementsettings noch relativ neu. Zwei systematische Reviews kommen zu dem Schluss, dass Führungskräfteentwicklung durch zielgruppenspezifische Achtsamkeitsinterventionen auf praktischer Ebene weiter gefördert werden sollte (Donaldson-Feilder et al., 2019; Urrila, 2021). Allerdings sind weitere empirische Studien erforderlich, da der Forschungsstand zu Achtsamkeitsinterventionen in Unternehmens- und Führungskräftesettings weiterhin angereichert werden muss.

Ziel der vorliegenden explorativen Studie war es daher, einen Prä-Post-Vergleich von gesundheits- und arbeitsbezogenen Variablen zu einem betrieblichen Achtsamkeitstraining für Führungskräfte durchzuführen. Konkret wurden Unterschiede in der selbsteingeschätzten Achtsamkeit, dem Wohlbefinden, der Gesundheitskompetenz und der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit zu Beginn des Trainings (t0), unmittelbar nach (t1) und drei Monate nach dem Training (t2) untersucht.

Methoden

Dreizehn Gruppen von Führungskräften (n = 56) absolvierten von Oktober 2019 bis April 2021 sukzessiv ein betriebliches Achtsamkeitstraining. Die Führungskräfte waren der oberen Führungsebene eines großen IT-Unternehmens zugehörig. Das Achtsamkeitstraining kombinierte gemeinsame Workshops, Coaching durch die Trainer:innen und eigenständige, ortsunabhängige Übungen (unterstützt durch eine Web-App und Austausch mit Kolleg:innen). Während der COVID-19-Pandemie wechselten die Workshops von einem Präsenzformat zu einem hybriden Format und schließlich zu einem digitalen Format. Die Führungskräfte bewerteten ihre Achtsamkeit (MAAS), ihr Wohlbefinden (WHO-5), ihre Gesundheitskompetenz und ihre arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit (HPQ) zu drei Zeitpunkten (t0, t1, t2) anhand eines paper-pencil- oder Onlinefragebogens. Für die Datenanalyse wurden einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) mit Messwiederholungen und Bonferroni-adjustierte Post-hoc-Analysen verwendet.

Ergebnisse

Zwischen t0 und t2 zeigten sich signifikante Unterschiede in der Achtsamkeit der Führungskräfte ($F (2.106) = 3.376$, $p = .038$, $\eta p2 = .06$, $n = 54$), dem Wohlbefinden ($F (2.106) = 73.019$, $p < .001$, $\eta p2 = . 17$, $n = 54$), der Gesundheitskompetenz ($F (2.108) = 9.067$, $p < .001$, $\eta p2 = .15$, $n = 55$), und der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit ($F (2.80) = 7.008$, $p = 0.002$, $\eta p2 = 0.15$, $n = 41$). Auch zwischen t0 und t1 zeigten sich signifikante Unterschiede

bei Wohlbefinden, Gesundheitskompetenz und Leistungsfähigkeit, nicht aber bei Achtsamkeit. Die Effektgrößen können für Achtsamkeit als moderat (d = 0,5) und für Wohlbefinden (d = 0,9), Gesundheitskompetenz (d = 0,8) und Leistungsfähigkeit (d = 0,8) als groß eingeschätzt werden.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich die Achtsamkeit, das Wohlbefinden, die Gesundheitskompetenz und die arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit der Führungskräfte bei den Folgemessungen im Vergleich zum Beginn des Achtsamkeitstraining verbessert haben. Das untersuchte betriebliche Achtsamkeitstraining könnte als Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung somit vielversprechend für Führungskräfte der höheren Ebene aus dem IT-Sektor sein. Weiterführende Studien sollten Kontrollgruppendesigns nutzen, um zu prüfen, ob die identifizierten Unterschiede auf das durchgeführte Training zurückzuführen sind.

Take-Home-Message

Ein betriebliches Achtsamkeitstraining - bestehend aus Workshops, Coaching und eigenständigen Übungen - könnte sich positiv auf Achtsamkeit, Wohlbefinden, Gesundheitskompetenz und Leistungsfähigkeit von IT-Führungskräften der oberen Ebene auswirken.

Literatur

Donaldson-Feilder, E., Lewis, R. & Yarker, J. (2019). What outcomes have mindfulness and meditation interventions for managers and leaders achieved? A systematic review. European Journal of Work and Organizational Psychology, 28(1), 11–29. https://doi.org/10.1080/1359432X.2018.1542379.

Eurofound. (2017). Sixth European Working Conditions Survey: Overview report (2017 update). Publications Office of the European Union. https://doi.org/10.2806/422172.

Li, L., Zhang, S. X. & Graf-Vlachy, L. (2022). Predicting Managers' Mental Health Across Countries: Using Country-Level COVID-19 Statistics. Frontiers in public health, 10, 791977. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.791977.

Urrila, L. I. (2021). From personal wellbeing to relationships: A systematic review on the impact of mindfulness interventions and practices on leaders. Human Resource Management Review, 100837. https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2021.100837.

Vonderlin, R., Biermann, M., Bohus, M. & Lyssenko, L. (2020). Mindfulness-Based Programs in the Workplace: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Mindfulness, 11(7), 1579–1598. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01328-3.

Erwerbsselbständigkeit als Alternative für Menschen mit Behinderung. Stand und Anforderungen an die Gründungsberatung und -unterstützung

Bartholomäus Zielinski; Stefan Zapfel; Bernhard Mederer

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hintergrund und Zielstellung

Menschen mit Behinderung haben trotz der Vielzahl arbeitsmarktpolitischer Instrumente, die dazu gedacht sind, ihre Beschäftigungssituation zu verbessern, qualitativ und quantitativ schlechtere Chancen am Arbeitsleben teilzuhaben als Menschen, die keine Behinderung haben (z.B. Heisig et al., 2022). Die berufliche Selbständigkeit wird hier kaum als Erwerbsalternative wahrgenommen und spielt für diesen Personenkreis bisher eine geringere Rolle als für andere Gruppen: Nur 7,5 Prozent der Erwerbstätigen mit Behinderung sind selbständig tätig, bei Menschen ohne Behinderung beträgt der Anteil 10,2 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2020). Gleichzeitig kann die Berufsselbständigkeit für Menschen mit Behinderung neben spezifischen Risiken auch Vorteile haben, etwa das Umgehen von ggf. bestehenden Einstellungsdiskriminierungen oder die flexiblere Anpassung der Arbeit an die individuelle Lebenssituation (Meager & Higgins, 2011). Im Rahmen des durch den Ausgleichsfonds für überregionale Vorhaben zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales finanzierten Projekts „Barrierefrei Existenzgründen. Selbständig und erfolgreich im Erwerbsleben mit Behinderung“ wurde nun erfasst, welche Anforderungen an Gründungsberatungsangebote zu richten sind, die die Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit von Menschen mit Behinderung unterstützen sollen.

Methoden

Grundlage für die Ermittlung der Anforderungen waren 33 qualitative Leitfadeninterviews, die sowohl mit Fachleuten aus der Gründungsberatung, Wirtschaftsförderung, Behindertenselbsthilfe und für die Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben (18 Interviews), als auch mit Gründungsinteressierten und Selbständigen mit Behinderung geführt wurden (15 Interviews). Die Interviews wurden nach den Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse dokumentiert und ausgewertet (vgl. z.B. Kuckartz, 2018).

Ergebnisse

In Deutschland gibt es derzeit keine flächendeckenden und in ausreichender Zahl vorhandenen Gründungsberatungsangebote, die den heterogenen, im Vergleich zur konventionellen Gründungsberatung häufig weitreichenderen Informations- und Beratungsbedarfen von gründungsinte-ressierten Menschen mit Behinderung gerecht werden. Neben den allgemeinen Angaben, die grundsätzlich für alle Gründer*innen von Interesse sind (z.B. Gründung im Gewerbe oder einem Freien Beruf, Kombinationsmöglichkeiten mit Anstellungsverhältnissen, Marketing), benötigen sie häufig noch zusätzliche Informationen, etwa über spezielle behinderungsbezogene Förderoptionen, Zuständigkeiten zu Teilhabeleistungen am Arbeitsleben u.Ä.m. Das erfordert sowohl entsprechend kompetentes Gründungsberatungspersonal als auch ausreichende zeitliche und finanzielle Ressourcen, die für die Beratung und Unterstützung bereitgestellt werden.

Zentral ist außerdem eine hinreichende Offenheit der Ratsuchenden, um über ihre Behinderung(en) und die möglichen Folgen für die Gründung und Berufsausübung zu sprechen. Förderlich ist hierbei ein vertrauensvoller und respektvoller Umgang und großes Einfühlungsvermögen in der Beratung. Der Einsatz von Peers kann dazu beitragen, dieses Anliegen zu erfüllen. Wichtig zur Sicherstellung der Bedarfsgerechtigkeit ist darüber hinaus, das Beratungs- und Informationsangebot barrierefrei zu gestalten bzw. mit Hilfe angemessener Vorkehrungen die Zugänglichkeit zu gewährleisten. Zugänglich ist das Angebot außerdem nur dann, wenn es der Zielgruppe bekannt ist. Hier kommt die Öffentlichkeitsarbeit ins Spiel, die entweder versuchen kann, Gründungsinteressierte mit Behinderung direkt auf sich aufmerksam zu machen oder zielgerichtet Organisationen, die mit dem Personenkreis in Kontakt stehen, über entsprechende Angebote zu informieren.

Diskussion und Fazit

Gründungen können dazu beitragen, breitere Teilhabemöglichkeiten am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung zu schaffen. Aktuell wird der beruflichen Selbständigkeit dieser Gruppe in Deutschland wenig Aufmerksamkeit geschenkt und sie hat bisher für den betreffenden Personenkreis eine quantitativ eher geringere Bedeutung. Während die konventionelle Gründungsberatung häufig nicht bedarfsgerecht agiert, richten sich die wenigen von auf Menschen mit Behinderung spezialisierten Angebote bisher lediglich an Teilgruppen bzw. sie sind zeitlich und/oder regional begrenzt. Adäquate Angebote, die den Informations- und Beratungsbedarfen gründungsinteressierter Menschen mit Behinderung Rechnung tragen, könnten dazu beitragen, die Voraussetzungen für die Gründung und die Erfolgsaussichten selbständiger Tätigkeiten in diesem Bereich zu verbessern.

Take-Home-Message

Gründungsberatungsangebote für Menschen mit Behinderung sind rar gesät, unterstützen aber den Zugang zu selbständiger Erwerbsarbeit, die in Deutschland eine wenig wahrgenommene Erwerbsalternative darstellt, aber Erwerbsvorteile für den Personenkreis haben kann.

Literatur

Heisig, J. P., König, C., Solga, H. (2022): Arbeit und Beschäftigung. In: Steinwede, J., Harand, J., BMAS (Hrsg.): Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Bonn: infas. 149-164.

Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Wein-heim/Basel: Beltz Juventa.

Meager, N., Higgins, T. (2011): Disability and Skills in a Changing Economy“, UK Commission for Employment and Skills, Briefing Paper Series.

Statistisches Bundesamt (2020): Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnis des Mikrozen-sus 2017. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Prävention von Arbeitsunfähigkeit: Arbeitsbezogenes Coaching bei Erschöpfung und Überarbeitungsgefühlen – Wer braucht was?

Lilly Paulin Werk; Beate Muschalla

TU Braunschweig

Hintergrund und Zielstellung

Erschöpfung und Überarbeitung am Arbeitsplatz können unterschiedliche Ursachen haben. Gesunde Erschöpfung kann beispielsweise in Folge von unregelmäßigen oder langen Arbeitszeiten entstehen (Caldwell et al., 2019). Psychisch erkrankte Arbeitnehmer erleben Erschöpfung und Überforderung aufgrund ihrer Erkrankungen, wodurch Arbeitsanforderungen nicht mehr erfüllt werden können. Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie lebenslange Defizite am Arbeitsplatz sind häufig die Folge (Stansfeld et al., 2008). Im EU-Projekt H-Work werden Organisationen dabei unterstützt, bedarfsorientierte Gesundheitsmaßnahmen zu implementieren. Es wurde untersucht, inwiefern sich die Themen und Vorgehensweisen eines arbeitsbezogenen Coachings für psychisch gesunde und erkrankte Arbeitnehmer voneinander unterscheiden.

Methoden

Arbeitnehmern verschiedener Branchen wurde die Teilnahme an einem verhaltensbezogenen Kurzcoaching zu je drei Sitzungen im Einzelkontakt mit einer Psychologin mit berufs- und sozialmedizinischer Expertise angeboten. Auf Basis einer verhaltensorientierten Situationsanalyse wurden die Coaching-Inhalte individuell auf die Themen der Teilnehmer abgestimmt. In der zweiten und dritten Sitzung wurden alternative Verhaltensweisen für ausgewählte Arbeitssituationen erarbeitet, erprobt und reflektiert. Von 110 Teilnehmern waren 64 psychisch gesund, 46 berichteten aktuell oder anamnestisch von psychischen Erkrankungen. 21 Teilnehmer waren in den letzten 12 Monaten langzeitarbeitsunfähig.

Ergebnisse

Bei dem Vergleich der Coaching-Themen von psychisch gesunden und erkrankten Teilnehmern mit Erschöpfungs-Symptomatik zeigten sich unterschiedliche Schwerpunkte (s. Tabelle 1). Psychisch erkrankte Teilnehmer nannten häufiger soziale Problemstellungen wie Arbeitsplatzkonflikte und Defizite in der Erfüllung der Arbeitsbedingungen als psychisch gesunde Teilnehmer. Gesunde Teilnehmer berichteten neben Problemen in der sozialen Interaktion am häufigsten Probleme in der Bewältigung der Arbeitsmenge. Während bei psychisch erkrankten Teilnehmern die Versorgungskoordination, wie unterstützende Gesprächsvorbereitung für Wiedereingliederung oder Weitervermittlung an Behandler im Coaching vordergründig war, wurden bei gesunden Teilnehmern zumeist Techniken zur Verbesserung der sozialen Kompetenz und Selbststrukturierung eingesetzt (z.B. Rollenspiele, Wochenpläne).

Tab. 1: Coaching-Themen psychisch gesunder und erkrankter Coachingteilnehmer

	Psychisch gesunde Coachingteilnehmer (n=64)		**Psychisch erkrankte Coachingteilnehmer (n=46)**	
	N	**%**	***N***	**%**
Rollenstress	8	13	5	11
Arbeitsmenge	16	25	6	13
Situative	4	6	2	4
Beschränkungen	6	9	3	7
Handlungsspielraum	20	31	18	39
Soziale Interaktion	5	8	6	13
Karrierebezogenes	5	8	6	13
Arbeitsbedingungen	0	0	0	0
Akutstressoren				

Anmerkung. Exakter Test nach Fisher (zweiseitig) p = .64: Es gibt keine statistisch signifikanten Häufigkeitsunterschiede hinsichtlich der Themenverteilung zwischen den beiden Gruppen

Diskussion und Fazit

Coachings bei Erschöpfung und Überarbeitungsgefühlen sollten an die individuellen Themen und Erschöpfungsursachen der Teilnehmer angepasst werden. Dazu ist seitens des Coaches diagnostisches Fachwissen über den Unterschied von normaler arbeitsbezogener Erschöpfung und Arbeitsproblemen aufgrund psychischer Erkrankungen von Nöten (Greif, 2014). Um psychische Probleme im Coaching nicht erst anzustoßen oder zu verstärken (Schermuly, 2014), sollte eine klare Abgrenzung von Psychotherapie kommuniziert und unterschiedliche Zielsetzungen verfolgt werden (Möller, 2018).

Take-Home-Message

Coaching muss auf den einzelnen Teilnehmer individuell zugeschnitten werden. Dafür ist eine differenzierte, auch psychopathologie-bezogene Diagnostik erforderlich.

Literatur

Caldwell, J. A., Caldwell, J. L., Thompson, L. A., Lieberman, H. R. (2019). Fatigue and its management in the workplace. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 96. 272-289.

Greif, S. (Hrsg.) (2013). Diagnostik im Coaching. Berlin: Springer.

Möller, H. (2018). Psychische Störungen im Coaching. In: Greif, S., Möller, H., Scholl, W. (Hrsg.): Handbuch Schlüsselkonzepte im Coaching. Berlin: Springer. 467-474.

Schermuly, C. C. (2014). Negative effects of coaching for coaches – An explorative study. International Coaching Psychology Review, 9. 165-180.

Stansfeld, S. A., Clark, C., Caldwell, B., Rodgers, B., Power, C. (2008). Psychosocial work characteristics and anxiety and depressive disorders in midlife: the effects of prior psychological distress. Occupational and Environmental Medicine, 65. 634-642.

Förderung: Diese Studie wurde von dem Horizon Projekt „H-Work“ finanziert

Senkt ein kurzer virtueller Waldaufenthalt das Stresserleben von Berufstätigen? – Eine experimentelle Untersuchung

Ricardo Baumann; Ann-Sophie von den Brincken

SRH Fernhochschule - The Mobile University

Hintergrund und Zielstellung

Die Natur fördert Gesundheit und Wohlbefinden von Menschen, indem sie negative Wirkungen von Umgebungsstressoren abmildert und salutogene Erfahrungen fördert. Auch Menschen, die einen Zugang zur Natur haben, besitzen nicht immer genügend Zeit für einen Naturaufenthalt. Virtuelle Waldumgebungen bieten Menschen die Möglichkeit, von den positiven Auswirkungen von Waldlandschaften zu profitieren. Einzelne Studien zeigen, dass negative Emotionen durch simulierte Naturerfahrungen reduziert werden können (Browning et al., 2020). Hong et al. (2019) stellten in ihrer Studie darüber hinaus fest, dass die Probanden beim Betrachten eines VR-Waldvideos angenehme, beruhigende Emotionen empfanden.

In der hier vorgelegten Studie ging es darum, zu prüfen, ob bei Berufstätigen ein kurzer virtueller Waldaufenthalt in einem Innenraum nach Stressinduktion zu einer stärkeren Reduktion negativer Affekte und zu mehr positiven Affekten führt als ein Aufenthalt in demselben Raum ohne Einsatz von Virtual Reality (VR).

Methoden

Die Probanden wurden per Internet, hauptsächlich über Facebookgruppen, rekrutiert. Eingeschlossen wurden berufstätige Personen zwischen 18 und 64 Jahren. An der Studie nahmen 89 Personen teil (47 Frauen, 42 Männer). Es erfolgte eine randomisierte Zuordnung zu Experimental(Bürostuhl Virtual Reality)- und Kontrollgruppe(Bürostuhl), so dass sich in der BVR-Gruppe 44 und in der B-Gruppe 45 Personen befanden. Beide Gruppen unterschieden sich nicht bezüglich Alter ($t(87) = -.169$; $p = .866$) und Geschlecht ($\chi^2(1) = .276$, $p = .600$).

Für die BVR-Gruppe wurde im Vorfeld ein 180° 3D-Video einer Waldumgebung gefilmt. Dieses Video wurde den Teilnehmenden der BVR-Gruppe in der Untersuchungssituation anhand eines Virtual-Reality-Headsets vorgespielt. Die Untersuchung wurde im Einzelsetting durchgeführt. Unter BVR- und B-Bedingung erfolgte ein Stroop-Test, um die Proband:innen in eine leistungsorientierte Stresssituation zu versetzen. Es folgte in beiden Gruppen mit dem PANAS-Fragebogen die Erhebung (T0) zeitlich begrenzter positiver und negativer Affekte. Dann folgte die 10-minütige BVR- oder B-Intervention im selben Raum. Die Proband:innen saßen immer auf dem gleichen Bürostuhl und durften sich in eine für sie angenehme Sitzposition bringen. Abschließend wurde in beiden Gruppen erneut der PANAS-Fragebogen eingesetzt (T1). Ausgewertet wurde anhand von Kovarianzanalysen.

Ergebnisse

BVR- und B-Gruppe unterscheiden sich in Hinblick auf die negativen Affekte nach der Intervention nicht signifikant voneinander ($F(1, 86) = 2.526$, $p = .116$, partielles $\eta^2 = .029$). Die negativen Affekte vor der Intervention unterscheiden sich unabhängig von der Interventionsform signifikant von den negativen Affekten nach der Intervention ($F(1, 86) = 77.644$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .474$). Vor der Intervention betrug der Mittelwert der negativen Affekte $M = 1.80$ ($SD = .77$), nach der Intervention $M = 1.30$ ($SD = .60$).

BVR- und B-Gruppe unterscheiden sich nicht hinsichtlich der positiven Affekte nach der Intervention ($F(1, 86) =.021$, $p = .885$, partielles $\eta^2 < .001$). Unabhängig von der Interventionsform unterscheiden sich die positiven Affekte vor der Intervention signifikant von den positiven Affekten nach der Intervention ($F(1, 86) = 37.83$, $p< .001$, partielles $\eta^2 = .305$). Die Gesamtstichprobe weist bei den positiven Affekten vor der Intervention einen Mittelwert von $M = 3.11$ ($SD= .68$), nach der Intervention einen Mittelwert von $M = 2.72$ ($SD= .75$) auf.

Diskussion und Fazit

Das Stresslevel, in Form negativer Affekte der Probanden, wurde im Zuge beider Interventionen reduziert. Entgegen der Erwartung brachte die 10-minütige BVR-Intervention allerdings keine stärkere Stressreduktion als die 10-minütige B-Intervention.

Entgegen der Erwartung sanken sowohl unter der BVR-Bedingung als auch unter der B-Bedingung die positiven Affekte. Dies könnte damit erklärt werden, dass der Stroop-Test nicht nur Stress induziert, sondern auch anregend wirkt. Aktivierung und Angeregtheit werden im PANAS als positive Affekte erfasst. Im Zuge der BVR- und der B-Intervention werden diese Affekte dann schwächer.

Take-Home-Message

Die Studie liefert keine Belege dafür, dass ein kurzer virtueller Waldaufenthalt Stresserleben von berufstätigen Menschen effektiver reduziert als das Sitzen auf einem Bürostuhl ohne virtuellen Waldaufenthalt.

Literatur

Browning, M. H., Mimnaugh, K. J., van Riper, C. J., Laurent, H. K., & LaValle, S. M. (2020). Can simulated nature support mental health? Comparing short, singledoses of 360-degree nature videos in virtual reality with the outdoors. Frontiers in Psychology, 10, 2667.

Hong, S., Joung, D., Lee, J., Kim, D. Y., Kim, S., & Park, B. J. (2019). The Effects of Watching a Virtual Reality (VR) Forest Video on Stress Reduction in Adults. J. People Plants Environ, 22, 309-319.

Trägt eine längere Begleitung im Präventionsprogramm der DRV (RV Fit) zu einer besseren Adhärenz bei?

Lena Tepohl[1]; Ersan Özen[2]; Belinda Brack[1]; Stefan Middel[2]; Ulrich Vieregge[2]; Rainer Kaluscha[1]

[1] IFR Ulm; [2] medicos.AufSchalke Reha GmbH & Co. KG

Hintergrund und Zielstellung

Die Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen erfordert ein Umsteuern von der Rehabilitation zur Prävention, um die Erwerbsfähigkeit langfristig zu sichern. Die deutsche Rentenversicherung bietet ihren Versicherten daher auch Präventionsmaßnahmen wie RV Fit (ehemals Betsi) an (Deutsche Rentenversicherung, 2022). Ihr Nutzen kann jedoch von der individuellen Situation und den individuellen Ressourcen der Teilnehmenden abhängen (Schuler et al., 2014).

Im ambulanten Setting zeigte sich eine geringe Adhärenz in der Eigenaktivitätsphase, gemessen an einer Refresher-Quote von lediglich 7%. Dieser geringe Anteil lässt es fraglich erscheinen, ob eine nachhaltige Verhaltensänderung durch die Präventionsmaßnahme bei der Mehrheit der Teilnehmenden gelingt. Daher wird hier untersucht, ob die Refresher-Quote nach einer Präventionsmaßnahme im ambulanten Setting durch eine modifizierte Eigenaktivitätsphase erhöht werden kann.

Methoden

Zur Evaluation wird eine (teil-)randomisierte kontrollierte Studie durchgeführt, wobei die Teilnehmenden einer von drei unterschiedlichen Eigenaktivitätsphasen (Modell 1-3) zugeteilt werden. In der Kontrollgruppe findet keine weitere Betreuung während der Eigenaktivitätsphase statt (Modell 1). In der Interventionsgruppe werden je 12 betreute Einheiten á 90 Minuten entweder in weiteren Präsenzterminen (Modell 2) oder mit einer Onlineplattform (Modell 3) durchgeführt. Die Adhärenz wird anhand der Refresher-Quote gemessen, d.h. die Anzahl der Teilnehmenden am Abschlusstermin des Programms RV Fit. Der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und weitere Zielgrößen werden anhand von standardisierten Fragebögen sowie mithilfe einer Diagnostik zu drei Zeitpunkten erfasst. Die Messzeitpunkte sind zu Beginn der Maßnahme (t0), vor der Eigenaktivitätsphase (t1) und am Ende der Eigenaktivitätsphase, d.h. zum Refresher-Tag (t2).

Ergebnisse

Für die Studie konnten 339 Teilnehmenden rekrutiert werden. Davon sind 44,8% (n=142) Männer und 95,9% (n=304) erwerbstätig. Das durchschnittliche Alter liegt bei 50,7 (±9,1) Jahren und der BMI bei 29,6 (±8,5).

Bisher haben 209 Teilnehmende die Maßnahme abgeschlossen, von denen 83 den Refresher besucht haben. Daraus ergibt sich eine deutlich gesteigerte Refresher-Quote von insgesamt 39,7%. Nach Modell separiert betrachtet zeigt sich im Standardverfahren ohne Begleitung (Modell 1) eine Refresher-Quote von bei 33,3%. Im Modell 2 mit Präsenzterminen liegt sie bei 40,4% und im Modell 3 mit der Onlineplattform bei 46,9%. Die finalen Ergebnisse werden im Frühjahr 2023 erwartet.

Diskussion und Fazit

Die Zwischenergebnisse zeigen eine unerwartet deutliche Steigerung der Refresher-Quote, allerdings auch in der Kontrollgruppe. Mögliche Erklärungen dafür wären eine stärkere Rekrutierung im betrieblichen Setting sowie ein stärker ausgeprägtes Überwicht (d.h. höherer BMI) bei den Studienteilnehmern im Vergleich zum bisherigen Routinebetrieb. Vermutlich haben auch Covid19-bedingte Einschränkungen in Sport- und Freizeiteinrichtungen zu einer höheren Inanspruchnahme der Trainingsangebote in den Rehazentren beigetragen.

Unabhängig davon liegt die Refresher-Quote bei beiden begleiteten Modellen spürbar über der des Standardmodelles. Nach dem Differenz-der-Differenzen-Ansatz lässt sich also auch im Routinebetrieb eine Steigerung der Refresher-Quote um sieben bzw. dreizehn Prozentpunkte durch eine Einführung einer Begleitung mit Präsenzterminen bzw. einer Online-Unterstützung erwarten.

Damit wären eine nachhaltigere Verhaltensänderung sowie ein langfristigerer Erhalt der Erwerbsfähigkeit wahrscheinlicher, so dass eine Modifikationen für die Regelversorgung im RV-Fit-Programm erwogen werden sollte.

Take-Home-Message

Sowohl Präsenztermine als auch Online-Angebote leisten Unterstützung in der Eigenaktivitätsphase bei Präventionsprogrammen und verbessern so Adhärenz und Erfolgsaussichten.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2022): RV-fit. Online: www.rv-fit.de (31.10.2022).

Schuler, M., Musekamp, G., Spanier, K., Kittel, J., Fröhlich, S. M., Faller, H. (2014): Intra- versus interindividuelle Veränderung: Verändert sich der subjektive Gesundheitszustand in Abhängigkeit von Selbstmanagementfertigkeiten oder erlebter sozialer Unterstützung? DRV Schriften 103, S. 235 – 237.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Bedeutung des Post-COVID-Syndroms in der Rehabilitation (PoCoRe): Studienprotokoll einer multizentrischen Studie bei verschiedenen Fachrichtungen

Alexa Kupferschmitt[1,2,3]; Thilo Hinterberger[1]*; Ida Montanari[1,4]; Matthias Gasche[5]; Christoph Hermann[6],Miichael Jöbges[7]; Stefan Kelm[8]; Gerhard Sütfels[9]; Andreas Wagner[10]; Thomas H. Loew[1,4]**; Volker Köllner[1,2,3]***

[1] Universitätsklinikum Regensburg;
[2] Charité – Universitätsmedizin Berlin; [3] Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund; [4] Zentrum für Pneumologie und Psychosomatische Medizin, Donaustauf; [5] Gelderland Klinik Geldern;
[6] Kliniken Schmieder Gailingen; [7] Kliniken Schmieder Konstan; [8] Westerwaldklinik Waldbreitbach; [9] Rehabilitationszentrum Todtmoos, Klinik Wehrawald; Deutsche Rentenversicherung Bund; [10] Alpcura Fachklinik Pfronten

* Gleichberechtigte Erstautorenschaft Kupferschmitt & Hinterberger

** Gleichbereichtigte Letztautorenschaft Loew & Köllner

Hintergrund und Zielstellung

Beim Post-COVID-Syndrom können neben körperlichen Einschränkungen auch kognitive Einschränkungen, Fatigue, Dyspnoe sowie Depressionen und Angststörungen auftreten. Stand Oktober 2022 haben sich weltweit ca. 624 Millionen Menschen mit SARS-CoV-2 infiziert (Deutschland ca. 34.5 Mio), wobei ca. 5-10% ein Post-COVID-Syndrom entwickeln (Augustin et al., 2021). Bei einem relevanten Teil der Betroffenen führt dies zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit oder bedroht im schlimmsten Fall die Teilnahme am Arbeitsleben (Lemhöfer et al., 2021). Post-COVID ist somit ein hochrelevantes Thema für die öffentliche Gesundheit (Matsumoto et al., 2022). Eine kausale Therapie für das Post-COVID-Syndrom gibt es bisher nicht, mit einer multimodalen symptomorientierten Rehabilitation kann der Verlauf jedoch günstig beeinflusst werden (Koczulla et al., 2022). Die Studienlage zur Post-COVID-Reha ist bisher unzureichend. Die Zielsetzung dieser Studie ist daher: (1) Deskription neurologischer, kognitiver oder/und psychischer Funktionseinschränkungen. (2) Differenzierte Überprüfung der fachspezifischen Rehabilitationsmaßnahmen, sowohl kurz- als auch längerfristig zum Zweck der Zukunftsprognose und der Optimierung therapeutischer Interventionen.

Methoden

Es handelt sich um eine multizentrische, nicht randomisierte, kontrollierte Längsschnitt-Studie mit Mehr-Gruppenvergleichen, bei der Beteilung von sieben Rehabilitationskliniken unterschiedlicher Fachrichtungen: Kardioloigie, Pneumologie, Neurologie, Psychosomatik. Der Erhebungszeitraum beträgt 12 Monate. Die Ziel-Stichprobengröße ist N = 1000. Somatische und psychologische Testung zu drei Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung,

6-Monats-Katamnese) werden durchgeführt. Durchgeführt werden u.a. Spiroergometrien, 6MGT, TAP-Testung zur Prüfung der neuro-kognitiven Störungen und ein psychologisches Assessment. Die Patientenversorgung erfolgt durch die an die Herausforderungen der Post-COVID-Symptomatik angepasste Regelversorgung.

Ergebnisse

Wir gehen davon aus, differenzierte Einblicke in neurologische, kognitive oder/und psychische Funktionseinschränkungen bei Rehabilitand*innen nach COVID-19 Erkrankung zu erhalten und darüber hinaus, die fachspezifischen Rehabilitationsmaßnahmen, kurzfristig und im längeren Verlauf hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüfen zu können.

Diskussion und Fazit

Diese Studien dient zur differenzierten Erfassung der Post-COVID Symptomatik. Die Ergebnisse sollen zur Verbesserung der Versorgungslage mittels geeigneter Behandlungskonzepte beitragen. Es wird angenommen, dass entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen sich positive auf die körperliche und psychische Konsitution der Post-COVID Betroffenen auswirken und dadurch auch die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr an den Arbeitsplatz erhöhen.

Registrierung der Studie: Z-2022-1749-8, registriert 03. Februar 2022.

Take-Home-Message

-

Literatur

Augustin, M., Schommers, P., Stecher, M., Dewald, F., Gieselmann, L., Gruell, H., Horn, C., Vanshylla, K., Cristanziano, V. Di, Osebold, L., Roventa, M., Riaz, T., Tschernoster, N., Altmueller, J., Rose, L., Salomon, S., Priesner, V., Luers, J. C., Albus, C., … Lehmann, C. (2021). Recovered not restored: Long-term health consequences after mild COVID-19 in non-hospitalized patients. MedRxiv, 2021.03.11.21253207. https://doi.org/10.1101/2021.03.11.21253207.

Koczulla, A. R., Ankermann, T., Behrends, U., Berlit, P., Berner, R., Böing, S., Brinkmann, F., Frank, U., Franke, C., Glöckl, R., Gogoll, C., Häuser, W., Hohberger, B., Huber, G., Hummel, T., Köllner, V., Krause, S., Kronsbein, J., Maibaum, T., Otto-Thöne, A., Zwick, R. (2022). AWMF S1-Leitlinie Long/ Post-COVID. moz-extension://cf6a90ab-d653-4bc0-b6ed-1498cd57c255/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.awmf.org%2Fuploads%2Ftx_szleitlinien%2F020-027l_S1_Post_COVID_Long_COVID_2022-08.pdf.

Kupferschmitt, A., Etzrodt, F., Kleinschmidt, J., & Köllner, V. (2022). Nicht nur multimodal, sondern auch interdisziplinär: Ein Konzept für fächerübergreifende Zusammenarbeit in der Rehabilitation des Post-COVID-Syndroms. PPmP - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 72. https://doi.org/10.1055/A-1838-3055.

Lemhöfer, C., Best, N., Gutenbrunner, C., Loudovici-Krug, D., Teixido, L., & Sturm, C. (2021). Perceived and Real Work Capacity of Patients with Post-COVID Symptoms after Mild Acute Course: A Analysis of the Rehabilitation Needs Questionnaire (RehabNeQ). Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin. https://doi.org/10.1055/A-1674-8044/ID/R2021-08-0550-0032.

Matsumoto, K., Hamatani, S., Shimizu, E., Käll, A. & Andersson, G. (2022). Impact of post-COVID conditions on mental health: a cross-sectional study in Japan and Sweden. BMC Psychiatry, 22(1), 1–13. https://doi.org/10.1186/S12888-022-03874-7/TABLES/3.

Erste Ergebnisse der stationären Post-COVID-Rehabilitation

Alexa Kupferschmitt[1,2,3]; Eike Langheim[3]; Haris Tüter[1]; Franziska Etzrodt[3]; Volker Köllner[3]

[1] Universitätsklinikum Regensburg; [2] Charité - Universitätsmedizin Berlin;
[3] Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund;

Hintergrund und Zielstellung

COVID-19 geht mit verschiedenen Symptomen und einer langfristigen psychischen Belastung einher (Soriano et al., 2022). Die WHO (2021) definiert Post-COVID als ein Persistieren von Symptomen im Zusammenhang mit der überstandenen SARS-CoV-2-Infektion. Das Post-COVID-Syndrom betrifft 5-10 % der COVID-19-Patienten (Augustin et al., 2021), von welchen ein relevanter Teil von längerer Arbeitsunfähigkeit aufweisen oder im schlimmsten Fall die Teilnahme am Arbeitsleben bedroht ist (Lemhöfer et al., 2021). In Anbetracht der multifaktoriellen Ursachen für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Post-COVID-Syndroms ist eine multimodale Behandlung mit somatomedizinischen und psychotherapeutischen Inhalten sinnvoll (Koczulla et al., 2022; Kupferschmitt et al., 2022). Diese Studie vergleicht die psychische Belastung stationär aufgenommener Post-COVID-Patienten sowie deren Therapieverlauf mit stationär aufgenommenen psychosomatischen und psychokardiologischen Patienten.

Methoden

Es handelt sich um eine Beobachtungsstudie mit Kontrollgruppe und klinischer, standardisierter Untersuchung. Zu zwei Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung) werden psychologische Tests (BDI-II, HELATH-49) und der 6-MGT als somatischer Parameter durchgeführt. Ausgewertet werden Stichprobencharakteristika, einschließlich arbeitsbezogene Parameter, die allgemeine Symptombelastung und der Verlauf der Symptome während der Rehabilitation.

Ergebnisse

Bei Aufnahme waren post-COVID-Patienten in allen Parametern signifikant belastet, jedoch weniger stark als psychosomatische oder psychokardiologische Patienten (BDI-II post-COVID = 19,29 ± 9,03, BDI-II psychosomatisch = 28,93 ± 12,66, BDI-II psychokardiologisch = 24,47 ± 10,02). Während der Rehabilitation verringerte sich der Schweregrad der Symptome in allen Beschwerdebereichen und Sub-Gruppen signifikant (Effektstärken von d = 0,34 bis d = 1,22). Mittlere positive Effekte wurden auf Selbstwirksamkeit (d = .69) und große Effekte auf Aktivität und Teilhabe (d = 1,06) bei post-COVID Patienten beobachtet. Im 6-MGT verbesserte sich die Gehstrecke um durchschnittlich 76,43 ± 63,58 Meter (d = 1,22). Bei keinem einzigen Patienten verschlechterte sich die Gehstrecke, was ein mögliches Anzeichen für Post Exercise Malaise (PEM) gewesen wäre. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 1 sowie die Entwicklung der Gehstrecke in Grafik 1.

Tab. 1: Ergebnisse Symtomatik

Symptomatik - Unterschiede zwischen den Gruppen und innerhalb der Gruppen von der Aufnahme bis zur Entlassung

Variablen	*Zwischen Gruppenunterschieden*						Psychosomatische Teilstichprobe n = 49 (32,7%)				Post-COVID-Teilstichprobe n = 51 (34,0%)				Psychokardiologische Teilstichprobe n = 50 (33,3%)			
	Aufnahme			*Entlassung*			*Aufnahme*	*Entlassung*			*Aufnahme*	*Entlassung*			*Aufnahme*	*Entlassung*		
	P	C	K	P	C	K	M (SD)	M (SD)	*p*	*d*	M (SD)	M (SD)	*p*	*d*	M (SD)	M (SD)	*p*	*d*
BDI-II	C	P	-	-	-	-	28.93 (12.66)	19.83 (14.52)	**	.89	19.29 (9.03)	13.83 (8.95)	**	.81	24.47 (10.02)	18.18 (12.73)	**	.59
HEALTH-49																		
Somatoforme Beschwerde	-	-	-				1.89 (.96)	1.35 (.96)	**	1.00	1.52 (.73)	1.18 (.82)	**	.60	1.82 (.90)	1.37 (.86)	**	.67
Depression	C	P	-	-	-	-	2.03 (.98)	1.28 (.95)	**	.97	1.06 (.83)	.65 (.67)	**	.60	1.78 (.104)	1.26 (1.15)	**	.68
Angst	C	P	-	C	P	-	1.22 (1.10)	.86 (.98)	*	.43	.56 (.60)	.36 (.47)	*	.34	.89 (.92)	.68 (.87)	-	-
Wohlbefinden	-	-	-	-	-	-	1.75 (.87)	1.19 (.88)	**	.98	1.10 (.57)	.78 (.53)	**	1.22	1.55 (.77)	1.14 (.83)	**	.70
Interaktionelle Schwierigkeiten	C	P, K	C	C	P, K	C	2.81 (.77)	2.04 (.99)	**	.66	2.60 (.77)	1.70 (.67)	**	.81	2.82 (.70)	2.08 (.97)	**	.85
Selbstwirksamkeit	-	-	-	-	-	-	2.55 (.96)	1.87 (.97)	**	.65	1.33 (.83)	.83 (.81)	**	.69	1.87 (.99)	1.48 (1.08)	*	.44
Aktivität & Teilnahme	-	-	-	-	-	-	2.28 (.87)	1.80 (.98)	**	.83	2.20 (.93)	1.62 (.86)	**	1.06	2.61 (.79)	1.97 (1.11)	**	.79
Somatische Parameter																		
6MWT							-	-	-	-	421.92 (98.90)	498.35 (101.14)	**	1.22	-	-	-	-

Anmerkung. Signifikante Gruppenunterschiede sind wie folgt angegeben: * <.00 ** <.000 – nicht sig.; Cohens d-Effektgrößen: .2 klein, .5 mittel, .8 groß; P = psychosomatische Patienten, C = Post-COVID-Patienten, K = psychokardiologische Patienten

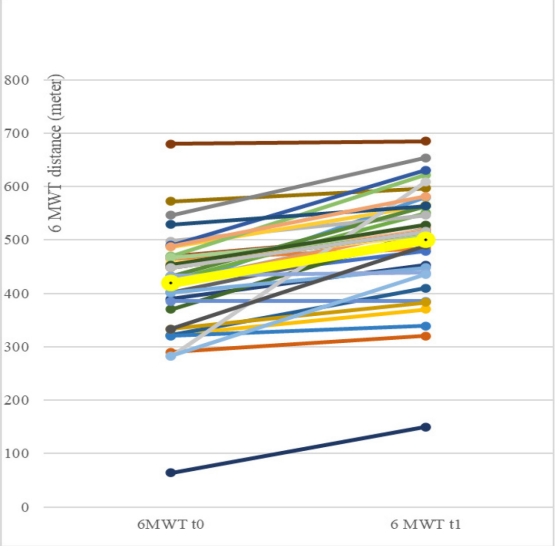


Abb. 1: Entwicklung der Gehstrecke

Diskussion und Fazit

Post-COVID-Patienten haben eine geringere psychische Belastung als psychokardiologische oder psychosomatische Patienten, sind jedoch klinisch bedeutsam belastet. Trotz der geringeren psychischen Belastung sind Patienten mit Post-COVID-Syndrom in Bezug auf Aktivität und Teilhabe sowie in sozialmedizinischer Hinsicht ähnlich stark eingeschränkt wie psychosomatische oder psychokardiologische Patienten. Obwohl die Rehabilitation nicht kurativ wirkt, profitieren Post-COVID-Patienten von den Maßnahmen. Trotz des Rehabilitationserfolgs mit Symptomreduzierung und Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit wurden etwa 50 % der Patienten nach der COVID als arbeitsunfähig entlassen, vor allem aufgrund anhaltender kognitiver Defizite. Zugleich gab es keine Anzeichen für PEM.

Take-Home-Message

Die Post-COVID Rehabilitation trägt signifikant zur Symptomreduktion und Krankheitsverarbeitung bei und verbessert das psychische Wohlbefinden und die Aktivität und Teilhabe.

Literatur

Augustin, M., Schommers, P., Stecher, M., Dewald, F., Gieselmann, L., Gruell, H., Horn, C., Vanshylla, K., Cristanziano, V. Di, Osebold, L., Roventa, M., Riaz, T., Tschernoster, N., Altmueller, J., Rose, L., Salomon, S., Priesner, V., Luers, J. C., Albus, C., Lehmann, C. (2021). Recovered not restored: Long-term health consequences after mild COVID-19 in non-hospitalized patients. MedRxiv, 2021.03.11.21253207. https://doi.org/10.1101/2021.03.11.21253207.

Koczulla, A. R., Ankermann, T., Behrends, U., Berlit, P., Berner, R., Böing, S., Brinkmann, F., Frank, U., Franke, C., Glöckl, R., Gogoll, C., Häuser, W., Hohberger, B., Huber, G., Hummel, T., Köllner, V., Krause, S., Kronsbein, J., Maibaum, T., Otto-Thöne, A., Zwick, R. (2022). AWMF S1-Leitlinie Long/ Post-COVID. moz-extension://cf6a90ab-d653-4bc0-b6ed-1498cd57c255/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.awmf.org%2Fuploads%2Ftx_szleitlinien%2F020-027l_S1_Post_COVID_Long_COVID_2022-08.pdf.

Kupferschmitt, A., Hinterberger, T., Montanari, I., Gasche, M., Hermann, C., Jöbges, M., Kelm, S., Sütfels, G., Wagner, A., Loew, T., & Köllner, V. (2022). Relevance of the post-COVID syndrome within rehabilitation (PoCoRe): study protocol of a multi-centre study with seven rehabilitation clinics of different specialisations: cardiological-psychosomatic rehab, pneumological-psychosomatic rehab, neurological. BMC Psychology.

Lemhöfer, C., Best, N., Gutenbrunner, C., Loudovici-Krug, D., Teixido, L., & Sturm, C. (2021). Perceived and Real Work Capacity of Patients with Post-COVID Symptoms after Mild Acute Course: A Analysis of the Rehabilitation Needs Questionnaire (RehabNeQ). Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin. https://doi.org/10.1055/A-1674-8044/ID/R2021-08-0550-0032.

Soriano, J. B., Murthy, S., Marshall, J. C., Relan, P., & Diaz, J. V. (2022). A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. The Lancet Infectious Diseases, 22(4), e102–e107. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00703-9.

Krankheitsrepräsentationen nach Leventhals Common-Sense Model bei Long-COVID Patient*innen

Anne Vogtmann[1]; Markus C. Hayden[2]; Matthias Limbach[2]; Konrad Schultz[2]; Dennis Nowak[3]; Nikola Stenzel[4]; Michael Schuler[5]

[1] Universität Würzburg; [2] Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie; [3] Comprehensive Pneumology Center München, Deutsches Zentrum für Lungenforschung, LMU Klinikum, München; [4] Psychologische Hochschule Berlin; [5] HS Gesundheit Bochum - Hochschule für Gesundheit

Hintergrund und Zielstellung

Nach einer überstandenen SARS-CoV-2-Infektion sind viele Menschen von Long-COVID bzw. einem Post-COVID-Syndrom betroffen und leiden unter längerfristigen, gesundheitlichen

Beeinträchtigungen (Nittas et al., 2022). Wenn COVID-19 Krankheitsfolgen auch die Atmungsorgane (mit-)betreffen, wird eine pneumologische Rehabilitation (PR) empfohlen. Bislang liegen wenig Erkenntnisse zu Überzeugungen („Krankheitsrepräsentationen“) der Patient*innen über ihre Erkrankung vor, zum Beispiel über die angenommene Dauer, Beeinträchtigungen, Kontrolle und Behandelbarkeit. Nach dem Common-Sense Model (CSM, Leventhal et al., 2011) können Krankheitsüberzeugungen erheblichen Einfluss auf Coping und Compliance der Patient*innen und folglich auch auf den Verlauf der PR haben. In dieser Sekundäranalyse wurden Krankheitsrepräsentationen von Long-COVID Rehabilitand*innen am Beginn einer PR analysiert und Zusammenhänge mit Charakteristika der akuten COVID-19 Erkrankungen beleuchtet.

Methoden

Die Daten dieser Analyse stammen aus einer prospektiven Beobachtungsstudie zum Verlauf von Symptomen bei Post-/Long-COVID während und nach einer PR (Hayden et al., 2021; Hayden et al., under Review). Eingeschlossen wurden 69 Frauen und 89 Männer (N=158), die aufgrund anhaltender Symptome nach akuter COVID-19 eine PR an der Klinik Bad Reichenhall absolvierten. Krankheitsrepräsentationen wurden zu Beginn der PR mittels einer auf COVID-19 angepassten Version des Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) erfasst. Höhere Werte deuten jeweils auf negativere Ausprägungen (z.B. schlimmere Konsequenzen, weniger Behandlungskontrolle). Berichtet werden deskriptive Kennwerte und 95%-Konfidenzintervalle. Zur Analyse der Zusammenhänge zwischen Aspekten von akuter COVID-19, wie intensivmedizinische Behandlung (ja/nein) oder Dauer der anhaltenden Symptomatik (≤12 Wochen/ >12 Wochen), wurden Pearson-Korrelationskoeffizienten, Cohen’s d und t-Tests berechnet. Der Einfluss von Alter und Geschlecht auf die ermittelten Zusammenhänge wurde durch multiple Regressionsanalysen überprüft.

Ergebnisse

Die höchsten Werte wurden bei den BIPQ-Items Konsequenzen (M=6.87, 95% KI [6.50, 7.24], Md=7, SD=2.37), Identität (M=6.77, KI [6.40, 7.24], Md=8, SD=2.69) und Sorgen (M=6.82, KI [6.40, 7.24], Md=8, SD=2.69) erzielt, die niedrigsten bei den Items Behandlungskontrolle (M=2.80, KI [2.48, 3.13], Md=2.50, SD=2.06) und Verständnis (M=3.64, KI [3.21, 4.07], Md=3, SD=2.77). Besonders hohe Korrelationen der BIPQ-Items untereinander zeigten sich zwischen Sorgen und Emotionale Repräsentation (r =.78), Konsequenzen und Identität (r=.78) sowie Sorgen und Identität (r=.69). Es zeigten sich diverse Zusammenhänge mit Charakteristika der Akutbehandlung, die deutlichsten mit Behandlungskontrolle. Diese hing sowohl mit einer erfolgten intensivmedizinischen Behandlung (d=0.47, p=.004) sowie invasiver Beatmung (d=0.47, p=.021), Sauerstofftherapie (d=0.47, p=.021) und COVID-Gruppe (anhaltende Symptomatik ≤12 Wochen/ >12 Wochen; d=-0.55 p < .001) zusammen. Die meisten Zusammenhänge blieben auch nach Kontrolle der Variablen Alter und Geschlecht stabil.

Diskussion und Fazit

Insgesamt zeigt sich im Mittel eine deutliche, aber keine extreme wahrgenommene Belastung der Rehabilitand*innen. Zudem halten sie ihre Symptome im Mittel für behandelbar, was für eine gute Therapiemotivation spricht. Rehabilitand*innen mit schwereren Akutverläufen berichten weniger bedrohliche Krankheitsrepräsentationen als Personen mit leichteren

Verläufen. Rehabilitand*innen mit längerer Krankheitsdauer geben im Vergleich zu Rehabilitand*innen mit kürzerer Krankheitsdauer stärker wahrgenommene Auswirkungen der Long-COVID Erkrankung an. In künftigen Analysen sollten Veränderungen in Krankheitsrepräsentationen und deren Zusammenhänge mit dem Verlauf der Symptomatik betrachtet werden. Die Ergebnisse dieser und folgender Studien könnten dazu genutzt werden Rehabilitationsprogramme für Long-COVID Patient*innen noch besser auf die Betroffenen abzustimmen und Krankheitsrepräsentationen direkt adressieren, um belastende emotionale Reaktionen zu reduzieren und den Gesundheitszustand zu verbessern.

Take-Home-Message

Long-/Post-COVID-Rehabilitand*innen sehen sich zu Rehabeginn durch die Symptome stark belastet und machen sich Sorgen über die Folgen der Erkrankung, sind jedoch gleichzeitig davon überzeugt, dass ihnen die Behandlung helfen kann. Diese Krankheitsrepräsentationen hängen mit Charakteristika des Akutverlaufs zusammen.

Literatur

Hayden, M. C., Limbach, M., Schuler, M., Merkl, S., Schwarzl, G., Jakab, K., Nowak, D., & Schultz, K. (2021). Effectiveness of a three-week inpatient pulmonary rehabilitation program for patients after COVID-19: A prospective observational study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(17), 9001.

Hayden, M. C., Schuler, M., Limbach, M., Schwarzl, G., Stenzel, N., Nowak, D., Schultz, K. (under Review). Patient-Reported Outcomes (PROs) 3 und 6 Monate nach pneumologischer Post-Covid-Rehabilitation.

Leventhal, H., Bodnar-Deren, S., Breland, J. Y., Hash-Converse, J., Phillips, L. A., Leventhal, E. A., & Cameron, L. D. (2011). Modeling health and illness behavior: The approach of the commonsense model. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. Singer (Hrsg.), Handbook of Health Psychology (2. Aufl., S. 3–35). Routledge.

Nittas, V., Gao, M., West, E. A., Ballouz, T., Menges, D., Wulf Hanson, S., & Puhan, M. A. (2022). Long COVID through a public health lens: An umbrella review. Public Health Reviews, 43, 1604501.

Post-Rehabilitative Veränderungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und Lebensqualität von Post-COVID-19-Patient*innen

Stefan Gschwenter; Daniel Graf; Alexandra Edlmayer; David Felder; Gabriele Reiger; Martin Skoumal

Pensionsversicherungsanstalt

Hintergrund und Zielstellung

Seit Beginn der Corona-Pandemie zeigen sich zunehmend die Folgeerscheinungen einer akuten COVID-19-Erkrankung. Diese äußern sich u.a. in verminderter Leistungsfähigkeit, funktionellen Beeinträchtigungen sowie Einschränkungen der Lebensqualität (Carfi et al., 2020). Halten die Auswirkungen einer COVID-19-Erkrankung über einen zwölfwöchigen Zeitraum an, spricht man vom post-COVID-19 Syndrom (Koczulla et al., 2021). Um die

Genesung von post-COVID-19-Patient*innen zu unterstützen, kann eine multimodale pneumologische Rehabilitationsmaßnahme indiziert sein. Dabei soll basierend auf dem bio-psycho-sozialen ICF-Modell die Teilhabe der Rehabilitand*innen gefördert werden (Jarosch, Koczulla, 2021). Ziel dieser klinischen Beobachtungsstudie war es, Veränderungen der kardiovaskulären und pulmonalen Leistungsfähigkeit sowie unterschiedlicher Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des selbstberichteten Gesundheitszustandes von post-COVID-19-Patient*innen in Folge einer dreiwöchigen multimodalen pneumologischen Rehabilitationsmaßnahme zu untersuchen.

Methoden

Anhand von monozentrisch im Routinebetrieb erhobenen Daten wurden sekundäre Datenanalysen durchgeführt. Insgesamt lagen zur kardiovaskulären und pulmonalen Leistungsfähigkeit, gemessen anhand des 6 MWT (Gehstrecke in Metern), Daten von 779 Patient*innen vor (♀ = 47.88 %; Malter = 56.56, SD = 13.16). Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (0 = keine Einschränkungen; 5 = extreme Einschränkungen) und der selbstberichtete Gesundheitszustand (0 = der schlechteste Gesundheitszustand, den man sich vorstellen kann; 100 = der beste Gesundheitszustand, den man sich vorstellen kann) wurden anhand des EQ-5D-5L operationalisiert. Der EQ-5D-5L wurde von insgesamt 679 Patient*innen ausgefüllt (♀ = 48.9%; Malter = 56.30, SD = 13.39).

Ergebnisse

T-Tests für abhängige Stichproben mit Bonferroni-Holm-Korrektur zeigten, dass Patient*innen vor der Rehabilitation (M = 415.26, SD = 128.75) eine kürzere Gehstrecke zurücklegen konnten als nach der Rehabilitation (M = 516.04, SD = 119.34). Diese Verbesserung erwies sich als statistisch signifikant ($t(778) = -39.79$, $p < .001$, $d = 0.812$). Bezogen auf die Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnte gezeigt werden, dass Patient*innen ihre Einschränkungen in der Mobilität vor der Rehabilitation (M = 1.66, SD = 0.96) als statistisch signifikant größer einschätzten als nach der Rehabilitation (M = 1.25, SD = 0.59); $t(587) = 11.16$, $p < .001$, $d = -0.525$; dass Patient*innen ihre Einschränkungen in der Selbstversorgung vor der Rehabilitation (M = 1.15, SD = 0.47) als statistisch signifikant größer einschätzten als nach der Rehabilitation (M = 1.05, SD = 0.27); $t(588) = 5.44$, $p < .001$, $d = -0.245$; dass Patient*innen ihre Einschränkungen in alltäglichen Tätigkeiten vor der Rehabilitation (M = 2.12, SD = 0.93) als statistisch signifikant größer einschätzten als nach der Rehabilitation (M = 1.41, SD = 0.72); $t(586) = 17.97$, $p < .001$, $d = -0.860$; dass Patient*innen ihren Schmerz / ihr Unbehagen vor der Rehabilitation (M = 2.36, SD = 0.88) als statistisch signifikant größer einschätzten als nach der Rehabilitation (M = 1.82, SD = 0.73); $t(584) = 13.54$, $p < .001$, $d = -0.678$; und dass Patient*innen ihre Angst / Niedergeschlagenheit vor der Rehabilitation (M = 1.76, SD = 0.93) als statistisch signifikant größer einschätzten als nach der Rehabilitation (M = 1.26, SD = 0.59); $t(587) = 12.99$, $p < .001$, $d = -0.641$. Abschließend konnte gezeigt werden, dass Patient*innen ihren Gesundheitszustand vor der Rehabilitation (M = 62.11, SD = 15.60) als signifikant niedriger einschätzten als nach der Rehabilitation (M = 79.76, 14.76); $t(584) = -23.90$, $p < .001$, $d = 1.162$.

Diskussion und Fazit

Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass eine multimodale pneumologische Rehabilitation eine geeignete Maßnahme darstellt, um die Teilhabefähigkeit von post-COVID-19-Patient*innen zu verbessern. Um die positiven Effekte solcher Maßnahmen genauer abschätzen zu können sollten zukünftige Studien (quasi-)experimentelle Forschungsstrategien berücksichtigen.

Take-Home-Message

Post-COVID-19-Patient*innen zeigen in Folge einer multimodalen pneumologischen Rehabilitationsmaßnahme Verbesserungen in Parametern der kardiovaskulären und pulmonalen Leistungsfähigkeit sowie der Lebensqualität. Die Ergebnisse sprechen für die Eignung einer derartigen Rehabilitationsmaßnahme zur Verbesserung grundlegender Voraussetzungen der sozialen und beruflichen Teilhabefähigkeit dieses Patientenkollektivs.

Literatur

Carfì, A., Bernabei, R., Landi, F. (2020): Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. Jama, 324. 603-605.

Jarosch, I., Koczulla, A. R. (2021). Rehabilitation nach COVID-19-Erkrankung. Sports Orthopaedics and Traumatology, 37. 242-248.

Koczulla, A. R., Ankermann, T., Behrends, U., Berlit, P., Böing, S., Brinkmann, F., Franke, C., Glöckl, R., Gogoll, C., Hummel, T., Kronsbein, J., Maibaum, T., Peters, E., Pfeifer, M., Platz, T., Pletz, M., Pongratz, G., Powitz, F., Rabe, K. F., Scheibenbogen, C., Stallmach A., Stegbauer, M., Wagner, H. O., Waller, C., Wirtz, H., Zeiher, A., Zwick, R. H. (2021). S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID [S1 Guideline Post-COVID/Long-COVID]. Pneumologie, 75. 869–900.

Interessenkonflikt: Alle Urheber der Studie sind Angestellte der Pensionsversicherungsanstalt

Pulmonale Erholung nach Covid-19

Christoph Altmann[1]; Elena Zvonova[1]; Lutz Richter[2]; Per Otto Schüller[3]

[1] MEDIAN Klinik Bad Gottleuba; [2] Medischulen Ost - gemeinnützig Staatl. anerkannte Schule für Physiotherapie; [3] MEDIAN Klinik Flechtingen

Hintergrund und Zielstellung

Bleibende Gesundheitsschäden nach Covid-19 (C19) sind häufig (Ayegbusi et al., 2021; Lemhöfer et al., 2021; Nalbandian et al., 2021). Zeitachse und Ausmaß der pulmonalen Gesundung nach C19 und bei Long-Covid (LC) sind nur lückenhaft erforscht (Koczulla et al., 2021; Venkatesan et al., 2021). Die C19- und LC-Rehabilitation gehören aktuell zu den effektivsten therapeutischen Optionen nach C19 und bei LC.

Dargestellt werden Ausgangsbefunde, Therapiedaten, spiroergometrische Daten und sozialmedizinische Ergebnisse von 31 Rehabilitandinnen nach C19 bzw LC aus dem Zeitraum 03/2021 bis 10/2022.

Methoden

Folgende klinische Daten wurden von 21 AHB Pat nach C19 und 21 HV Pat mit LC-Reha (im Ergebnisteil in Klammern dargestellt) verglichen:

- Aufnahmedaten wie Abstand zur C19 Erkrankung sowie subjektive und objektive Parameter der
- pulmonalen Beeinträchtigung
- Therapiedaten zur Atemtherapie, Sauerstofftherapie und medikamentösen Therapie
- Spiroergometrie-Daten
- Klinische und sozialmedizinische Ergebnisse.

Ergebnisse

Aufnahme

Anteil w 38 (61)%. Alter m 55,0 (52,5)J. Alter w 51,6 (48,1) J. Kostenträger DRV/BG 100/0 (71/19)%. Luftnot NYHA2 1,2 (1,5). mMRC 1,5 (1,6). LTOT 33 (0)%. LE 33 (14)%. COPD/Asthma 10 (10)%. PAH 5 (5)%. Zwerchfellprobleme 38 (23)%. VC 75 (91)%. FEV1 78,9 (88)%. LVEF 63,2 (65,7)%.

Therapie

Coach 86 (52)%. IMT 67 (48)%. Predni 10 (18)%. Colchicin 14 (10)%. IHHT 33 (43)%.

Spiroergometrie

AF 18,9 > 29,2 (19,0 > 30,0)/min. O2-P 4,2 > 10,8 (5,0 > 11,0) ml/b. VT 0,6 > 2,0 (0,75 > 1,8)l. VE 12,1 > 57,8 (12,4 > 51,7) l/min. VAT 88,1 (92,9) W. EQO2AT/EQCO2AT 33,0/32,9 (31,0/31,1).

Ergebnis

tVC Coach 2292 > 3164 (2414>2609) ml. Wid IMTe 30 (21) cm H20. O2-Sätt min 93,7 (95,4). 6MGT 440 > 525 (n.a)m. Ergo-Training 39,0 > 73,8 (46,9 > 74,0) W.

Entl af 5 (33) %. Letzter Beruf >6h 95 (52)%. allg AM >6h 95 (71) %.

Diskussion und Fazit

Bei dem beobachteten Klientel gelang insgesamt eine günstige pulmonale Erholung nach C19.

Es bestand bei keinem Pat eine Linksherzproblematik. Zwerchfellprobleme waren häufiger zu beobachten. Die angewendete Therapie waren erfolgreich. Spiroergometrisch auffällig waren eine vergleichbare zu schnelle und ineffektive Atmung bei insgesamt guter Belastbarkeit in beiden Kollektiven. Die festgestellten quantitativen Leistungseinschränkungen bei LC bezogen sich alle auf neuropsychologische Beeinträchtigungen.

Take-Home-Message

Nach C19 und bei LC müssen falsche Atemmuster und Zwerchfellbewegungsstörungen beachtet, untersucht und ggf. behandelt werden. Spezialisierte Rehabilitationsangebote zur AHB nach C19 und als HV für LC sind effektive therapeutische Optionen.

Literatur

Ayegbusi, O. L. et al., (2021). Symptoms, complications, and management of long COVID: a review. J R Soc Med 2021 Sep;114(9):428-442.

Koczulla, A. R. et al., (2021). S1 Guideline Post-COVID/Long-COVID. Pneumologie 2021 Nov;75(11):869-900.

Lemhöfer, C. et al., (2021). Assessment of rehabilitation needs in patients after COVID-19: Development of the COVID-19-rehabilitation needs survey. J Rehabil Med 2021 Apr 27;53(4):jrm00183.

Nalbandian, A. et al., (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. Nat Med 2021 Apr;27(4):601-615.

Venkatesan, P. et al., (2021). NICE guideline on long COVID. Lancet Respir Med. 2021 Feb; 9(2): 129.

Einfluss einer dermatologischen Rehabilitation auf das kardiovaskuläre Risiko bei Psoriasis-Patienten

Jomana Al Attar; Jochen Muke; Kaija Troost; Tobias Neumeister; Athanasios Tsianakas

Fachklinik Bad Bentheim

Hintergrund und Zielstellung

Die Psoriasis vulgaris ist eine chronisch-entzündliche Hautkrankheit, welche mit einem deutlich gesteigerten kardiovaskulären Risiko einhergeht (Zutt et al., 2016). Das Screening auf die kardiovaskulären Komorbiditäten sowie die leitliniengerechte Behandlung dieser Erkrankungen sind bereits heute Bestandteil des Managements von Psoriasispatienten (Gerdes et al., 2012). Im Rahmen einer dermatologischen Rehabilitation wird neben dem Screening auf kardiovaskuläre Erkrankungen auch die Senkung des erhöhten kardiovaskulären Risikos aktiv angegangen, indem das Rehabilitationsprogramm u.a. ein individuell angepasstes Sportprogramm, eine Ernährungsberatung, die psychologische Betreuung, eine Lifestyle-Beratung sowie eine internistisch-medizinische Betreuung beinhaltet. Jedoch ist bis heute eine Evaluation eines solchen Rehabilitationsprogramms im Hinblick auf die Messung der tatsächlichen Reduktion des kardiovaskulären Risikos ausstehend.

Methoden

Im Rahmen einer prospektiven Studie führten wir ein Evaluationsprogramm zur Messung des kardiovaskulären Risikos bei Patienten mit einer Psoriasis in einer dermatologisch-medizinischen Rehabilitation durch. Bei 100 Patienten mit einer gesicherten Psoriasis wurden neben der Abfrage der Lebensqualität (DLQI), der Krankheitsaktivität (PGA), die Nikotin- und Alkoholanamnese sowie die Sportanamnese in insgesamt vier Visiten ab Beginn der stationären Rehabilitation über einen Zeitraum von einem Jahr evaluiert. Die ersten zwei Visiten erfolgten zu Beginn und am Ende des rehabilitativen Aufenthaltes. Zu diesen Zeitpunkten wurden zudem die Vitalparameter wie Blutdruck, Puls, der BMI, der Bauchumfang sowie ein umfangreiches Laborprogramm einschließlich des Glucose- und Lipidprofils ausgewertet. Zusätzlich erfolgte ein monitorüberwachtes Ergometertraining jeweils zu Beginn und am Ende des Rehabilitationsaufenthalts (primäres Zielkriterium der Studie).

Ergebnisse

Es zeigte sich im Verlauf der Rehabilitationsmaßname bei den Psoriasispatienten eine signifikante Verbesserung der Leistungsfähigkeit beim Ergometertraining. Auch gab es signifikante Verbesserungen im Bereich der Vital- und Laborparameter sowie der Lebensqualität und Krankheitsaktivität über den Studienzeitraum.

Diskussion und Fazit

Die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme in einem spezialisierten Zentrum, welches über sämtliche therapeutische Maßnahmen zur Behandlung der Psoriasis und ihrer bekannten (kardiovaskulären) Komorbiditäten verfügt, erscheint somit äußerst sinnvoll. Zur Bestätigung der Ergebnisse dieser Pilotstudie ist eine multizentrische Studie in Vorbereitung.

Take-Home-Message

Eine Rehabilitationsmaßnahme bei Psoriasis hat nicht nur das Potential, die Erkrankung der Psoriasis selbst, sondern auch ihrer kardiovaskulären Komorbiditäten zu verbessern.

Literatur

Gerdes S, Mrowietz U. (2012). Komorbiditäten und Psoriasis. Konsequenzen für die Praxis [Comorbidities and psoriasis. Impact on clinical practice]. Hautarzt. Mar;63(3):202-13.

Zutt M, Rudolph H, Kaune KM, Wosniok W, Gärtner U et al. (2016). Myokardszintigraphie - eine Methode zur Erfassung der kardialen Komorbidität bei Psoriasis-Patienten? J Dtsch Dermatol Ges. Oct;14(10):1007-1015.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand des SF 36 vor und nach Rehabilitation nach thermischen Verletzungen

Hubert Neubauer[1]; Annette Stolle[1]; Hans Ziegenthaler[2]; Felix Klimitz[1]; Sabine Ripper[3]; Ulrich Kneser[1]; Leila Harhaus[1]

[1] BG Klinik Ludwigshafen; [2] Moritz-Klinik; [3] Praxis für Psychotherapie

Hintergrund und Zielstellung

Brandverletzungen haben häufig erhebliche Folgen auf die körperliche und psychische Lebensqualität, welche noch Jahre nach dem Trauma bestehen (Spronk et al., 2020). In der Rehabilitation werden daher sowohl die körperlichen Funktionen als auch die psychische Situation adressiert.

Methoden

In der Beobachtungsstudie wurden Patienten nach thermischen Verletzungen zu Beginn (T1) und am Ende der Rehabilitation (T2) sowie 3 Monaten (T3) und 12 Monaten (T4) nach Entlassung aus der Rehabilitation untersucht (Neubauer et al., 2019). Neben epidemiologischen Daten wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit dem Fragebogen Short Form Health Survey 36 (SF 36, deutsche Version, Morfeld et al., 2011) sowie psychische Beschwerden anhand der Symptomcheckliste (SCL-9, Sereda et al., 2016) und Impact of Event Scale-Revised (IES-R, Horowitz et al., 1979) erfasst. Die individuellen Fragebogenwerte werden anhand des Bezugs zur Normpopulation der Fragebögen kategorisiert und als prozentuale Verteilung dargestellt.

Ergebnisse

In die Studie wurden 103 Rehabilitanden eingeschlossen (99 m, 3 w) und zum Zeitpunkt T1 und T2 untersucht. Zu T3 wurden 97 und zu T4 98 Rehabilitanden nachuntersucht. Das

Durchschnittsalter lag bei 44 Jahren (IQR 35-56) und die durchschnittlich verbrannte Körperoberfläche (vKOF) bei 14,55% (IQR 5,75-25).

Bei der Körperlichen Summenskala des SF 36 zeigte sich eine signifikante Verbesserung über die 4 Messzeitpunkte: zu T1 schätzten sich 31,2% unterdurchschnittlich und 25,8% weit unterdurchschnittlich ein, dies verbesserte sich zu T2 auf 30,4% und 14,1%. Im Nachuntersuchungszeitraum verbesserte sich die Körperliche Summenskala weiter zu T3 auf 20,2% und 8,5% und zu T4 auf 27,5% und 5,7%.

Die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität gemessen mit der Psychischen Summenskala des SF 36 veränderte sich nicht signifikant: zu T1 schätzten sich 9,7% unterdurchschnittlich und 6,5% weit unterdurchschnittlich ein. Nach der Rehabilitation (T2) schätzten sich 5,4% unterdurchschnittlich und 5,4% weit unterdurchschnittlich ein. Bei der Nachuntersuchung zu T3 waren dies 11,7% bzw. 5,3% und zu T4 10,2% bzw. 9,1%.

Die Beeinträchtigung durch psychische Symptome anhand der Symptomcheckliste SCL-9 ergab zu Beginn der Rehabilitation (T1) bei 28,7% eine deutlich messbare psychische Belastung, bei 5,9% eine sehr hohe psychische Belastung und bei 14,9% eine extrem hohe Belastung. Bei Entlassung aus der Rehabilitation (T2) ging dies auf 18,6%, 6,9% und 10,8% zurück. Im Nachuntersuchungszeitraum stieg die Belastung wieder an: zu T3 auf 23,2%, 7,4% bzw. 11,6% und zu T4 auf 23%, 5,7% bzw. 16,1%.

Die Belastung durch posttraumatische Symptome anhand des „Impact of Event Scale-Revised“ (IES-R) ergab den Verdacht auf eine Posttraumatische Belastungsstörung (nach Maerker et al, 1998) zu T1 bei 42,6%, zu T2 bei 29,4%, zu T3 bei 40% und zu T4 bei 43,2%.

Diskussion und Fazit

Die Rehabilitation nach thermischer Verletzung verbessert anhaltend die wahrgenommene gesundheitsbezogene körperliche Lebensqualität. Die wahrgenommene gesundheitsbezogene psychische Lebensqualität liegt überraschenderweise bereits zu Beginn bei einem großen Teil der Stichprobe im Normbereich und zeigt im Verlauf keine Veränderung. Im Unterschied dazu zeigt sich jedoch bei der Erhebung psychischer Beschwerden, dass ein erheblicher Teil der Betroffenen unter einer hohen Symptomlast leiden. Diese ist zwar nach der Rehabilitation reduziert, kehrt jedoch im Nachuntersuchungszeitraum wieder auf das Ausgangsniveau vor der Rehabilitation zurück.

Take-Home-Message

Rehabilitation nach Verbrennung verbessert nachhaltig die körperliche Funktion. Ein relevanter Anteil der Rehabilitanden war und blieb psychisch stark belastet. Dies sollte in der ambulanten Nachsorge beachtet werden.

Literatur

Maercker, A., Schützwohl, M. (1998): Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). Diagnostica, 44(3):130-141.

Morfeld M, Kirchberger I, Bullinger M. (2011): SF-36 health survey: manual and interpretation guide. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Neubauer H, Stolle A, Ripper, S., Klimitz F, Ziegenthaler H, Kneser U, Harhaus L (2019):. Evaluation of an International Classification of Functioning, Disability and Health-based

rehabilitation for thermal burn injuries: a prospective non-randomized design. Trials 20, 752 - 760.
Sereda Y, Dembitskyi S. (2016): Validity assessment of the symptom checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. BMC Psychiatry, 16(1):300.
Spronk, I, Van Loey, NE, Sewalt, C, Nieboer D, Renneberg B, Moi, AL, Oster C, Orwelius, L., van Baar, M., Polinder, S. (2020): Recovery of health-related quality of life after burn injuries: An individual participant data meta-analysis. PLoS One 10;15(1)

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Subjektive Krankheitstheorien von Patient*innen in der stationären, berufsdermatologischen Rehabilitation: Ergebnisse einer qualitativen Studie

Andreas Hansen; Annika Wilke; Swen Malte John; Anna-Sophie Buse

Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück

Hintergrund und Zielstellung

Im Jahr 2021 gingen bei den verschiedenen Unfallversicherungsträgern mehr als 17.000 Verdachtsanzeigen zu berufsbedingten entzündlichen Hauterkrankungen ein (DGUV, 2022). Ein weit überwiegender Teil entfällt dabei auf Handekzeme. Zu den häufig betroffenen Berufsgruppen zählen u. a. Friseur*innen, Pflegekräfte und Metallarbeiter*innen. Patient*innen entwickeln häufig irritative Kontaktekzeme (z. B. infolge von Feuchtarbeit) oder allergische Kontaktekzeme. Zudem zeigen sich oftmals Mischdiagnosen (z. B. irritatives Kontaktekzem bei atopischer Disposition) (Skudlik et al., 2012). Für Patient*innen mit einem schweren berufsbedingten Handekzem gehört eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der Unfallversicherungsträger zur Regelversorgung. Wesentliche Ziele der Rehabilitationsmaßnahme sind die Optimierungen der Therapie und Hautschutzmaßnahmen sowie der Berufserhalt. Die Perspektive der Patient*innen und die subjektiven Krankheitstheorien können einen Einfluss auf Umsetzung der Therapie- und Schutzmaßnahmen haben. Ein in diesem Forschungsfeld weit verbreitetes Rahmenmodell ist das Common-Sense Modell (CSM) von Leventhal et al., (2016), das darauf abzielt, zu erklären, wie erkrankte Personen auf gesundheitliche Bedrohungen reagieren. Krankheitswahrnehmungen werden dabei in fünf Dimensionen (Identität, Verlauf, Konsequenzen, Kontrollierbarkeit und Ursache) erfasst und bisweilen um die Dimensionen Kohärenz und emotionale Repräsentationen erweitert (Moss-Morris et al., 2002). Die komplexen subjektiven Krankheitstheorien von Patient*innen mit berufsbedingten Hauterkrankungen wurden bislang in wenigen quantitativen und qualitativen Studien untersucht. Eine qualitative Untersuchung auf Basis des CSM-Modells wurde bisher nicht durchgeführt.

Methoden

Im Rahmen der durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) geförderten Studie „SubjeKt“ wurden zwischen Mai und Oktober 2021 auf Basis der o. g. Dimensionen qualitative Leitfadeninterviews mit Patient*innen einer berufsdermatologischen Rehabilitationsmaßnahme geführt. Auf Grundlage eines qualitativen Stichprobenplans im Sinne des purposive sampling wurden u. a. unterschiedliche Alters- und Berufsgruppen akquiriert. Eine unterschriebe Einverständniserklärung aller Interviewten lag vor. Die Interviews wurden vollständig transkribiert und mittels inhaltlich strukturierender Inhaltsanalyse ausgewertet (Kuckartz & Rädiker, 2022). Die o. g. Dimensionen bildeten die a-priori Kategorien (deduktiv). Subkategorien wurden am Material (induktiv) entwickelt.

Ergebnisse

Der Analyse lagen Transkripte von 35 Patient*innen zugrunde (Geschlecht: w=18, m=17, Alter: min: 22 Jahre, max: 63 Jahre). Überwiegend wurden Patient*innen aus zwei häufig betroffenen Berufsgruppen interviewt (Metall- und Pflegeberufe). Alle Dimensionen ließen sich in den Interviews abbilden. Zudem wurden jeder Hauptkategorie mehrere Subkategorien zugeordnet. Die Befragten nahmen überwiegend komplexe Ursachen ihres Handekzems wahr. Es wurden bspw. irritative Belastungen bei gleichzeitig vorliegender erblicher Hautempfindlichkeit genannt. Berufs- und Altersgruppenunterschiede hinsichtlich der Aussagen waren teilweise erkennbar. So ließen sich z. B. Aussagen in der Subkategorie „Finanzielle Konsequenzen“ ausschließlich bei männlichen Metallarbeitern finden.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass beruflich Hauterkrankte komplexe Vorstellungen über u. a. die Ursachen, Kontrollierbarkeit und Konsequenzen ihrer Erkrankung haben. Ferner sind Ambivalenzen erkennbar. So kann die Hauterkrankung einerseits als verstehbar und gleichzeitig die Ursache und der Verlauf als nicht oder nur teilweise nachvollziehbar wahrgenommen werden. Dies erscheint vor dem Hintergrund klinisch häufig vorkommender Mischdiagnosen plausibel. Die teilweise vorgefundenen Unterschiede zwischen den untersuchten Berufs- und Altersgruppen lassen darauf schließen, dass soziodemographische Merkmale eine Bedeutung bei der Ausprägung subjektiver Krankheitstheorien bei beruflich Hauterkrankten haben. Inwiefern weitere Merkmale wie z. B. der Bildungsgrad von Relevanz sind, sollte untersucht werden. Der gewählte qualitative Forschungsansatz ermöglichte den Befragten, ihre komplexen Vorstellungen detailliert zu verbalisieren.

Take-Home-Message

Mitarbeitende aller involvierter Berufsgruppen im Kontext der Rehabilitation (berufsdermatologischer) Patient*innen (z. B. Ärzt*innen, Psycholog*innen, Pädagog*innen und weitere Therapeut*innen) sollten die Krankheitsvorstellungen der Patient*innen in ihrer Tätigkeit berücksichtigen. Insbesondere wenn Herausforderungen bei der Kommunikation mit Patient*innen bestehen, sollte ergründet werden, ob subjektive Krankheitsvorstellungen hierbei eine Rolle spielen.

Literatur

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). DGUV-Statistiken für die Praxis 2021. https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4588 [Abgerufen am: 21.10.2022).

Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (5. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Leventhal, H., Phillips, L.A. & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. Journal of Behavioral Medicine, 39, 935-946.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychology & Health, 17, 1-16.

Skudlik, C., Weisshaar, E., Scheidt, R., Elsner, P., Wulfhorst, B., Schönfeld, M. & John, S. M. (2012). First results from the multicentre study Rehabilitation of Occupational Skin Diseases – Optimization and Quality Assurance of Inpatient Management (ROQ). Contact Dermatitis, 66, 140-147.

Förderung. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Systematische Konzeption einer App-basierten Nachsorge zur Unterstützung des Selbstmanagements in der berufsdermatologischen, stationären Rehabilitation

Nele Ristow; Annika Wilke; Swen Malte John; Michaela Ludewig

Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm)
an der Universität Osnabrück

Hintergrund und Zielstellung

Die Behandlung lebensstilinduzierter Erkrankungen schließt häufig Veränderungen eines spezifischen Gesundheitsverhaltens der Betroffenen ein. Die langfristige Umsetzung solcher Verhaltensweisen stellt jedoch oft einen herausfordernden Prozess dar, in dem neue Routinen entwickelt werden und Barrieren auftreten können. Die Digitalisierung des Gesundheitssystems hat in den vergangenen Jahren Möglichkeiten der Patientenversorgung maßgeblich erweitert und dabei auch neue Formate für die Reha-Nachsorge geschaffen, z.B. Smartphone-Apps, die indikationsabhängig bereits in die Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung (DRV) implementiert sind.

Neben Vorteilen von Apps zur Änderung und langfristigen Umsetzung von Gesundheitsverhalten werden in der einschlägigen Literatur parallel dazu eine mangelnde Akzeptanz der App-Nutzung und hohe Dropout-Raten als Herausforderungen diskutiert. Dabei werden die Benutzerfreundlichkeit (Usability) und das Nutzungserlebnis (User Experience) als wesentliche Prädikatoren zur App-Nutzung benannt. Diese Faktoren sollten daher bei der Interventionsentwicklung berücksichtigt werden, u.a. durch eine partizipative Einbindung der Adressat*innen.

Ekzematöse Hauterkrankungen zählen mit zu den häufigsten, berufsbedingten Erkrankungen, die den Trägern der Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) gemeldet werden. Aus diesem Grund wurden gestufte Präventionsmaßnahmen entwickelt, die sich an der individuellen Erkrankungsschwere der Betroffenen orientieren. Hauterkrankte mit schweren Berufsdermatosen können in spezialisierten Kliniken an einer 3-wöchigen, stationären Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen. Teil dieser Maßnahme sind u.a. Angebote, die die Veränderung und Optimierung von Hautschutzverhalten unterstützen. Ein Angebot zur Nachbetreuung, das die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen und die Wiedereingliederung in den Beruf unterstützt, besteht in der berufsdermatologischen Rehabilitation jedoch bislang nicht. Aufgrund des großen geografischen Einzugsgebietes der Kliniken, der Möglichkeit einer individuellen Gestaltung in Abhängigkeit von den Bedürfnissen (z.B. Beruf, Diagnose, persönliche Ziele, Entfernung Klinik/ Wohnort) sowie aufgrund der Vorteile App-basierter Anwendungen zur Festigung von gesundheitsbezogenem Verhalten im Vergleich zu präsenzbasierten Formaten, wurde im Rahmen des Projektes „TecNaP“ (Technologiebasierte Nachbetreuung in der berufsdermatologischen Prävention der BK Nr. 5101) ein App-basiertes Angebot zur systematischen Nachbetreuung konzipiert.

Methoden

Das Logikmodell von O'Cathain et al. (2019) mit seinen elf Kernprinzipien bildete die Grundlage für die Interventionsentwicklung. Der Entwicklungsprozess wurde partizipativ im Austausch zwischen dem Forschungsteam, den relevanten Stakeholdern sowie der Zielgruppe gestaltet und war durch eine iterative Vorgehensweise gekennzeichnet. Dieser umfasste fünf Projektschritte mit verschiedenen methodischen Ansätzen (siehe Abbildung 1).

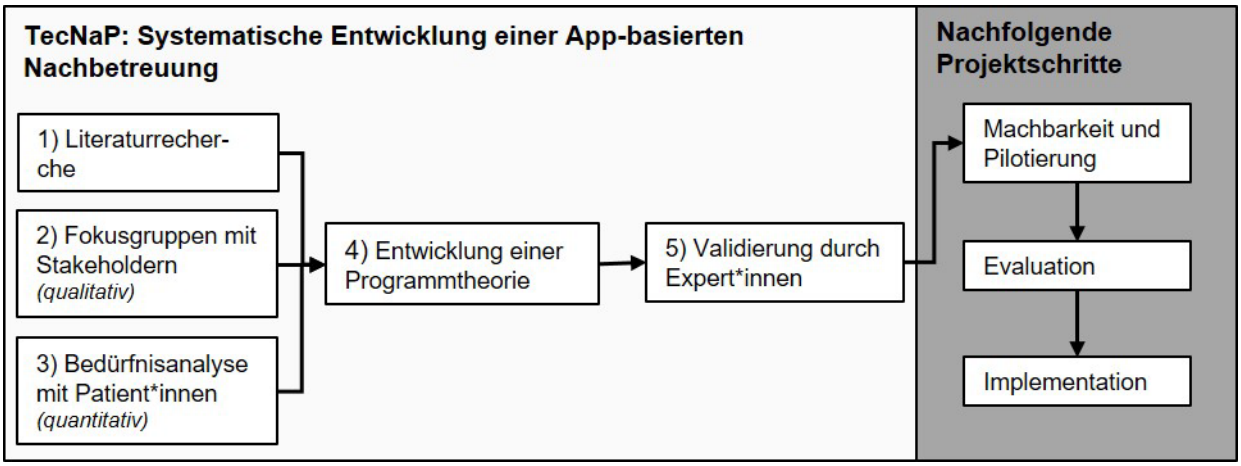


Abb. 1.: TecNaP: Systematische Entwicklung einer App-basierten Nachbetreuung

Ergebnisse

Für die Interventionsentwicklung wurden Ergebnisse der Literaturrecherche mit sieben eingeschlossenen Reviews, drei qualitativen Fokusgruppendiskussionen mit drei Dermatolog*innen, fünf Gesundheitspädagog*innen, zwei Psycholog*innen und drei Mitarbeiter*innen eines Unfallversicherungsträgers sowie einer quantitativen Bedarfsanalyse mit 72 Patient*innen eingeschlossen. Auf dieser Grundlage wurde ein Konzept für eine komplexe Intervention entwickelt und validiert. Das Nachsorgekonzept besteht aus einem face-to-face erfolgenden Zielgespräch während der Teilnahme an der stationären

Rehabilitationsmaßnahme und aus einer App mit verschiedenen Funktionen zur poststationären Förderung des Selbstmanagements für die Zeit nach der Entlassung.

Diskussion und Fazit

Durch das Projekt „TecNaP“ wurde in der berufsdermatologischen Rehabilitation eine Forschungslücke geschlossen. Für die Interventionsentwicklung haben sich die Prozessschritte von O'Cathain et al. (2019) als geeignet erwiesen, um die verschiedenen Perspektiven der Stakeholder und der Adressat*innen einzuschließen und eine evidenzbasierte Nachsorge zu konzipieren. Dieser iterative und partizipative Charakter wird in den nächsten Prozessschritten der technischen Umsetzung und Pilotierung der App fortgeführt. Um eine langfristige App-Nutzung zu erzielen, werden hierbei technische Möglichkeiten, wie z.B. Erinnerungssysteme oder individuelle Feedbacknachrichten, Berücksichtigung finden.

Take-Home-Message

Die Prinzipien der Partizipation und Iteration sollten bei der Interventionsentwicklung von App-basierten Interventionen berücksichtigt werden, um mangelnder App-Nutzung und hohen Dropout-Raten zu begegnen.

Literatur

O’Cathain, A., Croot, L., Duncan, E., Rousseau, N., Sworn, K., Turner, K.M., Yardley, L., Hoddinott, P. (2019): Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. BMJ Open, 9, 8. e029954.

Ristow, N., Wilke, A., John, S.M., Ludewig, M. (2022): Development of an app-based maintenance programme to promote skin protection behaviour for patients with work-related skin diseases. Health Education Journal, 81, 6. 731-744.

Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S.A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J.M., Anne Boyd, K., Craig, N., French, D.P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., Moore, L. (2021): A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of medical research council guidance. BMJ Clinical Research, 374. n2061.

Förderung: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Der Performance-Score (T2D) verbessert das Patient-Proxy-Dilemma bei PROMs in der pädiatrischen onkologischen Rehabilitation

David Riedl[1]; Thomas Licht[2]; Gerhard Rumpold[3]; Bernhard Holzner[3]; Vincent Grote[1]; Michael J. Fischer[4]; Gustav Fischmeister[5]

[1] Ludwig Boltzmann Institute for Rehabilitation Research;
[2] Onkologisches Rehabilitationszentrum St. Veit im Pongau;
[3] Medizinische Universität Innsbruck; [4] VAMED Rehabilitationszentrum Kitzbühel;
[5] Kinder Jugend Reha Leuwaldhof

Hintergrund und Zielstellung

Die Überlebensraten in der pädiatrischen Onkologie sind in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen. Dennoch leiden krebskranke Kinder und Jugendliche nach wie vor unter zahlreichen Symptomen und Behandlungsnebenwirkungen. Nach Beendigung der onkologischen Primärtherapie stellen Rehabilitationsmaßnahmen den Goldstandard zur Wiederherstellung des optimalen körperlichen, sensorischen, intellektuellen, psychologischen und sozialen Funktionsniveaus dar. Zur Evaluation der Wirksamkeit der Rehabilitationsmaßnahmen sind Patient-Reported Outcomes‘ (PROs) das Mittel der Wahl. In der pädiatrischen Onkologie werden die PROs meist durch Fremdbeurteilungen der Eltern ergänzt (de Rojas et al., 2020). Dies führt jedoch zu dem Dilemma, dass diese Selbst- und Fremdbeurteilungen zum Teil deutlich auseinander liegen und es keine Guidelines gibt, wie mit der Diskrepanz am besten umgegangen werden soll. Ziel der Studie war es zu evaluieren, (a) inwiefern Kinder nach Krebserkrankung und ihre Eltern in der Einschätzung der Lebensqualität vor und nach Rehabilitation übereinstimmen und (b) ob mittels Anwendung des Performance Scores (T2D) (Grote et al., 2021) – einem Verfahren zur Korrektur von Ausgangswertunterschieden – mögliche Diskrepanzen verringert werden.

Methoden

In der Studie wurden die Daten des routinemäßig durchgeführten Lebensqualitäts- und Belastungsscreenings an der stationären pädiatrischen onkologischen Rehabilitationseinrichtung „Leuwaldhof“ analysiert. Alle Patient*innen > 5 Jahren sowie Begleitpersonen beantworteten vor (T1) und nach dem stationären Aufenthalt (T2) den PedsQL 4.0 Generic Core Scales sowie den PedsQL 3.0 Cancer Module. Die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdrating wurden mittels Interklassen Correlation Coefficienten (rICC; 95% Konfidenzintervall [CI]) für alle PedsQL Skalen berechnet. Werte von rICC < 0.5 wurden als problematisch, 0.5-.75 als moderat, 0.75-.09 als gut und > 0.9 als ausgezeichnet eingestuft.

Um einen potentiellen Ausgangswertunterschied auszugleichen, wurde der „Performance Score (T2D)“ (Grote et al., 2021), der auf der einfachen Formel „T2+(T2-T1)“ beruht, berechnet und mittels Pearson Korrelationskoeffizienten (nach Fishers z-Transformation) mit dem Delta (mittlerer Unterschied; Formel: „T2-T1“) verglichen.

Ergebnisse

In die Studie konnten insgesamt n=149 Kinder nach Krebserkrankung und zugehörige Eltern eingeschlossen werden. Das durchschnittliche Alter der Kinder betrug 11.0 (± 4,3; Bereich 5- 21) Jahre und 58.9% der Stichprobe waren männlich.

Es zeigten sich zu Beginn der Rehabilitation statistisch signifikante Unterschiede zwischen der Selbstbeurteilung der Kinder und der Fremdbeurteilung der Eltern in 10 der 13 PedsQL Subskalen ($p < 0.05$), wobei die Eltern durchgehend eine schlechtere Lebensqualität und mehr Symptome wahrgenommen hatten als die Kinder selbst. Die deutlichsten Diskrepanzen fanden sich für die Subskalen Kommunikation (mit BehandlerInnen) (78.6 vs. 57.7 Punkte; $p < 0.001$; d=0.77) und der emotionalen Funktionsfähigkeit (76.2 vs. 64.7 Punkte; $p < 0.001$, d=0.59).

Die gemittelte Übereinstimmung zwischen Eltern und Kinder über beide Zeitpunkte hinweg war gut (rICC=0.81; 95% CI: 0.73–0.87). Eine separate Analyse der beiden Erhebungszeitpunkte zeigte jedoch, dass die Übereinstimmung vor Rehabilitation (rICC=0.72; 95% CI: 0.60–0.81) deutlich niedriger war als nach Rehabilitation (rICC=0.86; 95% CI: 0.79– 0.91).

Die allgemeine Übereinstimmung hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität während der Rehabilitation zwischen Eltern und Kinder war bei Verwendung des Delta (T2-T1) signifikant geringer als bei Adjustierung für Ausgangswertunterschiede mittels Performance Score (T2D) (r=0.34 vs. 0.50; z=−1.668; p=0.048). Vor allem im Bereich der Symptomverbesserung zeigte sich bei Verwendung des T2D eine deutliche besser Übereinstimmung zwischen Kindern und Eltern.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass bei der Evaluierung der Behandlung von onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern nach Krebserkrankung mittels Selbst- und Fremdbeurteilung durch Kinder und ihre Eltern, Rücksicht auf die Ausgangswertunterschiede genommen werden muss. Wie auch für die akute onkologische Behandlung berichtet, zeigte sich eine deutlich bessere Übereinstimmung zwischen Kindern und Eltern nach der Rehabilitationsbehandlung als vor der Behandlung, was zum Teil auf die deutlich verbesserte Funktionsfähigkeit und Symptomreduktion zurückgeführt werden kann (Riedl et al., 2022). Der Performance Score (T2D) stellt eine einfach anwendbare Ausgangswertadjustierung dar und sollte bei der Evaluierung von Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder mit Krebserkrankung berücksichtigt werden.

Take-Home-Message

Unterschiede in der Wahrnehmung zwischen Kindern nach Krebserkrankung und ihren Eltern hinsichtlich Erfolgen in der pädiatrischen onkologischen Rehabilitation können zum Teil durch den Performance Score (T2D) ausgeglichen werden.

Literatur

de Rojas, T., Neven, A., Towbin, A.J., Carceller, F., Bautista, F., Riedl, D., Sodergren, S., Darlington, A.S., Fernandez-Teijeiro, A., Moreno, L. (2020): Clinical research tools in pediatric oncology: challenges and opportunities. Cancer Metastasis Rev., 39(1):149-160.

Grote, V., Pirchl, M., Fischer, M.J. (2021): A new perspective on stratified outcome evaluation. J. Int. Soc. Phys. Rehabil. Med., 4, 118.

Riedl, D., Licht, T., Nickels, A., Rothmund, M., Rumpold, G., Holzner, B., Grote, V., Fischer, M.J., Fischmeister, G. (2022): Large Improvements in Health-Related Quality of Life and Physical Fitness during Multidisciplinary Inpatient Rehabilitation for Pediatric Cancer Survivors. Cancers, 4;14(19):4855.

Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation

Sarah Leinberger[1]; Johannes Schmidt[1]; Anna Luise Kaczerowsky[2]; Robert Simon[2]; Magdalena Zielinska[2]; Rainer Kaluscha[1]

[1] IFR Ulm; [2] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Zur ständigen Verbesserung ihrer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation setzt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) seit vielen Jahren verschiedene Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) ein. Die DRV-eigenen sowie alle von der DRV federgeführten Reha-Fachabteilungen nehmen verpflichtend am Programm der externen Reha-QS der DRV teil (Weinbrenner et al., 2022; Keck & Brieke, 2021).

Die Rehabilitandenbefragung ist eines der ältesten Instrumente im Reha-QS-Programm der DRV. Sie wird durch den Einsatz standardisierter Fragebögen in Form einer kontinuierlichen monatlichen Stichprobenerhebung durchgeführt. Dabei werden insbesondere die Zufriedenheit und der subjektive Behandlungserfolg aus Sicht der Betroffenen erfasst. Die Befragung erfolgt sowohl in der Erwachsenen-Rehabilitation als auch im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation (Klosterhuis, 2010). Im Bereich der Kinder- und Jugend-Reha gibt es zwei Fragebogenversionen: einen Fragebogen für unter 12-jährige Kinder und einen Fragebogen für 12- bis unter 18-jährige Jugendliche. Diese wurden in einem vorangegangenen Projekt umfassend überarbeitet und sind seit 2017 im Reha-QS-Programm implementiert.

Im Rahmen des Projekts „Entwicklung eines Bewertungskonzeptes für die Rehabilitandenbefragung im Bereich der Kinder- und Jugend-Reha“ stehen die Daten, die mit den neuen, überarbeiteten Fragebögen erhoben wurden, für Validierungs- und Auswertungszwecke zur Verfügung. Erste Projektergebnisse werden in diesem Beitrag dargestellt.

Methoden

Die Befragung von Kindern und Jugendlichen erfolgt im Rahmen einer kontinuierlichen Stichprobenerhebung acht bis zwölf Wochen nach Ende ihrer Rehabilitationsmaßnahme. Altersabhängig wird eine Selbst- oder Fremdbefragung durchgeführt. Erhoben werden u.a. Einschätzungen zur Einrichtungsqualität, zu Behandlungen und Schulungen und zum Reha-Nutzen.

Die Befragungsergebnisse wurden zunächst deskriptiv ausgewertet. Anschließend wurden die Daten mithilfe von Wilcoxon-Rangsummentests auf Unterschiede zwischen Subgruppen (z.B. Geschlecht) untersucht.

Ergebnisse

Insgesamt lagen Befragungsdaten von 8.177 Kindern unter 12 Jahren (Fremdbeurteilung durch ein Elternteil) und 5.736 Jugendlichen ab 12 Jahren vor. Das Durchschnittsalter der Kinder lag bei 7,0 Jahren (SD = 2,96) und das der Jugendlichen bei 14,6 Jahren (SD = 1,62). Insgesamt waren 53 Prozent der Rehabilitanden/-innen männlich.

Insgesamt gaben ca. 90 Prozent der Eltern an, dass die Rehabilitation ihrem Kind sehr oder eher gut gefallen habe. Die Jugendlichen gaben mit ca. 88 Prozent sehr/eher guten Bewertungen eine minimal niedrigere Gesamtbewertung ab. Über 85 Prozent der Eltern und Jugendlichen fanden zudem die erhaltenen Therapien, Behandlungen und Schulungen nützlich und hilfreich. Im Geschlechtervergleich zeigte sich, dass die Bewertung der Rehabilitationsmaßnahme bei den Jungen tendenziell etwas schlechter ausfiel als bei den Mädchen (Kinderfragebogen: $V = 8.180.469$, $p < 0{,}01$; Jugendfragebogen: $V = 4.300.233$, $p < 0{,}001$).

Über alle Gruppen hinweg gaben zwischen 13 und 20 Prozent der Befragten an, dass die Reha keine Verbesserung des Gesundheitszustands erzielt habe. Die männlichen Jugendlichen konnten eher eine Gesundheitsverbesserung im Zuge der Reha feststellen als die weiblichen Jugendlichen ($V = 3.776.557$, $p < 0{,}001$). Über 70 Prozent der Jugendlichen gaben an, das während der Reha Gelernte im Alltag anzuwenden. Die Eltern gaben zu über 60 Prozent die Einschätzung ab, dass ihr Kind das Gelernte im Alltag umsetze.

Ca. 75 Prozent der Eltern (bzw. 71% der Jugendlichen) würden zum Zeitpunkt der Befragung die besuchte Reha-Klinik weiterempfehlen. Mit nur 63 Prozent würde sich ein geringerer Anteil der Eltern bei einer weiteren Reha-Leistung ihres Kindes noch einmal für dieselbe Reha-Klinik entscheiden.

Diskussion und Fazit

Die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen war mit der Rehabilitationsleistung insgesamt sowie mit den Behandlungen zufrieden. Über die Hälfte der Befragten gab an, dass sich die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen durch die Reha-Maßnahme verbessert habe.

Die hohe Zufriedenheit mit der Rehabilitation und die positive Einschätzung des Reha-Erfolgs zeigt die hohe wahrgenommene Qualität der Rehabilitationsleistungen in Trägerschaft der DRV im Kinder- und Jugendbereich. Zudem deuten die Ergebnisse darauf hin, dass durch Rehabilitationsleistungen bei Kindern und Jugendlichen der Gesundheitszustand der Betroffenen verbessert werden kann, was wiederum eine gute Grundlage für eine möglichst uneingeschränkte Teilhabe im Alltag und in der Schule schafft.

Take-Home-Message

Die Kinder und Jugendlichen bzw. deren Bezugspersonen bewerten die Rehabilitationsleistungen überwiegend positiv und schreiben ihnen einen gesundheitlichen Nutzen zu.

Literatur

Keck, T., Brieke, J. (2021). Qualität und Qualitätssicherung aus der Perspektive der Deutschen Rentenversicherung. SuchtAktuell – Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V., 10–16.

Klosterhuis, H. (2010). Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung–eine kritische Bestandsaufnahme. RVaktuell, Jg, 57, 260–268.

Weinbrenner, S., Kayser, E. L., Moser, N.-T., Siebert, T. (2022). Qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl in der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 65 (3), 319–326. https://doi.org/10.1007/s00103-022-03501-6

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Erste Behandlungsergebnisse einer Kinder- und Jugendrehabilitation für psychische Erkrankungen

Sarah Leinberger[1]; Nora Volmer-Berthele[2]; Rainer Kaluscha[1]; Buket Koyutürk[2]; Lena Tepohl[1]

[1] IFR Ulm; [2] Fachkliniken Wangen

Hintergrund und Zielstellung

Über ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zwischen 7 und 17 Jahren zeigen schwere und chronische psychische Auffälligkeiten, weshalb eine geeignete Behandlung besonders wichtig ist (Ravens-Sieberer et al., 2007). Eine stationäre Rehabilitation kann als bedeutsame Maßnahme dienen, um den Gesundheitszustand sowie die Schul- oder Ausbildungsfähigkeit zu verbessern (Petermann et al., 2006).

In den Fachkliniken Wangen wurde ein neues Behandlungskonzept entwickelt, durch das eine zielführendere Rehabilitationsmaßnahme für Kinder und Jugendliche mit ausgewählten psychischen Erkrankungen wie affektiven, neurotischen und Entwicklungsstörungen und besonderen persönlichen Herausforderungen gestaltet werden soll (Leinberger et al., 2022).

Im vorliegenden Beitrag sollen die ersten Rehabilitationsergebnisse der Kinder und Jugendlichen nach dem neuen Behandlungskonzept direkt nach ihrer Rehabilitationsmaßnahme vorgestellt werden.

Methoden

In die vorliegenden Analysen wurden Befragungsdaten von Kindern/Jugendlichen sowie ggf. deren Bezugspersonen vor ihrer Rehabilitation (t1) sowie direkt nach der Maßnahme (t2) einbezogen, die zwischen August 2020 und August 2021 erhoben wurden. Erfasst wurden u.a. Lebensqualität, Gesundheitszustand und Krankheitsmanagement. Veränderungen der erfassten Parameter wurden mithilfe von Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests auf statistische Signifikanz untersucht.

Ergebnisse

Zu t1 nahmen 140 Kinder/Jugendliche bzw. deren Bezugspersonen an der Befragung teil. Zu t2 liegen 86 Fragebögen zur Analyse vor (61,1% männlich, MW(Alter) = 9,83 Jahre, SD(Alter) = 3,13).

Der derzeitige Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen hat sich zu Reha-Ende signifikant verbessert (V = 239, p < 0,001). Während zu Beginn der Reha 47,4 Prozent der befragten Bezugspersonen angaben, dass der Gesundheitszustand ihres Kindes mittelmäßig oder schlecht sei, waren es zum Ende der Reha nur noch 13,2 Prozent. Von den Jugendlichen selbst gaben 66,6 Prozent an, dass es ihnen zum Ende der Reha gut oder sehr gut gehe (t1: 25,0%).

Ein Vergleich der Einzelitems des KINDL-Fragebogens (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998) zur subjektiven Lebensqualität der Kinder/Jugendlichen zeigte zu Reha-Ende signifikante Verbesserungen. 88,9 Prozent der Kinder und Jugendlichen haben gemäß der Fragebogenangaben zu Reha-Ende in der letzten Woche viel gelacht und Spaß gehabt (t1: 63,9%, V = 61, p = 0,028). Der Anteil an Kindern und Jugendlichen, der in der letzten Woche stolz auf sich war, hat ebenfalls signifikant zugenommen (V = 43, p < 0,01, t1: 28,6%, t2: 54,3% „oft"/„immer"). Signifikant verringert hat sich der Anteil an Kindern und Jugendlichen, der sich zu Reha-Ende in der letzten Woche ängstlich oder unsicher gefühlt hat (V = 174, p=0,037; t1: 61,1%, t2: 72,2% „nie"/„selten").

Der KINDL-Skalenscore zum Selbstwertgefühl hat sich analog zu den oben beschriebenen Veränderungen von 53,8 auf 67,1 gebessert (V = 22, p < 0,001), wobei höhere Werte ein höheres Selbstwertgefühl bedeuten (Skala: 0-100). Zum Zeitpunkt „Reha-Ende" gab es keinen signifikanten Unterschied zum Normwert von 65,5, der nach Alter und Geschlecht gewichtetet ist (t(68) = -0,24, p > 0,05).

Diskussion und Fazit

Direkt nach Beendigung der Rehabilitation in den Fachkliniken Wangen wurden Verbesserungen des subjektiven Gesundheitszustands der Kinder/Jugendlichen sowie auch in einigen Teilbereichen der subjektiven Lebensqualität beobachtet. Die Werte der Kinder/Jugendlichen gleichen sich beim Subskalenwert zum Selbstwertgefühl dem Normstichproben-Wert an. Zu Reha-Beginn lag der Stichprobenwert noch deutlich unter dem Normwert (Leinberger et al., 2022).

Von weiterem Interesse ist die längerfristige Veränderung von Gesundheitszustand, Lebensqualität und Teilhabe der psychisch erkrankten Kinder/Jugendlichen infolge ihrer Rehabilitationsmaßnahme. Die Nachbefragung diesbezüglich läuft derzeit noch, sodass ein Ergebnisbericht zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen kann. Neben der kurzfristigen Besserung des Gesundheitszustands wird auch eine langfristige Verbesserung von Gesundheit und Teilhabe erwartet.

Take-Home-Message

Die kurzfristigen Behandlungsergebnisse der Rehabilitationsmaßnahme für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen zeigen eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustandes und der subjektiven Lebensqualität. Dies deutet auf eine positive

Wirkung des neuen Rehabilitationskonzepts der Fachkliniken Wangen bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen hin.

Literatur

Leinberger, S., Volmer-Berthele, N., Kaluscha, R., Koyutürk, B., Emhart, S., Tepohl, L. (2022): Evaluation eines neuen Rehabilitationskonzepts für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen: Ausgangslage bei Reha-Antritt. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Thorsten Meyer (Hg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 07. bis 09. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), S. 343–346.

Petermann, F., Koch, U., Hampel, P. (2006): Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. In: Die Rehabilitation 45 (1), S. 1–8.

Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M. (1998): Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content-analytical results. In: Quality of Life Research 7 (5), S. 399–407.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50 (5-6), S. 871–878.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Psychisch belastete Mütter in stationären Mutter-Kind-Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen: Beschreibung der Zielgruppe anhand von pairfam-Daten

Monique Förster; Claudia Kirsch; Dorothee Noeres

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Mütter in stationären Mutter-Kind-Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen weisen bis zu 80 Prozent klinisch relevante psychische Belastungen auf (Herwig, Bengel, 2005). Das Anliegen der vorliegenden Arbeit ist es einerseits, diese Zielgruppe detaillierter zu beschreiben und andererseits, Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Müttern zu identifizieren. Untersucht werden Prädiktoren in folgenden Themenbereichen: (1) partnerschaftliche Beziehung, (2) Elternrolle und (3) Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen. Damit sollen mögliche Ansatzpunkte gefunden werden, die für die Beratung und Therapie von psychisch belasteten Müttern von Bedeutung sein können.

Methoden

Die Analysen basieren auf den Daten der Befragungswelle 11 (2018/2019) des Beziehungs- und Familienpanels pairfam, Release 13.0 (Brüderl et al., 2022). Einbezogen wurden Mütter in Partnerschaft mit mindestens einem bei ihnen im Haushalt lebenden Kind unter 18 Jahren.

Für die Beschreibung der potenziellen Zielgruppe wurden zunächst die Frauen als psychisch belastet eingestuft, die auf der psychischen Summenskala des SF-12 einen Wert von < 40 (M=50 minus SD=10) aufwiesen. Mütter mit einem Wert ≥ 40 werden in dieser Untersuchung als psychisch nicht belastet bezeichnet. Mit Mittelwertvergleichen mittels t-Test für unabhängige Stichproben wurden die beiden Müttergruppen einander gegenübergestellt. Zu den Testvariablen gehörten Einschätzungen (1) zur Beziehung zum/zur Partner:in (2) zur Elternrolle und (3) zur eigenen Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen. Anschließend diente die multiple lineare Regression mit Bootstrapping (1000 Samples) zur Ermittlung von Prädiktoren für die psychische Gesundheit aller Mütter der untersuchten Stichprobe. Ins Modell aufgenommen wurden die Variablen, die sich in den bivariaten Tests als signifikant erwiesen hatten. Voraussetzungen wurden geprüft.

Ergebnisse

Untersucht wurden 1795 Mütter im Alter zwischen 24 und 48 Jahren (M=38; SD=6,2), davon 224 (12,5%), die als psychisch belastet eingestuft wurden. Das jüngste Kind ist im Durchschnitt 6,7 Jahre alt.

Die psychisch belasteten Mütter wiesen in allen untersuchten Zusammenhängen, d.h. in ihrer Partnerschaft, in ihrer Elternrolle sowie in ihrer Zufriedenheit mit unterschiedlichen Lebensbereichen schlechtere Werte im Vergleich zu den nicht belasteten Müttern auf (siehe Tabelle 1).

Tab. 1: Mittelwertvergleiche von psychisch belasteten und nicht belasteten Müttern (N=1795)

	Psychisch belastet n=224 M (SD)	**Psychisch nicht belastet** n=1571 M (SD)	**p**
Partnerschaft			
Meinungsverschiedenheiten mit dem/der Partner:in[1]	2,5 (0,79)	2,1 (0,73)	<0,001
Eigene destruktive Konfliktverhaltensweisen[1]	2,4 (0,82)	2,1 (0,73)	<0,001
Unterstützung und Anerkennung durch den/die Partner:in[2]	4,0 (0,97)	4,4 (0,75)	<0,001
Zufriedenheit mit …			
… der Work-Life-Balance[3]	5,5 (2,37)	6,5 (2,07)	<0,001
… Freizeitgestaltung, Hobbys, Interessen[3]	5,7 (2,20)	6,7 (2,09)	<0,001
… sozialen Kontakten[3]	6,5 (2,30)	7,5 (1,95)	<0,001
… der Familie[3]	7,8 (2,13)	8,7 (1,40)	<0,001
Elternrolle			
Elterliches Kompetenzgefühl[2]	3,8 (0,59)	4,1 (0,54)	<0,001
Leben mit Kind ist anstrengend[2]	3,2 (1,08)	2,8 (1,14)	<0,001
Ich bin oft am Ende meiner Kräfte[2]	2,9 (1,12)	2,0 (1,00)	<0,001
Fehlende Autonomie in der Elternrolle[2]	2,4 (0,99)	1,9 (0,85)	<0,001
Überfürsorge[2]	2,8 (0,97)	2,4 (0,90)	<0,001

[1]Gemessen auf einer Skala von 1 „fast nie oder nie“ bis 5 „sehr oft“
[2]Gemessen auf einer Skala von 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 „trifft voll und ganz zu“
[3]Gemessen auf einer Skala von 1 „sehr unzufrieden“ bis 10 „sehr zufrieden“

Sieben der acht untersuchten Prädiktoren konnten die psychische Gesundheit von Müttern vorhersagen. Dabei fielen das elterliche Kompetenzgefühl, die Zufriedenheit mit der Familie

und die Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance am stärksten ins Gewicht. Beim elterlichen Kompetenzgefühl verbesserte sich mit jedem gewonnenen Punkt auf der Kompetenzskala die mütterliche Gesundheit um mehr als zwei Punkte auf der psychischen Summenskala des SF12, bei der Zufriedenheit mit der Familie sind es fast 0,8 Punkte Verbesserung. Bezogen auf die partnerschaftliche Beziehung ist bei destruktivem Konfliktverhalten der Mutter eine Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit um knapp 1,2 Punkte zu erwarten. Die Anstrengungen der Mütter, bspw. bedingt durch fehlende Autonomie (Abgrenzungsmöglichkeiten vom Kind) oder durch überfürsorgliches Verhalten haben geringere Vorhersagekraft, sind aber dennoch signifikant. Insgesamt erklären die hier anhand der psychischen Summenskala des SF-12 untersuchten Prädiktoren die psychische Belastung von Müttern ($F(9, 1307)=40{,}97$, $p < 0{,}001$) bei einer Varianzaufklärung von knapp 22 Prozent (korrigiertes $R^2=0{,}215$). Diese erscheint niedrig, ist aber angesichts dessen, dass so viele andere Faktoren die Gesundheit beeinflussen, als beträchtlich einzustufen.

Tab. 2: Prädiktoren für die psychische Gesundheit von Müttern (lineare Regression, N=1795)

Prädiktoren	**B**	**SE**	**β**	**p**	**95% KI**	
Konstante	44,331	2,951		,001	38,476	50,042
Meinungsverschiedenheiten mit Partner:in	-1,061	,389	-,089	,009	-1,863	-,341
Eigenes destruktives Konfliktverhalten	-1,181	,379	-,100	,005	-1,925	-,438
Unterstützung und Anerkennung durch Partner:in	-,281	,335	-,025	,388	-,962	,364
Zufriedenheit mit Work-Life-Balance	,521	,115	,127	,001	,283	,745
Zufriedenheit mit Familie	,785	,168	,136	,001	,459	1,123
Elterliches Kompetenzgefühl	2,134	,449	,136	,001	1,264	3,055
Unspezifische Belastungen*	-1,050	,299	-,116	,002	-1,623	-,458
Fehlende Autonomie in Elternrolle	-,790	,363	-,077	,034	-1,558	-,135
Überfürsorge gegenüber Kind(ern)	-,931	,274	-,096	,001	-1,498	-,389

*Name der Subskala, die die Items „Leben mit Kind ist anstrengend“ und „Ich bin oft am Ende meiner Kräfte“ enthält

Diskussion und Fazit

Mütter mit psychischer Belastung sind vermehrt mit Schwierigkeiten in ihrer Elternrolle sowie Partnerschaft konfrontiert und zeigen sich mit manchen Lebensbereichen weniger zufrieden als Mütter, die in dieser Untersuchung als psychisch nicht belastet definiert wurden. Es erscheint sinnvoll, auf diese Zusammenhänge erhöhte Aufmerksamkeit zu richten. Aufgrund ihres interdisziplinären Behandlungsansatzes sind stationäre Mutter-Kind-Vorsorge- und Rehabilitationskliniken gut auf die hier genannten Belastungen von Müttern eingestellt.

Take-Home-Message

Elternrolle, Partnerschaft und Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen stehen in Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit von Müttern. Hier bestätigen sich mögliche Ansatzpunkte für eine gelingende Therapie während eines stationären Aufenthaltes in einer Mutter-Kind-Klinik.

Literatur

Brüderl, J., Drobnič, S., Hank, K., Neyer, F. J., Walper, S., Alt, P., Borschel, E., Bozoyan, C., Garrett, M., Geissler, S., Gonzalez Avilés, T., Gröpler, N., Hajek, K., Herzig, M., Lenke, R., Lorenz, R., Lutz, K., Peter, T., Preetz, R., Reim, J., Sawatzki, B., Schmiedeberg, C., Schütze, P., Schumann, N., Thönnissen, C., Timmermann, K., Wetzel, M. (2022). The German Family Panel (pairfam). GESIS Data Archive, Cologne. ZA5678 Data file Version 13.0.0, doi.org/10.4232/pairfam.5678.13.0.0

Herwig, J. E. & Bengel, J. (2005). Schweregrad und Störungswert der Belastungen von Frauen in Mutter-Kind-Maßnahmen. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 53, 1-15.

Stellenwert der Allergologischen Ernährungstherapie in der pädiatrischen Rehabilitation

Ines Gellhaus[1]; Evita Ausner[2]; Christian Falkenberg[3]

[1] Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche; [2] Fachklinik Satteldüne, Amrum und Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche; [3] Fachklinik Satteldüne, Amrum

Hintergrund und Zielstellung

Nahrungsmittelallergien sind eine häufige Nebendiagnose bei Kindern und Jugendlichen, die wegen Atopischer Dermatitis (AD) oder Asthma bronchiale (AB) in stationären Rehabilitationskliniken behandelt werden. Daraus ergeben sich für die Klinken eine Vielzahl zusätzlicher Aufgaben und vielschichtiger Fragestellungen an die allergologische Ernährungstherapie. Eltern vermuten Zusammenhänge zwischen Nahrungsmitteln und der chronischen Erkrankung ihrer Kinder. Das belegen auch die Zahlen der KiGGS-Studie, wonach 20 % der Eltern Nahrungsmittelallergien bei ihren Kindern angeben, aber nur 4,2% lassen sich durch eine doppelblind Plazebo-kontrollierte Nahrungsmittelprovokation (DBPCFC) nachweisen (Thamm 2018). Es gilt abzuschätzen, ob Sensibilisierungen klinisch relevant sind, primäre von sekundären Nahrungsmittelallergien zu unterscheiden und darüber hinaus Nahrungsmittelunverträglichkeiten von Allergien abzugrenzen.

Methoden

Daten aus der Routine-Dokumentation zu durchgeführten Nahrungsmittelprovokationen der Fachklinik Satteldüne auf Amrum wurden hinsichtlich der Altersverteilung, der Reha-Diagnosen, der getesteten Nahrungsmittel und der Ergebnisse der Provokationen ausgewertet. Zur Darstellung wurden einfache Häufigkeitsstatistiken mittels Excel erstellt.

Ergebnisse

In den Jahren 2010-2021 wurden insgesamt 1788 Nahrungsmittelprovokationen durchgeführt, im Mittel 140 pro Jahr oder 2,7 pro Woche. Vermutete Nahrungsmittelallergien spielen nicht nur bei Patient*innen mit Neurodermitis sondern auch bei Patient*innen mit Asthma bronchiale eine große Rolle. 65% der Provokationen wurden bei Kindern unter 6 Jahren durchgeführt. Über alle Diagnosen waren 57,8% der Provokationen negativ, so dass die Nahrungsmittel, hauptsächlich Kuhmilch, Hühnerei, Weizen und Soja, wieder eingeführt

werden konnten, 23 % waren positiv, so dass eine weitere Meidung empfohlen wurde. 20% der durchgeführten Provokationen wurden nicht vollständig dokumentiert. In den letzten Jahren kam es zu einem deutlichen Anstieg der Provokationen mit Erd- und Baumnüssen sowie Schalen- und Hülsenfrüchten.

Diskussion und Fazit

Die Provokations-Datenbank der Fachklinik Satteldüne gibt trotz nicht immer ganz vollständiger Dokumentation einen guten Überblick über die hohe Leistungsfähigkeit der allergologischen Ernährungstherapie in der pädiatrischen Rehabilitation. Die Verteilung der getesteten Nahrungsmittel spiegelt sehr exakt die Häufigkeit der Nahrungsmittelallergien im Kleinkind- und Vorschulalter wieder.

Schwächen der gezeigten Daten aus der Versorgungsdokumentation sind die mangelnde Angabe zur Schwere der Erkrankung (insbesondere bei AD) und zur Art der Allergien: primäre bzw. sekundäre Lebensmittelallergie oder Spättypreaktion. Auch wurde in unserer Datenbank keine Dokumentation über die Beurteilung der Ergebnisse durch die Patienten selbst oder die Begleitpersonen mitgeführt. Es fehlt eine Aussage zur Lebensqualität. Es ist jedoch anzunehmen, dass in jedem Fall, sowohl bei positivem, als auch bei negativem Befund, eine Nahrungsmittelprovokation die Lebensqualität der Familien verbessert (Kansen et al., 2018).

Die allergologische Ernährungstherapie von der detaillierten Ernährungsanamnese über die (komponentenbasierte) allergologische Diagnostik bis hin zur Provokationstestung sowie der Patientenschulung zu Allergie und Anaphylaxie hat einen großen Stellenwert in der pädiatrischen Rehabilitation von Kindern mit Neurodermitis und Asthma bronchiale. Es geht um Steigerung von Lebensqualität und Teilhabe und beinhaltet damit viel mehr als die Herstellung allergenfreier Kost. Für die aufwändige allergologische Diagnostik und Therapie wird entsprechend geschultes Fachpersonal benötigt. Die Strukturanforderungen an die Ernährungstherapie in pädiatrischen Rehakliniken sollten daher überdacht und angepasst werden.

Take-Home-Message

Die allergologische Ernährungstherapie kann einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg der Kinder- und Jugend-Reha aus der Sicht der Patient*innen und Begleitpersonen leisten, so dass Aktivitäten und Teilhabe trotz chronischer Erkrankung gesteigert werden können.

Literatur

Blumchen, K. et al. (2020). APPEAL-1: A pan-European survey of patient/caregiver perceptions of peanut allergy management. Allergy. Nov;75(11):2920-2935.

Eisenmann, A., Buhles, N., Lantzsch, H., Scheewe, S., Tsianakas, A., Wehrmann, J. (2020). AWMF-S1-Leitlinie (013-083) Stationäre Dermatologische Rehabilitation.

Kansen, H. et al. (2018). The impact of oral food challenges for food allergy on quality of life: A systematic review. Pediatr Allergy Immunol;29:527–37.

Thamm, R. et al. (2018). Allergische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring, 3 (3). DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-075.

Worm, M., Reese, I. et al. (2021). Update of the SK2 guideline on the management of IgE-mediated food allergies. Allergologie select. 5: 195-243. DOI 10.5414/ALX02257E.

Die Nebenwirkung: Wie kann pandemiebedingten Belastungen für Rehabilitand*innen und Mitarbeitenden in stationären Rehabilitationseinrichtungen begegnet werden?

Anna Pieschnik; Alex Stern; Anna-Lena Esser; Simone Stickling; Oliver Razum

Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Der Schutz Mitarbeitender und Rehabilitand*innen vor Covid-19-Infektionen stellt Rehabilitationskliniken seit dem Pandemiebeginn vor immer neue Herausforderungen. Covid-19-Ausbrüche im stationären Setting können nicht nur direkt anwesende Rehabilitand*innen und Mitarbeitende gefährden, sondern indirekt – etwa durch Schließungen oder Aufnahmestopps – die rehabilitative Versorgung in größerem Maßstab.

Damit SARS-CoV-2 nicht in die Einrichtung eingetragen wird und um Ausbrüche zu vermeiden, haben Rehabilitationskliniken diverse Maßnahmen zum Infektionsschutz eingeführt. Kontaktbeschränkungen, restriktive Besuchsregelungen, Isolationen und ähnliche Maßnahmen sollen Mitarbeitende wie Rehabilitand*innen schützen (Leibbrand & Seifart, 2021). Gleichzeitig können Schutzmaßnahmen weitere Belastungen zusätzlich zu anderen Stressfaktoren während einer Pandemie mit sich bringen. Um negativen Effekten des notwendigen Infektionsschutzes vorzubeugen, bedarf es gezielter Ausgleichsstrategien.

Ziel der Erhebung war die Identifikation möglicher Strategien für die Rehabilitationskliniken, konkreten Belastungen für Rehabilitand*innen und Mitarbeitende vorzubeugen.

Methoden

Die Datenbasis für die Analyse bilden 14 qualitative Einzel- und Gruppeninterviews mit Klinikleitungen (n = 17) und Pflegefachkräften (n = 2), qualitative Einzelinterviews mit (ehemaligen) Rehabilitand*innen (n = 17) und eine quantitative Zusatzerhebung mit Klinikmitarbeitenden (vorrangig in Leitungsfunktionen, n = 12). Die Ergebnisse wurden nach der Synthese im Rahmen einer Lessons-Learned-Veranstaltung mit Vertreter*innen der stationären Rehabilitation, des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Wissenschaft diskutiert und im Anschluss konkretisiert und ergänzt.

Ergebnisse

Die Einführung und Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen vermitteln Mitarbeitenden und Rehabilitand*innen insgesamt ein Sicherheitsgefühl. Gleichzeitig erleben beide Gruppen Belastungen. Rehabilitand*innen nehmen einzelne Einschränkungen des Therapieangebots als schwierig wahr, profitieren dafür aber von anderen (kleinere Gruppengrößen). Die deutlichste Belastung erwächst für die Gruppe aus Einsamkeit infolge der Kombination wegfallender oder eingeschränkter Freizeitangebote und notwendiger Schutzmaßnahmen in Bezug auf gemeinsam genutzte Räume. Positiv wirken sich hier von der Klinik explizit erlaubte oder organisierte Ausgleichsangebote wie Wanderungen oder vergleichbare

Kleingruppenaktivitäten an. Rehabilitand*innen äußern den Bedarf nach zusätzlichen psychosozialen Angeboten, die vereinzelt auch von Kliniken angeboten werden.

Mitarbeitende sind teilweise von ähnlichen Belastungen in Bezug auf Sozialkontakte am Arbeitsplatz und in der Freizeit betroffen, die beispielsweise wegen des Wegfalls der gemeinsamen Nutzung von Pausenräumen und sozialer Isolation im privaten Umfeld bestehen. Neben dem arbeitsbezogen erhöhten Infektionsrisiko werden neue Aufgabenstellungen, Entscheidungszwang bei z.T. defizitärer Informationslage, Personalmangel und ein erhöhter Kommunikations- und Diskussionsaufwand als Belastungen wahrgenommen. Der Wunsch nach zusätzlichen, aktuell nicht angebotenen psychosozialen Unterstützungsangeboten wird deutlich. Von Mitarbeitenden wird teilweise die weniger formalisierte Ansprechbarkeit - auch bezüglich privater Belastungen - durch Vorgesetzte als Unterstützung genutzt. Positiv erlebt werden ein verstärkter Zusammenhalt durch die gemeinsame Bewältigung der Situation und ein besseres gegenseitiges Verständnis durch engere bzw. neue Formen der Zusammenarbeit. Zusätzliche Fortbildungen werden als hilfreich beschrieben. Die Einführung von ausgleichenden Maßnahmen ist maßgeblich abhängig von Leitungsentscheidungen.

Diskussion und Fazit

Mögliche Strategien zur Kompensation von Mehrbelastung können auf drei unterschiedlichen Ebenen identifiziert werden:

- Als Ausgleich für konkrete Einschränkungen durch Infektionsschutzmaßnahmen wie z.B. das Angebot neuer, sicherer Freizeitaktivitäten bei Wegfall des bisherigen Freizeitprogramms
- Als zusätzliches Angebot zum Umgang mit psychosozialen Mehrbelastungen durch die Pandemiesituation (z.B. zusätzliche Beratungsangebote unterschiedlicher Formalitätsgrade)
- Als Angebot zur Förderung von Kompetenzen und Ressourcen (z.B. Kommunikationsschulungen zu Konfliktsituationen, Fortbildungen zu psychischer Gesundheit im Berufsalltag)

Bei der Planung und Umsetzung einer Ausgleichsstrategie ausschlaggebend sind das Abfragen von Bedarfen und Vorschlägen vonseiten der Rehabilitand*innen und Mitarbeitenden. Die Berücksichtigung sämtlicher Statusgruppen ist dabei wichtig, da Mehrbelastungen bereichs- und statusgruppenabhängig nicht automatisch als potentielle Ziele von Ausgleichsmaßnahmen erkannt und Belastungsformen und Ausgleichsbedarfe in der heterogenen Organisation einer Klinik variieren.

Infektionsschutzmaßnahmen sind notwendig, um den Klinikalltag für Mitarbeitende und Rehabilitand*innen sicher gestalten zu können. Gleichzeitig müssen ihre „Nebenwirkungen“ und die allgemeinen Belastungen im Zuge der Pandemie in ihrer Relevanz für Rehabilitand*innen und Mitarbeitende stärker als bisher in der Pandemieplanung berücksichtigt werden. Rehabilitationskliniken haben durch den interdisziplinären Charakter der stationären Rehabilitation in der Regel bereits große Ressourcen (Fach- und Anwendungswissen und -gelegenheiten), um gesundheitlichen Belastungen auf

Individualebene der Rehabilitand*innen zu begegnen. Diese Ressourcen sollten in die Pandemieplanung mit Blick auf die gesamte Organisation eingebracht werden.

Take-Home-Message

Ausgleichsstrategien für Belastungen, die im Zusammenhang mit der Pandemie und mit Infektionsschutzmaßnahmen entstehen, müssen in ihrer Relevanz für Rehabilitand*innen und Mitarbeitende stärker als bisher in der Pandemieplanung berücksichtigt werden.

Literatur

Leibbrand, B., Seifart, U. (2021). Onkologische Rehabilitation und Entwicklung von Strategien in Krisensituationen am Beispiel der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 unter Berücksichtigung einer Patienten- und Mitarbeiterbefragung. Rehabilitation, 60, 02. 142-151.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Medizinerinnen und Mediziner mit ausländischem Abschluss in deutschen Rehabilitationseinrichtungen: Chancen und Schwierigkeiten

Eva Jansen[1]; Manuela Marquardt[1]; Ariane Funke[2]; Karla Spyra[1]

[1] Charité – Universitätsmedizin Berlin; [2] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Im Bereich der Rehabilitationsmedizin bestehen bei der Rekrutierung von ärztlichem Nachwuchs in zweifacher Hinsicht Schwierigkeiten: Einerseits spiegelt sich die zunehmende Bedeutung der Rehabilitation im Zuge des demografischen Wandels und der Zunahme chronischer Krankheiten (WHO, 2017) bislang zu wenig in der ärztlichen Ausbildung wider, zum anderen stellt die Lage zahlreicher Rehabilitationseinrichtungen in abgelegenen, wirtschaftlich benachteiligten Regionen eine Rekrutierungsbarriere dar. Aus diesen Gründen sind Rehabilitationseinrichtungen stärker als andere medizinische Einrichtungen vom Rekrutieren und Halten von Medizinerinnen und Medizinern mit ausländischem Abschluss (MaA) abhängig (Jansen et al., 2018). Dieses Poster zeigt Ergebnisse der Studie „Medizinerinnen und Mediziner mit ausländischem Abschluss in deutschen Rehabilitationseinrichtungen (MaA-quant)“, die eine Bestandsaufnahme zur Anzahl, Verteilung und spezifischen Merkmalen der MaA in den DRV Vertragseinrichtungen liefert.

Methoden

Im Frühjahr 2022 führten wir zwei quantitative Querschnittsbefragungen auf Fachabteilungs- (FA) und Individualebene (MaA) durch. Für die FA-Umfrage schrieben wir die Leitungen aller stationären und ambulanten Fachabteilungen aus der QS Datenbank der DRV (n=2.965) postalisch an und baten sie, wahlweise auf beiliegendem Papierfragebogen oder Online an der FA-Umfrage teilzunehmen und alle bei Ihnen tätigen MaA mit einer Postkarte zur zweiten Umfrage einzuladen. In beiden Umfragen wurden Daten zu Charakteristika der Fachabteilung, dem ärztlichen Personal und Merkmalen der MaA erhoben. Die Chancen

wurden qualitativ als offene Frage thematisiert, während typische Schwierigkeiten bei der beruflichen Integration basierend auf den Ergebnissen der Vorstudien in 9 Items auf einer 5-stufigen Likert Skala abgefragt wurden. Die Auswertung erfolgt deskriptiv und anhand von Mittelwertvergleichen.

Ergebnisse

Insgesamt machten 581 Fachabteilungsleitungen aus 22,7% der angeschriebenen Fachabteilungen Angaben zu 605 von ihnen betreuten ärztlichen Teams. In diesen sind 36% der ärztlichen Stellen mit MaA besetzt (r=0-100), wobei auch 2 von 5 Fachabteilungen aktuell ausschließlich in Deutschland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte beschäftigen. In den Fachabteilungen mit MaAs im Team (n=361) liegt der durch diese besetzte Stellenanteil bei 45%.

Für 934 MaA liegen Angaben zu weiteren Merkmalen vor: Diese sind zur Hälfte weiblich und jeweils ein Drittel ist unter 35 Jahre bzw. über 50 Jahre alt. Etwas über die Hälfte der MaA sind bereits länger als zwei Jahre in der Fachabteilung tätig, knapp 30% unter einem Jahr. 18% der MaA arbeiten mit einer vorläufigen Berufserlaubnis, 57% verfügen über eine Approbation und 24% über einen deutschen Facharzttitel. 60% der MaA haben ihr Medizinstudium in den folgenden zehn häufigsten Ausbildungsländern absolviert: Russland (n=141), Rumänien (n=80), Syrien (n=77), Ukraine (n=62), Serbien (n=43), Bulgarien (n=40), Türkei (n=34), Polen (n=32), Ägypten (n=24) und Aserbaidschan (n=23) (vgl. Abbildung 1).

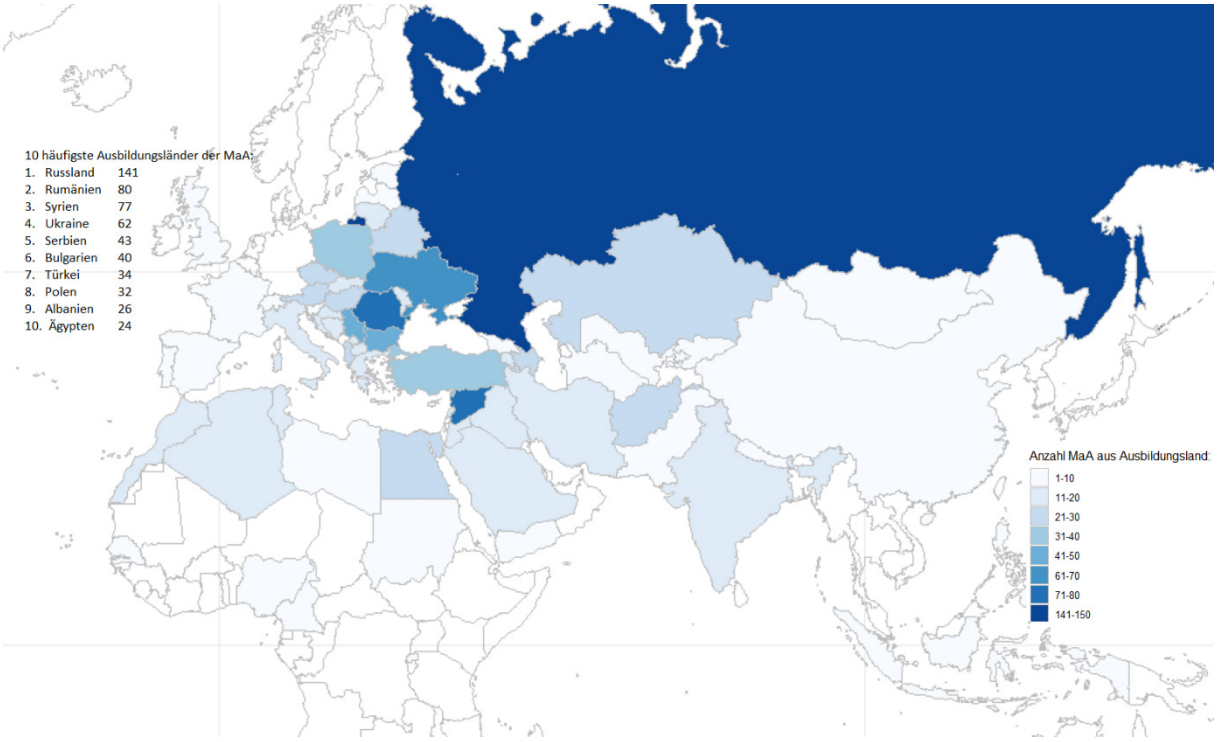


Abb. 1: Ausbildungsländer der Medizinerinnen und Mediziner mit ausländischem Abschluss
Datenbasis: Antworten der Fachabteilungsleitungen zu n=934 MaA

Die Fachabteilungsleitungen sehen primär die Chance, den ärztlichen Personalmangel zu mindern. Weiterhin schätzen sie die Vorteile in der Betreuung von nicht deutsch-sprachigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die Erhöhung der Diversität in der Einrichtung und die hohe Motivation der MaA. Die MaA hingegen nannten als häufigsten Vorteil ihre im Ausland

absolvierte, qualitativ hochwertige Ausbildung, gefolgt von interkulturellen (auch – medizinischen) Kompetenzen und der Fähigkeit zum empathischen Umgang mit Menschen. Dabei spielen Sprachkenntnisse eine herausragende Rolle.

Die Mittelwertvergleiche zu den Schwierigkeiten zeigen deutliche Unterschiede der Ratings durch die Fachabteilungsleitungen (n=282) und die MaA (n=151). Während die Fachabteilungsleitungen häufigere Schwierigkeiten – insbesondere im sprachlichen und fachlichen Bereich angaben, bewerteten die MaA die Items durchweg niedrig. Lediglich die Mittelwerte zu fehlenden Unterstützungsmaßnahmen und Diskriminierung sind nahezu identisch niedrig (vgl. Abbildung 2).

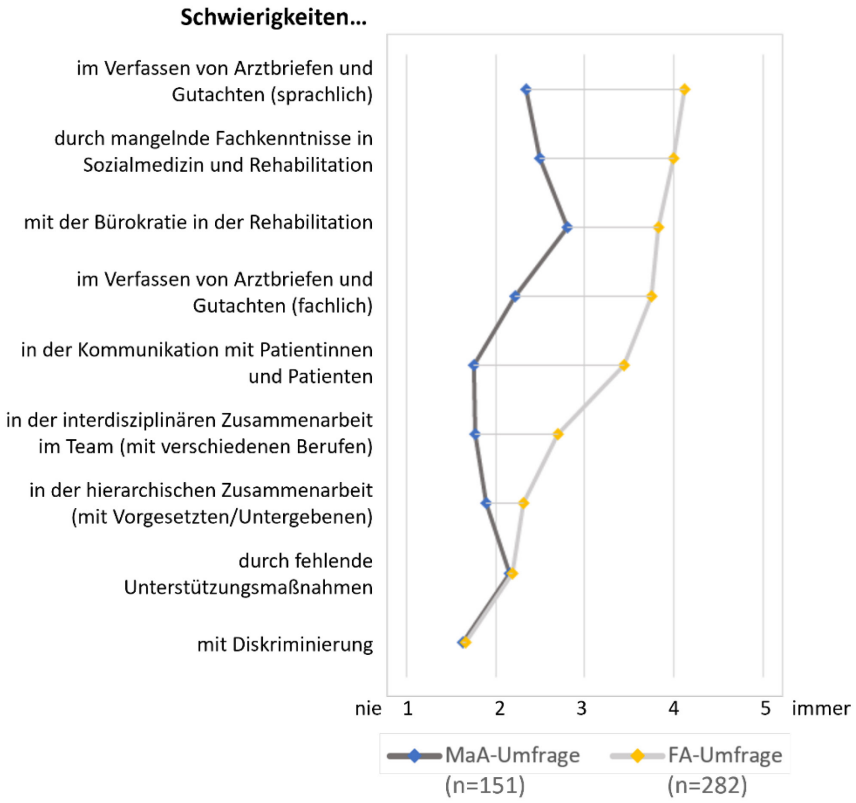


Abb. 2: Mittelwertvergleich zu Schwierigkeiten (MaA- und FA-Umfrage)

Diskussion und Fazit

Im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte sind zahlenmäßig keine Randerscheinung in den DRV-Vertragseinrichtungen. Die Auswertung der Chancen und Schwierigkeiten zeigt ein teilweise divergierendes Bild zwischen den Einschätzungen der Fachabteilungsleitungen und der MaAs. Einschränkend bleibt festzuhalten, dass insbesondere die Stichprobe der MaA durch Selbstselektion verzerrt sein könnte.

Take-Home-Message

Medizinerinnen und Mediziner mit ausländischem Abschluss leisten mit einer von drei ärztlichen Stellen einen substanziellen Beitrag zur rehabilitativen Versorgung in Deutschland – ihre professionelle Integration und hierbei auftretende Schwierigkeiten sind ein relevantes Thema, dem mehr Bedeutung beigemessen werden sollte.

Literatur

Jansen, E., Hänel, P.& Klingler, C. (2018). Rehabilitation-specific challenges and advantages in the integration of migrant physicians in Germany: a multiperspective qualitative interview study in rehabilitative settings. Public Health. DOI: 10.1016/j.puhe.2018.03.017.

World Health Organization. (2017). Rehabilitation in health systems. World Health Organization.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Praxis und Outcomes Sozialer Arbeit im Setting der Rehabilitation im internationalen Kontext: Ein Scoping Review

Nadja Scheiblich; Tobias Knoop; Thorsten Meyer

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Die Soziale Arbeit ist fester Bestandteil der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in Deutschland. Das SWIMMER-Projekt (Knoop et al., 2022) hat sich vor dem Hintergrund einer variierenden Versorgungspraxis und inkonsistenter Evidenzlage mit der Praxis der Profession in der medizinischen Rehabilitation auseinandergesetzt und darauf aufbauend eine Programmtheorie entwickelt. Für die berufliche Rehabilitation sind für Deutschland keine Studien zu sozialarbeiterischen Leistungen bekannt. Es mangelt zudem an einer internationalen Übersicht über den Forschungsstand zur Sozialen Arbeit in der Rehabilitation. Im Zuge des SWIMMER-Projekts und eines Projekts zur Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation (SABER-Projekt) sollte auf Grundlage eines Scoping Reviews dieser Überblick gegeben werden. Ziel des Reviews war es, die Ausgestaltung sowie die Outcomes der Leistungen zu ermitteln.

Methoden

Die Recherche fand in den Datenbanken PubMed und SocIndex statt. Zum gleichen Zeitpunkt wurde eine manuelle Suche in den führenden, gelisteten rehabilitationswissenschaftlichen und sozialarbeitsspezifischen Fachzeitschriften sowie in den Tagungsbänden ausgewählter internationaler rehabilitationswissenschaftlicher Kongresse durchgeführt. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Suchbegriffe. Publikationen, die nach 2010 in englischer oder deutscher Sprache veröffentlicht wurden, wurden eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden Studien, die als Zielgruppe unter 18-Jährige oder Personen mit Suchterkrankungen hatten. Das Titel-, Abstract- und Volltextscreening wurden unabhängig von zwei Reviewer*innen durchgeführt. Abweichungen wurden mit dem Ziel der Konsensfindung diskutiert. Die Ergebnisse wurden gemäß den Fokussen der Studie kategorisiert und narrativ zusammengefasst.

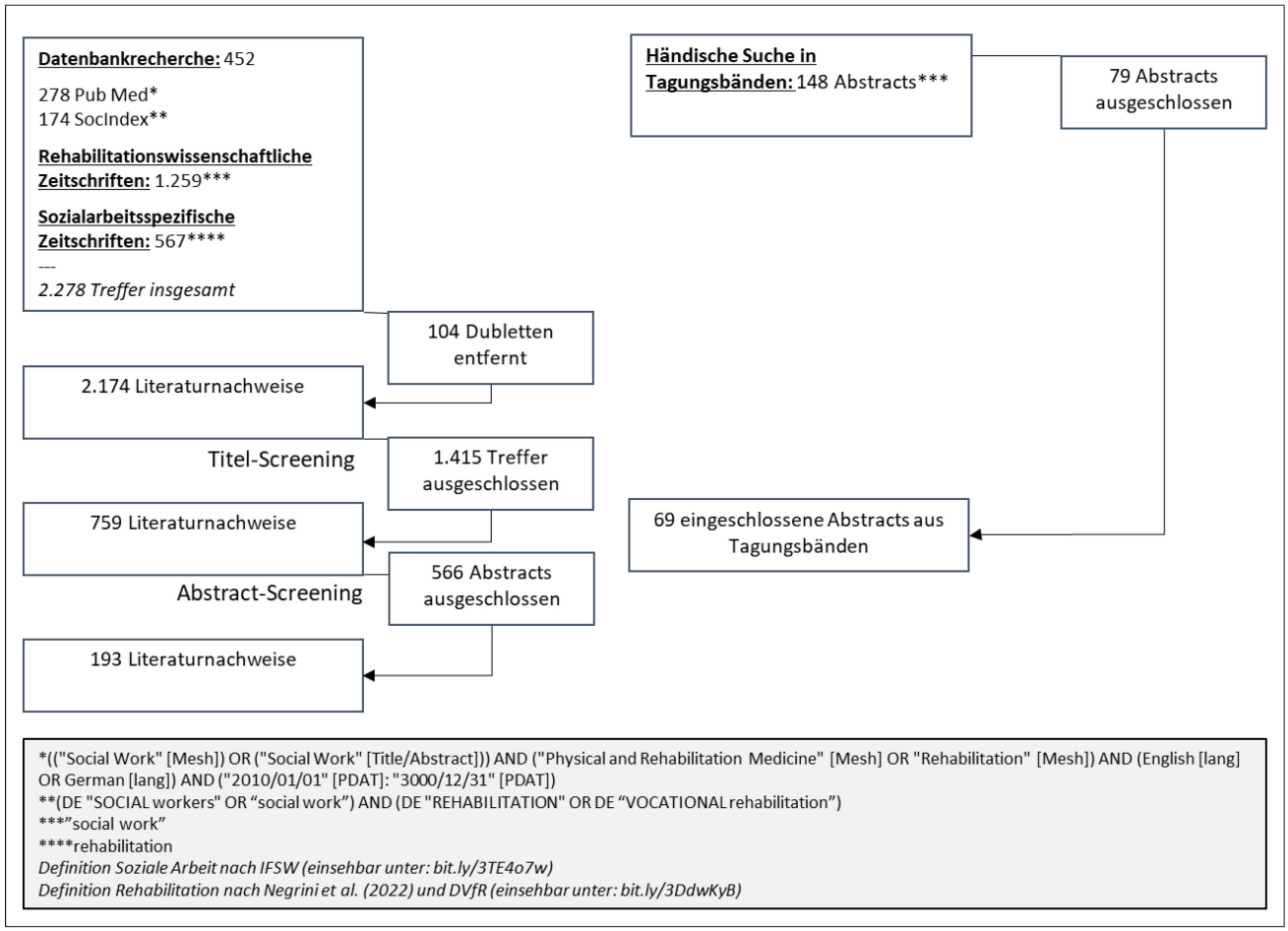


Abb. 1 Flowchart und Suchterme der Literaturrecherche

Ergebnisse

Mit den Suchstrategien ergaben sich 2.278 Treffer. In das Volltextscreening gingen insgesamt 193 Treffer ein. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die einzelnen Phasen der Recherche. Studientypen der eingeschlossenen Studien sind u.a. RCTs, Beobachtungsstudien, qualitative Studien und theoretisch-konzeptionelle Beiträge. Die Veröffentlichungen stammen u.a. aus den USA, Großbritannien, Australien, Skandinavien und Südafrika. Reha-Indikationen umfassen u.a. psychische, muskuloskelettale, kardiologische und neurologische Erkrankungen. Das Reha-Setting variiert von medizinisch geprägten stationären und ambulanten Einrichtungen, gemeindenaher Rehabilitation über berufliche Rehabilitation. Die Länge der Maßnahmen/Interventionen reicht von wenigen Wochen bis zu zwei Jahren. Die Publikationen variieren bei den Bezeichnungen der Professionellen und reichen von Sozialarbeiter*innen ohne Zusatz zu gesundheitsbezogenen, klinischen bis hin zu medizinischen Sozialarbeiter*innen. Zudem werden Sozialarbeiter*innen in einzelnen Publikationen zusammen mit Casemanager*innen genannt. Der Bericht über die Beteiligung der Sozialen Arbeit am Reha-Prozess umfasst die Nennung der Profession als Teil des interdisziplinären Teams sowie die Beschreibung einzelner Tätigkeiten bzw. konkreter Interventionen. Die Tätigkeiten/Interventionen umfassen beispielsweise (psychosoziale) Assessments, finanzielle und soziale Sicherung, Informationsweitergabe und Koordination weiterführender Leistungen, die Entlassplanung, unterstützende Beratung sowie Edukation. In einzelnen Veröffentlichungen wird die Beteiligung und Durchführung von Therapien wie der Acceptance-Commitment-Therapy und Cognitive Enhancement Therapy dargelegt.

Abbildung 2 zeigt eine Zuordnung der berichteten Outcomes zu den Komponenten des ICF-Modells der Funktionsfähigkeit.

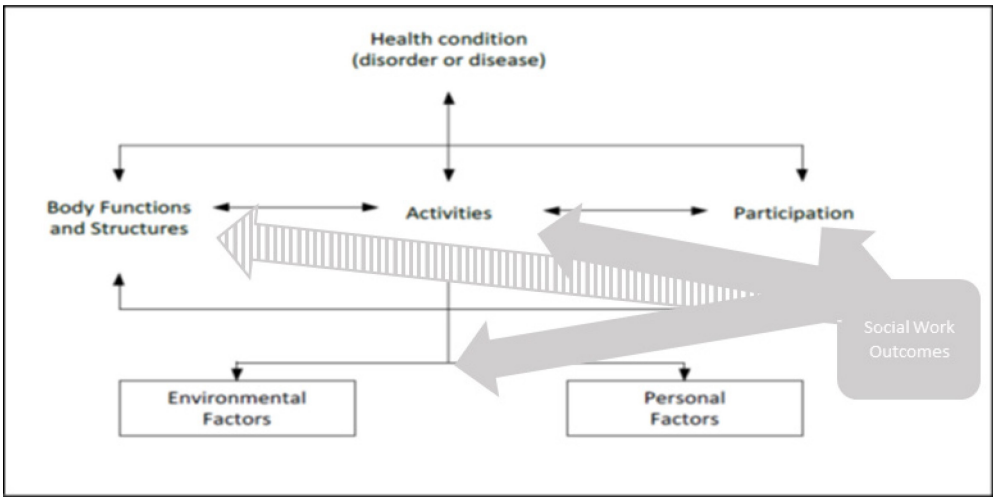


Abb. 2 Berichtete Outcomes sozialarbeiterischer Interventionen kategorisiert nach ICF (DIMDI, 2005)

Diskussion und Fazit

Sozialarbeiter*innen sind auch international Teil des interprofessionellen Teams in der Rehabilitation. Sie sind in verschiedenen rehabilitativen Settings und über diverse Indikationsbereiche hinweg verortet. Es deutet sich an, dass die Praxis in Abhängigkeit nationaler Kontexte, Settings und Indikationen variiert. Dies kann u.a. mit internationalen Unterschieden in den Ausbildungssystemen der Profession und den Reha-Systemen zusammenhängen. So zeigt sich, dass speziell in den USA Sozialarbeiter*innen insbesondere im Bereich psychischer Gesundheit an Therapien beteiligt sind. Dies ist der Profession im deutschen System nicht mehr möglich. Den Veröffentlichungen gemein ist, dass im Zusammenhang mit der Sozialen Arbeit im Kontext von Rehabilitation eine Ausrichtung auf die (psycho-)sozialen Dimensionen von Krankheit und Behinderung beschrieben wird, was sich auch in den berichteten Outcomes wiederspiegelt. Methodisch hat sich das Vorgehen, wie zuvor bereits gezeigt (Knoop et al., 2019), bewährt, eine umfangreiche manuelle Suche über Fachzeitschriften durchzuführen. Unklar bleibt, wieso die manuelle Suche derart erfolgreicher ist als die Suche in den Datenbanken.

Take-Home-Message

Die Soziale Arbeit ist Gegenstand der internationalen Rehabilitationsforschung. Die Ergebnisse sollten bei einer Überarbeitung der Praxisempfehlungen und Reha-Therapiestandards berücksichtigt werden.

Literatur

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2005). ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: DIMDI.

Knoop, T., Dettmers, S., Meyer, T. (2019). Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Eine Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Forschung. Die Rehabilitation, 58, 2, 89–95.

Knoop, T., Scheiblich, N., Dettmers, S., Meyer, T. (2022). Sozialarbeiterische Wirkmechanismen in der medizinischen Rehabilitation: theoretische und konzeptuelle Einordnung des Reha-Forschungsprojekts SWIMMER. Soziale Passagen. doi: 10.1007/s12592-022-00427-3.

Negrini, S., Selb, M., Kiekens, C., Todhunter-Brown, A., Arienti, C., Stucki, G., Meyer, T. (2022). Rehabilitation definition for research purposes. A global stakeholders' initiative by Cochrane Rehabilitation. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 101, 7, e100-e107. doi: 10.1097/PHM.0000000000002031.

Qualifizierung von Mitarbeitenden in Reha-Einrichtungen zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung mittels E-Learning

Bettina Hesse[1]; Susanne Dibbelt[2]; Jochen Heuer[2]; Bernhard Greitemann[2]; Monika Schaidhammer-Placke[2]; Kirsten Bollmann[1]

[1] Deutsche Rentenversicherung Westfalen; [2] IfR Norderney

Hintergrund und Zielstellung

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung ist für die erwerbsbezogene Zukunft der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden von entscheidender Bedeutung. Um in der medizinischen Rehabilitation eine umfassende und stimmige Leistungsbeurteilung vornehmen zu können, bedarf es der Qualifikation der Mitarbeitenden und der Zusammenarbeit des gesamten Reha-Teams.

E-Learning hat den Vorzug Raum- und Zeitungebundenen Lernens, d.h. einer persönlichen, flexiblen Lernorganisation. Aktuelle Studien im Gesundheitswesen zeigen, dass E-Learning bzgl. Effektivität und Zufriedenheit mit anderen Lernformen ebenbürtig ist (Sinclair et al., 2016; Liu et al., 2016). Dabei ist die didaktische Methode ein wesentlicher Einflussfaktor für den Lernerfolg. Im Projekt WELLE wurde vor diesem Hintergrund ein E-Learning-Kurs zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation entwickelt und der praktische Einsatz evaluiert.

Methoden

Lernziele, Anforderungen, und mögliche didaktische Methoden an den E-Learning-Kurs wurden in einer Fokusgruppe mit Expertinnen und Experten der Deutschen Rentenversicherung und der Reha-Forschung erarbeitet. Darauf aufbauend wurden die Lerneinheiten und das didaktische Konzept entwickelt. Die Lerneinheiten wurden mit der Software Articulate, Lernvideos mit der Software Vyond erstellt. Als Lernplattform wird Ilias eingesetzt. Alle Lerneinheiten wurden von sozialmedizinischen Expertinnen und Experten sowie Angehörigen der Zielgruppe geprüft und kommentiert und darauf basierend optimiert. Das E-Learning wurde mittels E-Mail beworben. Die Evaluation erfolgte über eine in das E-

Learning integrierten Evaluationsfragebogen sowie die Auswertung der Anmelde- und Abschlussdaten.

Ergebnisse

Das E-Learning-Kurs besteht aus einem Einführungskapitel, 10 Lektionen und einer Prüfungseinheit.

Zentrale didaktische Merkmale sind die Benennung der Lernziele, kurze Lerneinheiten, praktische Fallbeispiele, Videoelemente und Übungsfragen. Das E-Learning wurde durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe zertifiziert.

Im Zeitraum 1. April bis 26. Juli 2022 wurden insgesamt 892 Registrierungscodes von Einzelpersonen und Reha-Teams angefragt. 407 Personen meldeten sich auf der Lernplattform an (=45,6 %). 214 Personen beendeten den Kurs in diesem Zeitraum erfolgreich. Der Evaluationsfragebogen wurde von 156 Personen beantwortet (=38 % der Kursteilnehmenden, 70% der erfolgreich Absolvierenden). Die an der Befragung Teilnehmenden waren zu 59 % weiblich und im Mittel 46,1 Jahre alt (Range 22 bis 74 Jahre). 61 % waren Ärztinnen und Ärzte, 17 % Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, 13 % Psychologinnen und Psychologen, 6 % Funktionstherapeutinnen und -therapeuten. Die Berufserfahrung der Antwortenden lag im Mittel bei 19,2 Jahren (Range: 0,5 bis 43 Jahre), die Reha-Erfahrung bei 11,1 Jahren (Range: 0,25 bis 39 Jahre). 81 % gaben an, den Kurs zur Auffrischung/Erweiterung des Wissens besucht zu haben, 19 % gaben an, bislang noch wenig Kontakt zur Leistungsbeurteilung gehabt zu haben.

Das Handling und die Navigation im Kurs wurden von 96 % der Antwortenden als eher einfach erlebt. Die Zielsetzung der Lektionen und die Darstellung beurteilten über 80% der Teilnehmenden als klar. Lediglich 1,9 % der Teilnehmenden beurteilten Präsentation und Aufbau des Kurses als eher nicht motivierend. 72 % der Antwortenden gaben an, dass die in den Kurslektionen eingebetteten Videos den Lernerfolg sehr unterstützt haben; bei den Quizfragen gaben dies 86 % der Antwortenden an. 82 % gaben an, der Kurs habe Relevanz für die praktische Tätigkeit. 86 % gaben an, dass Sie durch den Kurs nachhaltiges Wissen erwerben konnten. Insgesamt geben 98 % an, der Kurs habe sich gelohnt, alle Antwortenden würden den Kurs weiterempfehlen. Es gab Anregungen für weitere Kursinhalte, z.B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungsbeurteilung bei speziellen Fallkonstellationen, Konsistenzprüfung.

Diskussion und Fazit

Das Lernformat „E-Learning“ schafft die Möglichkeit selbstbestimmt und ohne Reiseaufwand Wissen zu erweitern und zu vertiefen. Das breite Spektrum von Teilnehmenden (Alter, Berufserfahrung, berufliche Stellung), zeigt, dass das Angebot für alle Mitarbeitenden in Reha-Einrichtungen relevant ist. Aus Reha-Einrichtungen wurden Registrierungscodes für das ganze Reha-Team angefragt und das E-Learning sogar manchmal zur Pflichtveranstaltung erklärt. Die Nachfrage ist auch 6 Monate nach Start noch hoch.

Take-Home-Message

Fallbasierte E-Learnings können eine effektive und ökonomische Methode zur Qualifizierung von Reha-Teams darstellen. Sie schaffen eine gemeinsame Basis für die Zusammenarbeit.

Literatur

Liu, Q., Peng, W., Zhang, F., Hu, R., Li, Y., & Yan, W. (2016): The Effectiveness of Blended Learning in Health Professions: Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Medical Internet Research, 18(1):e2.

Sinclair, P. M., Kable, A., Levett-Jones, T., & Booth, D. (2016): The effectiveness of Internet-based e-learning on clinician behaviour and patient outcomes: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 57, 70–81.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Rehabilitationsbezogene hochschulische Lehrangebote gesundheitsbezogener Studiengänge in der BBMD-Region: Befragung und Übersicht durch die AG Reha-Lehre

Julia-Marie Zimmer[1]; Laura Retznik[1]; Wilfried Mau[1]; Annett Salzwedel[2]

[1] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; [2] Universität Potsdam

Hintergrund und Zielstellung

Trotz der möglichen Versorgungsrelevanz ist die Einbindung rehabilitationsbezogener Themen und Kompetenzen in die Lehre der Berufsgruppen des multiprofessionellen Reha-Teams kaum wissenschaftlich untersucht. Vorliegende Studien und Übersichtsarbeiten zeigen, dass rehabilitationsbezogene Lehrinhalte in den Ausbildungs- und Lehrplänen der rehabilitationsnahen Gesundheitsberufe bisher noch eine eher untergeordnete Rolle spielen und sehr heterogen umgesetzt werden, obwohl bei Angehörigen der betroffenen Berufsgruppen ein hoher Bedarf an rehabilitationsbezogenen Kompetenzen besteht (Retznik & Mau, 2022; Mau et al., 2017).

Die Arbeitsgruppe (AG) „Reha-Lehre“ des Rehabilitationswissenschaftlichen Verbundes Berlin, Brandenburg und Mitteldeutschland (BBMD) hat sich 2021 mit dem Ziel gegründet, fachübergreifend rehabilitationsbezogene Lehr- und Fortbildungsangebote in der BBMD-Region zusammenzutragen (Rehabilitationswissenschaftlicher Verbund, 2022). Anschließend sollen mögliche Weiterentwicklungsbedarfe der rehabilitationsbezogenen Aus- und Fortbildungsangebote formuliert werden.

Vor diesem Hintergrund wurden folgende Fragestellungen untersucht: Welche rehabilitationsbezogenen Lehrveranstaltungen werden in welchen gesundheitsbezogenen Studiengängen der BBMD-Region (Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen) angeboten? Welche Rehabilitationsthemen und Lehrinnovationen lassen sich in diesen Lehrveranstaltungen verorten?

Methoden

Um eine Übersicht über die rehabilitationsbezogenen hochschulischen Lehrangebote der BBMD-Region zu erhalten, wurden die Hochschulen und betreffenden Studiengänge per Internetrecherche identifiziert. Berücksichtigt wurden Studiengänge, die Berufsgruppen des Teams der medizinischen Rehabilitation ausbilden (Sportwissenschaft, Humanmedizin,

Physiotherapie, Psychologie, Soziale Arbeit, Ergotherapie, Pflege, Ernährungswissenschaft, Logopädie, Gesundheitsmanagement), aus allen Hochschulen in der BBMD-Region).

In der ersten Befragungswelle sollten Ansprechpartner*innen für die Lehrangebote identifiziert werden. Mittels einer Kontaktaufnahme via E-Mail wurden die jeweiligen Studiengangs-/ Institutsleiter*innen kontaktiert. Hier wurde über die AG und ihr Vorhaben informiert und eine Rückmeldung zu den Ansprechpartner*innen für rehabilitationsbezogene Lehre im Studiengang erbeten. Bei ausbleibender Rückmeldung erhielten die auf den Internetseiten benannten Lehrverantwortlichen ein allgemeineres Anschreiben mit der Bitte um Weiterleitung an die hochschulintern verantwortlichen Professor*innen der gesundheitsbezogenen Fächer.

Die in diesem vorbereitenden Schritt erfassten Ansprechpartner*innen wurde dann in einer zweiten Befragungswelle (Befragung: 07/2022, Erinnerung: 09/2022) ein Kurzfragebogen zum verantworteten Lehrangebot zugesandt. Der Fragebogen erfasste neben den Ansprechpartner*innen (Kontaktdaten, Berufsgruppe, Position an der Hochschule) Informationen zu den rehabilitationsbezogenen Lehrangeboten (Bachelor und Master getrennt), wobei relevante Lehrveranstaltungen und die jeweiligen rehabilitationsbezogenen Hauptthemen zu benennen waren. Außerdem wurden Lehrinnovationen mit Rehabilitationsbezug an der Hochschule abgefragt.

Ergebnisse

Die Befragung lief bis zum 14.10.2022. Es ließen sich 161 Studiengänge von 53 Hochschulen in der BBMD-Region identifizieren und daraus Kontaktinformationen zu insgesamt 51 Ansprechpartner*innen aus 31 Hochschulen gewinnen. Hierbei waren einige Personen für mehrere Studiengänge zuständig. Von diesen angeschriebenen Personen beantworteten 22 die schriftliche Kurzbefragung, die so Informationen zu 25 Studiengängen generiert hat. Die Verteilung über die Fachrichtungen sowie der Rücklauf sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tab. 1: Rücklauf des Kurzfragebogens zur Erfassung von Studiengängen mit rehabiliationsbezogenen Lehrinhalten, gruppiert nach Fachrichtung.

Fachrichtung	**recherchierte und angeschriebene Studiengänge**	**Rückmeldung zu den Studiengängen im Kurzfragebogen**
Sportwissenschaft	21 (Bachelor: 10, Master: 11)	8 (Bachelor: 5, Master: 3)
Humanmedizin	8 (Staatsexamen)	3 (Staatsexamen)
Physiotherapie	8 (Bachelor)	2 (Bachelor)
Psychologie	45 (Bachelor: 26, Master: 19)	3 (Bachelor)
Soziale Arbeit	32 (Bachelor: 20, Master: 12)	3 (Bachelor)
Ergotherapie	6 (Bachelor: 4, Master: 2)	2 (Bachelor)
Pflege	12 (Bachelor)	2 (Bachelor)
Ernährungswissenschaft	12 (Bachelor: 8, Master: 4)	-
Logopädie	1 (Bachelor)	-
Gesundheitsmanagement	16 (Bachelor: 12, Master: 4)	2 (Bachelor: 1, Master: 1)
Insgesamt	**161** (101 Bachelor, 52 Master, 8 Staatsexamen)	**25** (18 Bachelor, 4 Master, 3 Staatsexamen)

Bezüglich des Lehrangebots deutet sich an, dass in den Studiengängen Sportwissenschaft und Medizin sowie Physiotherapie und Ergotherapie jeweils mehrere Veranstaltungen mit Rehabilitationsbezug stattfinden. Dabei gestalteten sich die benannten Rehabilitationsthemen sich fachspezifisch sehr heterogen. So werden u.a. Rehabilitation als Gesundheitsstrategie, gesetzliche Grundlagen, die ICF, Teilhabe und Behinderung sowie das Reha-System in Deutschland behandelt. In sechs der Fragebögen wurden keine Reha-Themen benannt.

In rund der Hälfte der angegebenen Studiengänge (n=11) wurden Lehrinnovationen oder Lernprojekte angegeben, die u.a. interprofessionelle Lehre, digitale Lehrmedien, Fachpraktika und Hospitationen, Studienprojekte, POL sowie Mobilitätstraining mit Hilfsmitteln beinhalteten. Lehrinnovationen wurde hauptsächlich in den Sportwissenschaften, der Humanmedizin sowie den Studiengängen im Gesundheitsmanagement zurückgemeldet.

Diskussion und Fazit

Angesichts der geringen Verfügbarkeit anderer Informationsquellen wie Websites der Hochschulen gibt die Befragung einen ersten fachübergreifenden Einblick über rehabilitationsbezogene hochschulische Lehrangebote für zahlreiche Berufsgruppen des multiprofessionellen Reha-Teams in der BBMD-Region. Ob die geringe Response als Indiz für mangelnde Lehrangebote zu dem Themenfeld zu werten ist, kann mit dem hier möglichen Ansatz nicht geklärt werden. Die Rückmeldungen bieten Hinweise, welche Schwerpunktthemen und Lehrinnovationen in den jeweiligen Fachgebieten eine Rolle spielen und wie Rehabilitation von den Lehrverantwortlichen interpretiert wird. Die Ergebnisse der Befragung bieten das Potential für tiefergehende inhaltliche Untersuchungen.

Take-Home-Message

Wenige Rückmeldungen vermitteln erste Hinweise zu rehabilitationsbezogener Lehre, die zu einem Vergleich zwischen Berufsgruppen des multiprofessionellen Reha-Teams und zur Identifizierung von Weiterentwicklungsbedarfen führen sollen.

Literatur

Mau, W., Bengel, J., Pfeifer, K. (2017): Rehabilitation in der Aus-, Fort- und Weiterbildung beteiligter Berufsgruppen. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 60 (4), 1-8k.

Rehabilitationswissenschaftlicher Verbund BBMD (2022): Arbeitsgemeinschaft "Reha-Lehre". URL: https://bbmd.charite.de/forschung_und_lehre/ag_reha_lehre, Abruf: 19.10.2022.

Retznik, L., Mau, W. (2022): Rehabilitationsbezogene Inhalte in der Ausbildung von Gesundheitsberufen – Eine Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Pädagogik der Gesundheitsberufe, 1-2022.

Ähnliche Weisheitseinstellungen zur Bewältigung verschiedener Lebenssituationen

Anne Meier-Credner[1]; Mareike Eberl-Kollmeier[2]; Beate Muschalla[1]

[1] TU Braunschweig; [2] MEDIAN Ambulantes Gesundheitszentrum Hannover GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen, wie bspw. chronische Krankheit, Arbeits- oder Familienprobleme brauchen Menschen Weisheit (Baumann, Linden, 2008; Bang, Collet, 2020; Webster et al., 2014; van Patten et al., 2019).

Um in einer Situation weise handeln zu können, bedarf es zunächst erst einmal weiser Einstellungen. Wenig ist darüber bekannt, ob Menschen in verschiedenen Lebenssituationen die gleichen oder unterschiedliche Weisheitseinstellungen für sinnvoll halten. Wissen um die Verteilung von Weisheitseinstellungen ist bedeutsam für die Gestaltung von Diagnostik und Behandlungsansätzen bei Rehabilitationspatienten in schwieriger Lebenssituationen. Diese Studie untersucht, ob Menschen in Bezug auf eine berufliche und eine private Lebenssituation unterschiedlichen oder ähnlichen Weisheitseinstellungen zustimmen.

Methoden

416 Personen (Altersdurchschnitt 40.4 Jahre, Altersspanne 18 bis 84 Jahre) wurden zwei Beispiele von Lebenssituationen mit Ungerechtigkeiten vorgelegt: ein Arbeits- und ein Partnerschaftsproblem. Als Manipulationscheck gaben die Personen auf einer Likert-Skala von 0 (überhaupt nicht) bis 10 (sehr) an, wie gut sie sich in die jeweilige Situation hineinversetzen konnten und wie ungerecht sie die geschilderte Situation wahrnahmen. Nach jedem Beispiel kreuzten sie für die 12 Weisheitsideen einer Weisheitsskala (12WDS; Linden et al., 2019) von 0-10 an, inwieweit sie der jeweiligen Weisheitsidee in Bezug auf die geschilderte Situation zustimmten. Mittels abhängigem t-Test wurden die Weisheitszustimmungen zu beiden Situationen verglichen. Der Zusammenhang der Weisheitszustimmungen zwischen beiden Situationen wurde mittels Pearson-Korrelationen bestimmt.

Ergebnisse

Der Manipulationscheck zeigte, dass sich die Teilnehmenden in die geschilderten Situationen hineinversetzen konnten ($M_{berufliche\ Situation} = 6.72$, $SD_{berufliche\ Situation} = 2.64$; $M_{private\ Situation} = 6.05$, $SD_{private\ Situation} = 2.88$) und sie als ungerecht wahrnahmen ($M_{berufliche\ Situation} = 6.73$, $SD_{berufliche\ Situation} = 2.68$; $M_{private\ Situation} = 6.76$, $SD_{private\ Situation} = 2.85$).

Die Befragten stimmten den Weisheitsideen in beiden Situationen sehr ähnlich stark zu. In der beruflichen Situation stimmten sie stärker der Bedeutung von Perspektivwechsel zu ($M_{berufliche\ Situation} = 6.73$, $SD_{berufliche\ Situation} = 2.64$; $M_{private\ Situation} = 6.21$, $SD_{private\ Situation} = 2.79$; $t = 3.82$, $p < .002$, $d = .194$). In der privaten Situation stimmten sie

stärker der Bedeutung von Problem- und Anspruchsrelativierung zu (Mberufliche Situation = 7.37, SDberufliche Situation = 2.77; Mprivate Situation = 7.96, SDprivate Situation = 2.46; t = -3.87, p < .001, d = -.197). In beiden Situationen stimmten sie am stärksten Fakten- und Problemlösewissen, Emotionswahrnehmung und -akzeptanz, Wertrelativismus sowie Problem- und Anspruchsrelativierung zu (s. Tabelle). Die Reihenfolge der übrigen acht Weisheitsideen ist für beide Situationen gleich. Die geringste Zustimmung erhielten jeweils Selbstrelativierung und Ungewissheitstoleranz. Der Zustimmungsgrad zu den einzelnen Weisheitsideen korrelierte zwischen beiden Situationen moderat bis stark (rPearson = .45 bis .70).

Tab. 1: Zustimmungsrangfolge der Befragten zu den zwölf Weisheitseinstellungen in Bezug zur beruflichen bzw. privaten Situation

Rangfolge	**Berufliche Situation**	***M (SD)***	**Private Situation**	***M (SD)***
1	Fakten- und Problemlösewissen	7.89 (2.18)	Emotionswahrnehmung und -akzeptanz	8.02 (2.05)
2	Emotionswahrnehmung und -akzeptanz	7.84 (2.14)	Problem- und Anspruchsrelativierung	7.96 (2.46)
3	Wertrelativismus	7.67 (2.39)	Wertrelativismus	7.72 (2.49)
4	Problem- und Anspruchsrelativierung	7.37 (2.77)	Fakten- und Problemlösewissen	7.67 (2.36)
5	Kontextualismus	6.85 (2.54)	Kontextualismus	6.71 (2.64)
6	Selbstdistanz	6.85 (2.59)	Selbstdistanz	6.68 (2.76)
7	Empathie	6.79 (2.53)	Empathie	6.64 (2.75)
8	Perspektivwechsel	6.73 (2.64)	Perspektivwechsel	6.21 (2.79)
9	Nachhaltigkeit	6.24 (2.82)	Nachhaltigkeit	6.15 (2.86)
10	Emotionale Serenität und Humor	5.92 (2.74)	Emotionale Serenität und Humor	6.00 (2.76)
11	Selbstrelativierung	5.19 (2.90)	Selbstrelativierung	5.37 (2.86)
12	Ungewissheitstoleranz	4.88 (2.84)	Ungewissheitstoleranz	5.15 (3.01)

Diskussion und Fazit

Menschen stimmen Weisheitsideen tendenziell zu, ungeachtet der spezifischen Situation. Es könnte hilfreich sein, in Maßnahmen zur Weisheitsförderung insbesondere auf die Bedeutung von Ungewissheitstoleranz und Selbstrelativierung einzugehen, die spontan die geringste Zustimmung erhielten. Die Ergebnisse dieser Studie sind als vorläufig zu betrachten, da sie nur zwei - wenngleich prototypische - Situationen untersuchten. Interessant wäre auch, zu

prüfen, welche Weisheitsideen Menschen in verschiedenen Situationen eigeninitiativ nennen und welche Handlungsimpulse sie erleben.

Take-Home-Message

Weisheitsideen werden situationsübergreifend für sinnvoll erachtet, so dass zur Weisheitsförderung keine für Arbeit und Privatleben getrennten oder besonders spezialisierten Weisheitstrainings erforderlich erscheinen.

Literatur

Bang, H., Collet, B. (2020): “I defeat those fears and start a new life”: Iraqi refugee students’ PTSD, wisdom, and resilience. Peace and conflict. Journal of peace psychology. Advance online publication.

Baumann, K., Linden, M. (2008): Weisheitskompetenzen und Weisheitstherapie: Die Bewältigung von Lebensbelastungen und Anpassungsstörungen. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Linden, M., Lieberei, B., Noack, N. (2019): Weisheitseinstellungen und Lebensbewältigung bei psychosomatischen Patienten. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 69. 332–338.

van Patten, R., Lee, E. E., Daly, R., Twamley, E., Tu, X. M., Jeste, D. V. (2019): Assessment of 3-dimensional wisdom in schizophrenia: Associations with neuropsychological functions and physical and mental health. Schizophrenia Research. 208. 360–369.

Webster, J. D., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T. (2014): Wisdom and mental health across the lifespan. Journals of gerontology series b: Psychological sciences and social sciences, 69. 209–218.

Auswirkung psychiatrischer Begleiterkrankungen auf das Ergebnis der FCE-Testung in der orthopädischen Begutachtung mit dem AMA®-Test

Judith Gartmann[1]; Norbert Geissler[2]; Elena Andreeva[1]

[1] Medizinische Hochschule Hannover;
[2] Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Hintergrund und Zielstellung

In der orthopädischen sozialmedizinischen Begutachtung der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (DRV BSH) werden Rentenantragstellende mit unklarem Leistungsvermögen in der ärztlichen Untersuchungsstelle Hannover (UST H) der Functional Capacity Evaluation (FCE)-Diagnostik mit dem ArbeitsMarktspezifischen Assessment (AMA®-Test) zugewiesen. Dieser unterstützt den Begutachtungsprozess hinsichtlich der Überprüfung des quantitativen Leistungsvermögens in der leichten Kraftkategorie ohne spezifischen Berufsbezug in Anlehnung an die Vorgaben des allgemeinen Arbeitsmarktes (Geissler et al., 2021; Gartmann et al. 2022). Seit 2020 ist der AMA®-Test im Routineverfahren in der ärztlichen UST H der DRV-BSH implementiert.

Die Studie analysiert die Durchführbarkeit des AMA®-Tests bei Rentenantragstellenden mit orthopädischen Hauptdiagnosen. Die Abbruchquote wurde als Zielgröße operationalisiert, wobei das Auftreten der AMA®-Testabbrüche bei Personen mit und ohne psychiatrische Komorbidität dokumentiert werden sollte. Die Fragestellungen lauten:

1. Wie häufig werden psychische und Verhaltensstörungen in der sozialmedizinischen Begutachtung bei primärer orthopädischer Diagnose bei Rentenantragstellenden in der ärztlichen UST H der DRV BSH diagnostiziert?
2. Gibt es einen Unterschied in der Abbruchquote des AMA®-Testes zwischen orthopädischen Rentenantragstellenden mit zusätzlicher F-Diagnose im Vergleich zu orthopädischen Rentenantragstellenden ohne psychiatrische Komorbidität?

Methoden

Unter den Rentenantragstellenden mit primärer orthopädischer Diagnose wurden die im Vorfeld der orthopädischen Begutachtung fachärztlich gesicherten F-Diagnosen nach ICD 10 erfasst und deskriptiv ausgewertet. Anschließend erfolgte der Vergleich der Abbruchquoten des AMA®-Testes mit denen der orthopädischen Fälle ohne psychosomatische Komorbidität entsprechend der vorgegebenen Konsistenzanalyse des Testsystems (Geissler et al., 2021).

Ergebnisse

Es absolvierten 87 Rentenantragstellende den AMA®-Test zwischen 2020 und 2022.

Bei 32,2% der ProbandInnen war im Vorfeld der Begutachtung fachärztlich eine zusätzliche F-Diagnose festgestellt worden (n=28). Mehrheitlich handelte es sich um somatoforme Störungen (F 45). Die Abbruchquote des AMA®-Testes lag in der Gruppe mit rein orthopädischen Diagnosen bei 6,8%, während in der Gruppe mit psychosomatischer Komorbidität bei 14,3% der Teilnehmenden den Test abbrachen. Es waren 3 inkonsistente Testabbrüche in der Gruppe ohne psychosomatischer Komorbidität gegenüber 2 Testabbrüchen in der Gruppe mit psychosomatischer Komorbidität zu verzeichnen. Die Inkonsistenz der Testdaten spricht gegen die Limitierung der körperlichen Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in der leichten Kraftkategorie aus somatischen Gründen.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass der AMA®-Test auch an Personen mit komorbider psychischer oder Verhaltensstörung bei vorrangig orthopädischen Beeinträchtigungen durchführbar ist. Unter rein orthopädischen Erkrankungen zeigt sich eine tendenziell bessere Akzeptanz des fast 3-stündigen Tests seitens der Rentenantragstellenden. Ob die Anwendung dieser Leistungsdiagnostik an primär psychosomatischen ProbandInnen mit orthopädischen Begleiterkrankungen zuverlässig möglich ist, bedarf weiterer Untersuchungen.

Take-Home-Message

Der AMA®-Test ist im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung von primär orthopädischen Beeinträchtigungen, aber auch bei komorbider F-Diagnose nach ICD-10, durchführbar.

Literatur

Geissler N, Gartmann J, Andreeva E. (2021): AMA® – ein Projekt der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Anwendermanual (2. Aufl.). Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.

Gartmann J, Geissler N, Andreeva E. (2022): Machbarkeitsstudie des AMA-Testes in verschiedenen Probandenkollektiven. DRV-Schriften, Bd 126. 388-390.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Die Beziehung zwischen Body Mass Index und Teilhabe am Arbeitsleben

Michael Linden[1]; Christopher Arnold[2]; Max Holger Warnke[2]

[1] Charité - Universitätsmedizin Berlin; [2] Adula Klinik

Hintergrund und Zielstellung

Übergewicht wird üblicherweise nach dem Body Mass Index, BMI klassifiziert, d.h. dem Quotienten aus Gewicht und Quadrat der Körpergröße (kg/m²). Bei einem Wert zwischen 30 kg/m² (87kg bei 1,7m) and 35 kg/m² (101kg bei 1,7 m) wird von einem BMI I, bei einem Wert zwischen 35 kg/m² and 40 kg/m² (115kg bei 1,7m) einem BMI II und über 40 kg/m² von einm BMI III gesprochen. Diese Einteilung basiert auf medizinischen Bedfunden zur Folgemorbidität, z.B. Stoffwechselstörungen, kardiologischen oder orthopädischen Erkrankungen.

Nach dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF (International Classification of Functioning Disability and Health, WHO 2001) ist diese Klassifikation von Übergewicht ausschließlich unter Bezug auf medizinische Parameter im engeren Sinne jedoch nicht hinreichend. Übergewicht kann auch zu Einschränkungen der Leistungsfähigkeit führen, wie z.B. der körperlichen Beweglichkeit und in der Folge dann auch zu Teilhabebeeinträchtigungen, wie z.B. einer reduzierten Arbeitsfähigkeit.

Allerdings ist bei der Beurteilung der Teilhabebeeinträchtigungen zu berücksichtigen, dass diese wesentlich auch von den Kontextanforderungen abhängen. Während in früheren Zeiten bei der Arbeit sehr viel an körperlichem Einsatz unverzichtbar war, ist in der modernen Arbeitswelt, die körperliche Leistungsfähigkeit in vielen Arbeitsfeldern ohne wesentliche Bedeutung.

Ziel der vorliegenden Studie war zu untersuchen, in welchem Ausmaß die BMI-Grade eine Vorhersage der beruflichen Teilhabe ermöglichen.

Methoden

Die vorliegende Studie wurde initiiert im Rahmen des Rehawissenschaftlichen Forschungsverbunds BBMD. Bei 190 Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik, die einen BMI > 30 aufwiesen, wurde im Rahmen einer standardisierten Erhebung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin der Krankheitsstatus wie auch die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit beurteilt.

Ergebnisse

Von den untersuchten Patienten lagen 17.9% in der BMI Klasse I, 21.1% in der BMI Klasse II und 61% in the BMI Klasse III. mit einem Durchschnittsgewicht von 94.7 kg.

Es fanden sich signifikante Zusammenhänge zwischen BMI Klasse und metabolischen, kardiologischen und orthopädischen Erkrankungen.

Es fanden sich keine Unterschiede bzgl. der Teilhabe am Arbeitsleben. Unabhängig vom Gewicht wurden drei Viertel aller Patienten als arbeitsfähig eingestuft.

Diskussion und Fazit

Die Daten bestätigen, dass die BMI-Grade einen Zusammenhang mit der medizinischen Morbidität haben.

Die ursprüngliche Annahme, dass dies auch für die Teilhabe am Arbeitsleben gilt, konnte nicht bestätigt werden. In der modernen Arbeitswelt sind körperliche Einschränkungen von reduzierter Bedeutsamkeit, was auch für Übergewicht bis hin zur Adipositas per magna gilt.

Take-Home-Message

Übergewicht auch in höheren Klassen darf nicht zu der Voreinstellungen führen, dass diese Patienten automatisch in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt seien. Stattdessen bedarf es einer individuellen Analyse der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der jeweils gegebenen Kontextanforderungen.

Literatur

Arnold C., Linden M., Warnke M.H. (2023): Obesity classification of the Body Mass Index does not predict participation restrictions at work. Journal of Occupational and Environmental Medicine, in print

World Health Organization (WHO, 2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO Press, Geneva

Einfluss der FCE-Testung mit dem AMA®-Test auf die gutachterliche Bewertung eines fiktiven Fallbeispiels

Judith Gartmann[1]; Norbert Geissler[2]; Elena Andreeva[1]

[1] Medizinische Hochschule Hannover;
[2] Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Hintergrund und Zielstellung

In der sozialmedizinischen Begutachtung auf Erwerbsminderungsrente finden Functional Capacity Evaluation (FCE)-Testungen regelmäßige Anwendung. Die Testergebnisse sollen die Begutachtenden bei der Beurteilung des quantitativen Leistungsvermögens objektiv unterstützen (DRV, 2011; DRV, 2013). Zur Umsetzung der Empfehlungen der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO) sind standardisierte medizinische Beurteilungskriterien mit Standardisierung von Instrumentarien und Prozessabläufen erforderlich, um Transparenz und Nachvollziehbarkeit der sozialmedizinischen Begutachtungsabläufe und Leistungsentscheidungen sicher zu

stellen (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2004). Durch den Wegfall der Berufsunfähigkeitsrenten mit der Rentenreform zum 01.01.2001 für die Jahrgänge ab 1961 tritt die Prüfung des Leistungsvermögens für leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in den Vordergrund (DRV, 2013). Bislang existierte kein FCE-System, das sich auf die Minimalanforderungen der leichten körperlichen Arbeit fokussierte. Das ArbeitsMarktbezogene Assessment (AMA®-Test) wurde zur Unterstützung der sozialmedizinischen Begutachtung entwickelt, um die gesundheitliche Eignung der Testpersonen für Arbeiten in der leichten Kraftkategorie ohne Berufsbezug überwiegend im Sitzen bei unklarem Leistungsvermögen zu objektivieren (Geissler et al., 2021). Die ersten Ergebnisse zeigen eine gute Akzeptanz des AMA®-Test im routinemäßigen Verfahren der ärztlichen Untersuchungsstelle der DRV BS-H, bekräftigt durch geringe Abbruchquoten bei Rentenantragstellenden mit vorrangig orthopädischen Beeinträchtigungen (Gartmann et al., 2022).

Die Studie analysiert die Auswirkung der AMA®-Testergebnisse auf die Variabilität der gutachterlichen Einschätzung. Beantwortet werden sollte die Frage, wie erfahrene und unerfahrene GutachterInnen das quantitative Leistungsbild bewerten, wenn übliche medizinische Befunde durch AMA®-Testergebnisse ergänzt werden.

Methoden

Anlässlich einer GutachterInnenschulung der Ärztekammer Niedersachsen im Herbst 2021 wurde den Teilnehmenden im Unterricht ein fiktives Fallbeispiel mit medizinischen Befunden aus dem orthopädischen Fachgebiet zur Leistungseinschätzung im Erwerbsleben vorgelegt. Nach Unterrichtsabschnitten zum Thema der FCE- Testung wurde das bereits bekannte Fallbeispiel erneut von den Teilnehmenden beurteilt, wobei die medizinischen Daten um das Ergebnis der FCE-Diagnostik mit dem AMA®-Test ergänzt wurden. Zeitgleich erhielten hauptamtliche GutachterInnen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (DRV BSH) mit mehrjähriger Berufserfahrung diese Fallbeispiele. Die gutachterlichen Leistungseinschätzungen wurden in einem anonymisierten Fragebogen erfasst.

Ergebnisse

Es nahmen 34 Personen an der Befragung teil. Davon waren 79% GutachterInnen in Ausbildung (GA i.A.). Im Fall ohne FCE-Ergebnis wurde das quantitative Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt von den hauptamtlichen GutachterInnen einheitlich über 6 Stunden sowie für die letzte Tätigkeit einheitlich unter 3 Stunden bewertet. Es zeigte sich eine Übereinstimmung von 100%. Das Ergebnis blieb nach der Bearbeitung des Beispiels mit dem FCE-Ergebnis unverändert.

Die Ergebnisse der GA i.A. im Fall ohne FCE-Testung fielen heterogener aus (Allgemeiner Arbeitsmarkt 3-6 Stunden: 28,6%, über 6 Stunden: 71,4%; letzte Tätigkeit unter 3 Stunden: 64,3%, 3-6 Stunden: 28,6%; über 6 Stunden: 7,1%). Nach Bearbeitung des Falles mit FCE-Testung fand sich eine höhere Übereinstimmung bezüglich des quantitativen Leistungsvermögens. Das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wurde von 88,9% der Teilnehmenden auf über 6 Stunden festgelegt. Das Leistungsvermögen für die letzte Tätigkeit wurde von 44,4% der Befragten auf unter 3 Stunden bewertet.

Beide Gruppen wurden zum Einfluss der FCE-Testung auf das Begutachtungsergebnis befragt. Die GA i.A. unterschieden sich zu den hauptamtlichen GutachterInnen: je 17,6% der GA. i.A. bewerteten den Einfluss der FCE-Testung mit „stark“ und „sehr stark“.

Diskussion und Fazit

In der kleinen Stichprobe der teilnehmenden GutachterInnen zeigte sich der Trend, dass der Einfluss ergänzender FCE-Diagnostik bei der Leistungsbewertung maßgeblich von Fachgebiet und Routine der ärztlichen GutachterInnen abhängt. Eine aufgrund der kleinen Stichprobe vorsichtige Interpretation dieser Befunde wäre, dass die FCE-Testung insbesondere unerfahrene und fachfremde Begutachtende unterstützt.

Take-Home-Message

Der AMA®-Test liefert ergänzend eine transparente Befundlage zum quantitativen Restleistungsvermögen, die die Variabilität der gutachterlichen Einschätzungen minimieren kann.

Literatur

DRV-Bund (2011): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung (7. Aufl.). Berlin: Springer.

DRV-Bund (2013): Sozialmedizinisches Glossar. DRV-Schriften, Bd 81.37, 61

Geissler N, Gartmann J, Andreeva E. (2021): AMA® – ein Projekt der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Anwendermanual (2. Aufl.). Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.

Gartmann J, Geissler N, Andreeva E (2022): Erste Ergebnisse des AMA®-Testes aus der sozialmedizinischen Begutachtung im Rentenverfahren. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention und Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie. 07.09.-09.09.2022, Magdeburg. Das Gesundheitswesen. 84(08/09):793-794

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2004): Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO). DRV-Schriften, Bd 53.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Sozialmedizinische Aufgaben und Interventionen in der Richtlinienpsychotherapie

Michael Linden

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Psychische Erkrankungen nehmen ihrer Natur nach in vielen Fällen einen chronischen Verlauf und gehen dementsprechend auch mit Teilhabeeinschränkungen einher. Dies gilt

nicht nur für Demenzerkrankungen und schizophrene Psychosen, sondern auch für Persönlichkeitsstörungen und einen Großteil der affektiven Störungen.

Eine wichtige Säule in der Versorgung psychischer Störungen stellt die sog. „Richtlinienpsychotherapie“ durch niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dar. Auch hier gilt, dass die Mehrzahl der Patienten unter langjährigen Störungen leiden, die mit Teilhabe Störungen und insbsondere Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit leiden und die in aller Regel auch nach der Therapie keine Vollremission erreichen lassen.

Daraus folgt, dass es in der Psychotherapie nicht nur um die Behandlung von Krankheitssymptomen und -prozessen im engeren Sinne gehen kann, sondern auch unter einer bio-psycho-sozialen Perspektive gemäß der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, WHO 2001) um eine Förderung der Teilhabe durch ein Training von Fähigkeiten (z.B. Training der sozialen Kompetenz) und Kontextanpassungen (z.B. Unterstützung bei Arbeitsplatzveränderungen). Psychotherapie ist die einzige Behandlungsform, die auf allen Ebenen der Krankheitsfolgen intervenieren.

Auf diesem Hintergrund stellt sich die Frage, in welchem Umfang in der Routine der Richtlinienpsychotherapie eine erweiterte sozialmedizinsche Behandlungskonzepte eine Rolle spielen. Es fehlen dazu verlässliche versorgungsepidemiologische Daten.

In der vorliegenden von der DRV-Berlin-Brandenburg geförderten Studie war das Ziel zu untersuchen, bei wievielen und welchen Patienten von Richtlinienpsychotherapeuten sozialmedizinsiche Behandlungserfordernisse gegeben sind und was die Therapeuten in dieser Richtung tun.

Methoden

Nach zufälliger Auswahl wurden 131 Richtlinienpsychotherapeuten durch Forschungsmitarbeiter in ihren Praxen zu 322 aktuellen Behandlungsfällen interviewt. Anhand einer Liste sozialmedizinischer Maßnahmen wurde erhoben, bei wievielen Patienten entsprechende Behandlungsnotwendigkeiten bestanden, entsprechende Maßnahmen durchgeführt bzw. eingeleitet worden waren bzw. noch durchgeführt werden sollten.

Ergebnisse

Die durchschnittliche Erkrankungsdauer betrug 14,4 Jahre. Es bestanden bei mehr als der Hälfte der Fälle besondere berufliche Problemlagen. 28% waren bereits in einer Rehabilitationsmaßnahme.

Bezüglich sozialmedizinischer Interventionen waren an arbeitsplatzorientierten Hilfen, z.B. Beurteilung der Leistungsfähigkeit oder Kontakte zum Arbeitsamt von 11 im Interview aufgeführten Maßnahmen im Durchschnitt 1.38 (± 1.64; Min: 0, Max: 8) pro Patient bereits duchgeführt worden und seitens der Interviewer weitere 1.44 (± 1.89; Min: 0, Max: 10) als indiziert angesehen. Bezüglich Hilfen zum täglichen Leben, z.B. Einleitung einer Betreuung oder Kontakte zum Sportverein, wurden von 12 gelisteten Interventionen im Durchschnitt bereits 0.78 (± 1.03; Min: 0, Max: 5) pro Patient durchgeführt und weitere 1.33 (± 1.49; Min: 0, Max: 8) als indiziert angesehen. Bezüglich Koordinierungsmaßnahmen in einem interdisziplinären Behandlungsteam, z.B. Einleitung einer psychosomatischen Rehabilitation oder Vermittlung in Selbsthilfegruppen, wurden von 15 gelisteten Interventionen

durchschnittlich 1.76 (SD: 1.73; Min: 0, Max: 9) pro Patient bereits durchgeführt und weitere 2.09 (± 1.79; min: 0, max: 8) als indiziert angesehen.

Diskussion und Fazit

Die Daten der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass Psychotherapeuten viele Patienten behandeln, bei denen sozialmedizinische Maßnahmen bzgl. der „Teilhabe an der Gesellschaft“ [SGB IX, §2, (1)] allgemein oder bzgl. Arbeitsfähigkeit im Besonderen indiziert sind und bei denen eine interdisziplinäre erforderlich ist.

Take-Home-Message

Psychotherapueten sind wichtige Kooperationspartner der stationären bzw. ganztags-ambulanten medizinischen Rehabilitation was sowohl den Reha-Zugang wie die Reha-Nachsorge betrifft. Eine Aufgabe aller Sozialversicherungsträger sollte sein, die Voraussetzungen für eine gute sektorenübergreifende Kooperation zu schaffen und die sozialmedizinische Aus- und Weiterbildung von Psychothrapeuten zu fördern.

Literatur

Linden M, Schymainski D, Solvie J (2019): Sozialmedizinische Aufgaben in der Richtlinienpsychotherapie. Forum Rehabilitations- und Teilhaberecht. Beitrag C3-2019, www.reha-recht.de

Schymainski D, Linden M, Schmitt G, Rose M. (2021): Sozialmedizinische Interventionen in der Richtlinienpsychotherapie. Psychotherapeut, 66:156–162. https://doi.org/10.1007/s00278-020-00467-1

Schymainski D, Solvie J, Linden M, Rose M. (2022): Spectrum, rate and unmet needs of sociomedical interventions in outpatient psychotherapy, Clinical Psychology and Psychotherapy 29, 590-599, DOI 10.1002/cpp.2649

World Health Organization (WHO, 2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO Press, Geneva

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin Brandenburg

Stabilisierung des Bezugssystems psychisch erkrankter Menschen: Weisheitstraining in der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung

Anke Sondhof[1]; Beate Muschalla[1]; Ingo Dettmer[2]; Annika Ritter[2]

[1] TU Braunschweig; [2] Stellwerk e.V.

Hintergrund und Zielstellung

Chronische psychische Erkrankungen bringen neben den sozialmedizinischen Konsequenzen (Arbeits- bis hin zu Erwerbsunfähigkeit) auch Belastungen für Angehörige und somit für das Bezugssystem psychisch Erkrankter mit sich. Die Bewältigung belastender Lebensereignisse erfordert spezifische Fähigkeiten. Das Modell der Weisheitskompetenzen benennt 12 Weisheitsfähigkeiten, die in kritischen Lebenssituationen zur Lebenszufriedenheit und Reduktion von Verbitterungserleben beitragen können (Linden et al., 2019). Weisheit

wirkt sich auf das subjektive Wohlbefinden aus (Ardelt, 2020) und kann wie Selbstsicherheit gezielt gefördert werden (Baumann & Linden, 2008). Stellwerk e.V. als Teil der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft des Landkreises Gifhorn bietet psychisch Erkrankten und ihren Angehörigen das Weisheitstraining „Kommunikation in Bewegung“ an. Eine Pilotstudie untersucht, inwiefern das Training das soziale Unterstützungs- und Belastungserleben der Teilnehmenden verändert.

Methoden

Stand September 2022 haben zehn Personen (Alter M = 53 Jahre) am Training teilgenommen, davon hatten sieben eine psychische Erkrankung. Im Verlauf von sieben Terminen werden aktuelle Alltagssituationen analysiert und die Entwicklung der Weisheitskompetenzen Fakten- und Problemlösewissen, Perspektivwechsel, Nachhaltigkeit sowie emotionale Serenität und Humor gefördert.

Die Evaluation des Trainings findet vor und nach dem Training sowie in einem 3-monatigen Follow-Up statt. Mittels Selbstauskunft-Fragebögen werden Weisheitskompetenzen, subjektives Wohlbefinden, Verbitterungserleben und das soziale Unterstützungs- bzw. Belastungserleben erfasst.

Ergebnisse

Erste Ergebnisse zeigen, dass die Teilnehmenden zu Beginn des Trainings größtenteils ein durchschnittliches subjektives Wohlbefinden zeigten, das sich tendenziell nicht veränderte. Der globale Weisheitsscore der meisten Teilnehmenden war zu Beginn des Trainings unterdurchschnittlich und teilweise nach dem Training gesunken. Das Verbitterungserleben der Teilnehmenden war mehrheitlich unauffällig. Nach dem Training wurde bei einigen Teilnehmern eine Abnahme des Verbitterungserlebens gemessen. Psychisch erkrankte Teilnehmer zeigten vor dem Training ein höheres soziales Unterstützungserleben und ein geringeres Belastungserleben als psychisch gesunde Angehörige. Nach dem Training wurde das soziale Netz von psychisch Gesunden wie Erkrankten als unterstützender und belastungsfreier erlebt.

Diskussion und Fazit

Psychisch erkrankte Personen schätzen ihre Weisheitskompetenzen geringer ein als psychisch gesunde (Muschalla et al., 2020). Selbstaussagen zur Einschätzung der eigenen Weisheit sind jedoch häufig aufgrund sozialer Erwünschtheit positiv verzerrt. Es könnte sein, dass Menschen, die direkt oder indirekt von psychischen Erkrankungen betroffen sind, ihre Weisheitskompetenzen realistischer einschätzen. Verbitterung ist eine Reaktion auf belastende Lebensereignisse und wirkt sich negativ auf das soziale Umfeld aus (Znoj et al., 2016). Das kommunikationsorientierte Weisheitstraining könnte Verbitterungserleben abschwächen und soziales Unterstützungserleben stärken. Weitere, randomisierte kontrollierte Studien sind dazu notwendig.

Take-Home-Message

Die Förderung von Weisheitskompetenzen in der sozialpsychiatrischen Versorgung kann Potential haben, das Bezugssystem psychisch erkrankter Menschen und damit einen Basisaspekt sozialer Teilhabe zu stabilisieren.

Literatur

Ardelt, M. (2020): Can wisdom and psychosocial growth be learned in university courses? Journal of Moral Education, 49(1), 30–45. https://doi.org/10.1080/03057240.2018.1471392

Baumann, K. & Linden, M. (2008). Weisheitskompetenzen und Weisheitstherapie. Die Bewältigung von Lebensbelastungen und Anpassungsstörungen. Pabst Science Publishers.

Linden, M., Lieberei, B. & Noack, N. (2019): Weisheitseinstellungen und Lebensbewältigung bei psychosomatischen Patienten. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 69(8), 332–338. https://doi.org/10.1055/a-0813-2040

Muschalla, B., Grove, H. & Morawietz, J. (2020): Fähigkeiten, Arbeitsängste und Verbitterungserleben in der Allgemeinbevölkerung. Eine Zusammenstellung von Repräsentativdaten. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt im Bereich der Rehabilitation. Braunschweig. Technische Universität Braunschweig, Psychotherapie und Diagnostik.

Znoj, H., Abegglen, S.; Buchkremer, U. & Linden, M. (2016): The Embittered Mind: Dimensions of Embitterment and Validation of the Concept. Journal of Individual Differences, 37(4), 213–222. https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000208

Förderung: Aktion Mensch

Corona im Übergang Schule-Studium bei Studierenden der Sonderpädagogik

Hans-Christoph Eichert

Pädagogische Hochschule Heidelberg

Hintergrund und Zielstellung

Der Übergang Schule-Studium ist eine wesentliche Anforderung des frühen Erwachsenenalters. Durch mit der Corona-Pandemie verbundene Einschränkungen waren Menschen in diesem Lebensabschnitt besonders betroffen. Studierenden wurde durch online-Formate, Präsenzveranstaltungen unter Coronabedingungen und eingeschränkte Kontaktmöglichkeiten zu Studienbeginn die Orientierung an den Hochschulen erschwert. Dadurch sind Belastungen entstanden, die aufgrund der Sensibilität des Lebensabschnitts langfristige gesundheitliche Auswirkungen haben können. Dies betrifft nicht nur erkrankungsbedingte sondern auch psychosoziale Belastungen. Vor dem Hintergrund eines stress- und ressourcentheoretischen Ansatzes, der davon ausgeht, dass Belastungen durch Bewältigungsressourcen in ihrer Wirkung abgemildert werden können, wurde bei Studienanfänger:innen des BA Sonderpädagogik an der PH Heidelberg untersucht, wie sich deren Situation im Übergang darstellt. Die Fragestellungen lauten im Einzelnen:

1. Wie schätzen die Studierenden Belastungen, Ressourcen und ihre Selbstwirksamkeit ein?
2. Wie stellt sich die gesundheitliche Situation dar und lassen sich unterschiedliche Belastungscluster identifizieren?
3. Was erwarten die Studierenden für die Zukunft?

Methoden

Insgesamt wurden N=101 Studienanfänger:innen im Zeitraum 1.4.2022-15.5. 2022 über Soscisurvey zu Belastungen, Ressourcen und Zukunftserwartungen in den Bereichen Familie, Freundeskreis, Freizeit, Schule/Studium, Übergang Schule/Studium sowie zur Einschätzung ihrer Gesamtsituation und ihres allgemeinen Gesundheitszustandes befragt.

Außerdem kamen die allgemeine Selbstwirksamkeitsskala (Beierlein et al., 2014), eine Belastetheitsskala (Hoffmeister et al., 1988) und eine nicht-klinische Depressivitätsskala (Mohr et al., 2014) zum Einsatz.

Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv und varianzanalytisch. Ergänzend wurde eine Clusterzentrenanalyse durchgeführt, um spezielle Belastetheits-Gruppen zu identifizieren.

Ergebnisse

Belastungen. Während Familie (2,5) und Freundeskreis (2,73) als weniger belastet erlebt wurden, wurden die Bereiche Freizeit (4,18), Schule/Studium (3,58) und Übergang Schule/Studium (3,27) als stärker belastet bewertet.

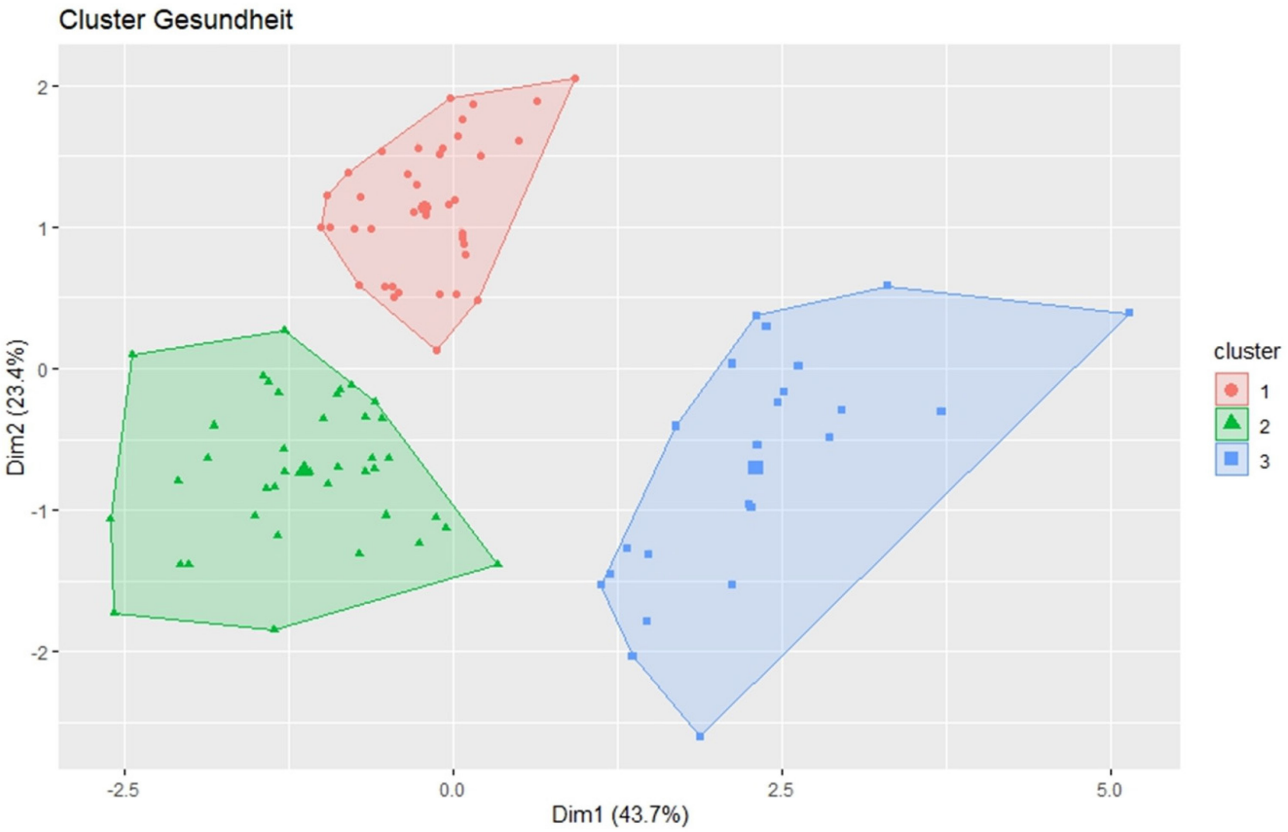


Abb. 1: Cluster Gesundheit

Ressourcen und Selbstwirksamkeit. Ressourcen nahmen die Befragten in den Bereichen Familie (4,22), Freundeskreis (4,31) und eingeschränkt auch Freizeit (3,1) wahr. Eine geringere Rolle spielten dagegen Schule oder Studium. (2,48). Ihre Selbstwirksamkeit schätzten die Befragten im mittleren Bereich ein (3,96).

Gesundheit. Insgesamt bewerteten die Untersuchungsteilnehmer:innen ihren Gesundheitszustand mit 3,75. Studierende, die erkrankt waren und Studierende mit Behinderung schätzten ihren Gesundheitszustand dagegen schlechter ein.

Die Belastetheit lag bei 3,12. Die Depressivität (1-7) war insgesamt eher geringer ausgeprägt (2,27).

Ca. 60% der Befragten gaben an, sich mit Corona infiziert zu haben. Der Durchschnittswert der wahrgenommenen Stärke der Beeinträchtigung war relativ gering und lag bei 2,36.

Cluster. Eine Clusterzentrenanalyse mit den Variablen Gesundheitszustand, Belastetheit, Depressivität und Selbstwirksamkeit ergab drei Cluster. Cluster 1 (N=39) ist geprägt durch mittlere Werte beim Gesundheitszustand, Depressivität, Belastetheit und einen etwas geringeren Wert bei Selbstwirksamkeit.

Cluster 2 (N= 39) ist geprägt durch hohe Werte beim Gesundheitszustand, geringe Werte bei Depressivität und Belastetheit sowie hohe Werte bei Selbstwirksamkeit. Insgesamt scheint diese Gruppe eher „resilient“ zu sein.

Cluster 3 (N=23) ist geprägt durch die geringsten Werte bei Gesundheit und Selbstwirksamkeit sowie durch die höchsten Werte bei Depressivität und Belastetheit. Diese Gruppe scheint insgesamt eher „vulnerabel“ zu sein.

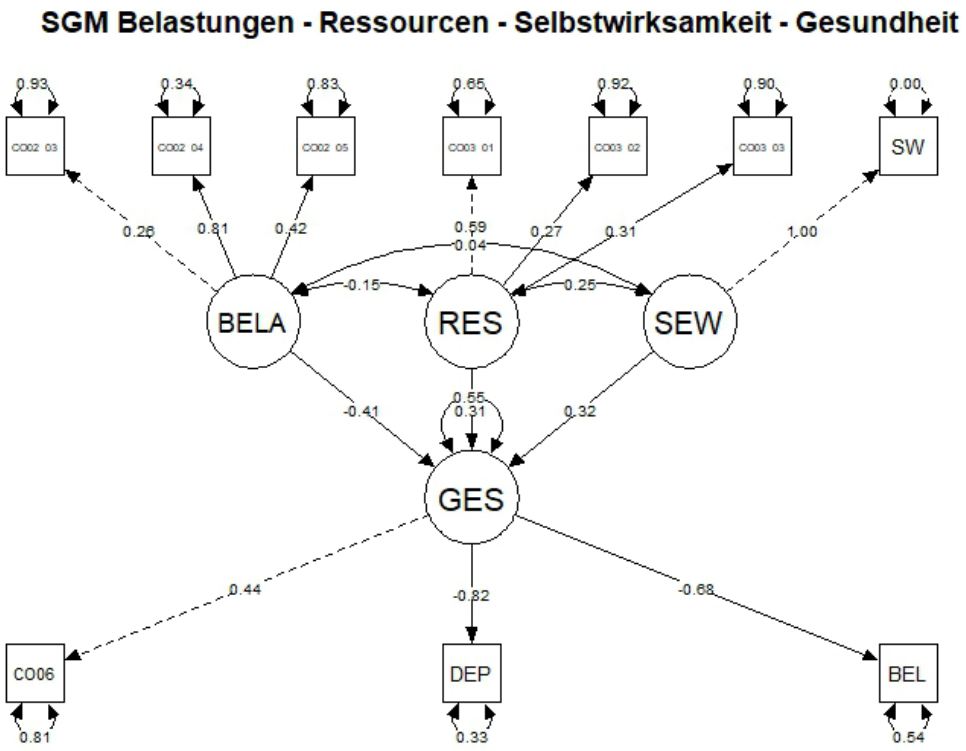


Abb. 2: SGM Belastungen – Ressourcen – Selbstwirksamkeit - Gesundheit

Gesamtsituation und Zukunftserwartungen. Ihre Gesamtsituation schätzen die Untersuchungsteilnehmer:innen im mittleren Bereich (3,79) ein.

Die Zukunftserwartungen in Bezug auf Familie, Freundeskreis, Freizeit und Studium wurde mit einer sieben-stufigen Skala erhoben, wobei Werte unter vier für erwartete Verschlechterungen, der Wert vier für keine Veränderung und Werte über vier für erwartete Verbesserungen stehen. Die Mittelwerte zeigen erwartete Verbesserungen in allen Bereichen, wobei die Erwartungen in Bezug auf die Familie mit 4,77 am geringsten ausfielen.

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die Studierenden insgesamt zwar bisher relativ gut durch die Coronapandemie gekommen sind. Wie die vertiefte Analyse aber zeigt, gibt es aber eine vulnerable Gruppe von etwa 20%, die im gesundheitlichen Bereich und Selbstwirksamkeit deutlich schlechtere Werte erreicht und auch ihre Gesamtsituation deutlich schlechter bewertet. Für diese Gruppe scheinen stärkere Bewältigungshilfen erforderlich zu sein.

Take-Home-Message

Zur Vermeidung langfristig negativer Folgen benötigt eine mit 20% relativ große vulnerable Gruppe zur Vermeidung langfristiger gesundheitlicher Beeinträchtigungen Bewältigungshilfen.

Literatur

Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J. & Rammstedt, B. (2014): Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). https://doi.org/10.6102/zis35.

Hoffmeister, H., Hoeltz, J., Schön, D., Schröder, E. & Güther, B. (1988): Nationaler Untersuchungs-Survey und regionale Untersuchungs-Surveys der DHP, Bd. I. DHP-Forum, Heft 1/88.

Mohr, G. & Müller, A. (2014): Depressivität im nichtklinischen Kontext. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). https://doi.org/10.6102/zis79.

Digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderung – Aktueller Forschungsstand und Status quo

Sabrina Lorenz; Marianne Kreuder-Schock; Irina Kreider

Forschungsinstitut Betriebliche Bildung

Hintergrund und Zielstellung

Digitalisierung gewinnt in allen Lebens- und Arbeitsbereichen immer stärker an Bedeutung. Megatrends, wie New Work, Arbeit 4.0. oder Industrie 4.0. halten Einzug in die Betriebspraxis. Die berufliche Rehabilitation kann häufig nicht mit diesen Entwicklungen Schritt halten (Johansson et al., 2021). Allerdings birgt die Digitalisierung auch Risiken für Menschen mit Behinderung (Engels, 2016). Bisherige Untersuchungen zeigen, dass Menschen mit Behinderung überdurchschnittlich von digitaler Ausgrenzung betroffen sind (Scholz et al., 2017), wenn auch nicht in gleicher Intensität. Menschen mit Hör- oder Körperbehinderungen scheinen tendenziell eher in der Lage, das Internet zu nutzen und digital teilzuhaben. Als besonders von digitaler Ausgrenzung betroffen gelten Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (Sube & Sonnenschein, 2022 zum „digital disability divide“).

Um eine vollständige berufliche und soziale Teilhabe aller sicherzustellen, wird der Einsatz digitaler Technologien in der beruflichen Rehabilitation unverzichtbar (Borgstedt, Möller-Slawinski, 2020). Bislang liegen hierzu jedoch kaum Strategien vor. Hier setzt das vom BMBF geförderte Forschungsprojekt digitaleTeilhaBe an. Im Ergebnis sollen v.a. Bedarfe und Möglichkeiten zur Stärkung digitaler Teilhabe in Bildungs- und Arbeitsprozessen sowie Lösungsansätze für Bildungs-, Forschungs- und Innovationspolitik erarbeitet werden.

Methoden

Im Rahmen eines partizipativen Forschungsdesigns, das Menschen mit Behinderung sowie weitere relevante Akteure in der beruflichen Rehabilitation einbindet, werden klassische Erhebungsformate wie eine explorative Online-Befragung und leitfadengestützte Interviews mit einer Zukunftswerkstatt kombiniert. Struktur gibt das Konstrukt der digitalen Teilhabe, das „Teilhabe an (Zugänglichkeit und digitale Kompetenzen), Teilhabe durch (assistive Technologien und technische Hilfsmittel) und Teilhabe in (aktive Teilnahme in digitaler Welt) digitalen Technologien“ unterscheidet (Borgstedt, Möller-Slawinski, 2020).

Im Beitrag werden die Ergebnisse der Online-Befragung von Menschen mit Behinderung sowie Fachkräften fokussiert. Ziel war die explorative Erfassung des Status quo der digitalen Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Dazu wurden u.a. Informationen zur Mediennutzung, digitalen Kompetenzen, Herausforderungen bei der Mediennutzung sowie Veränderungen durch die SARS-CoV-II-Pandemie erhoben. Die Online-Befragung war von Ende Mai bis August 2022 zugänglich und erreichte nach Abschluss eine Fallzahl von n=136.

Ergebnisse

Grundsätzlich zeigen die Ergebnisse, dass es für gelingende, digitale Teilhabe nicht so sehr davon abhängt, ob eine Person eine Behinderung hat oder nicht, sondern eher welche Behinderung vorliegt und wie sich deren Symptome auswirken. Das Benachteiligungsgefälle innerhalb der Gruppe der Menschen mit Behinderung konnte auch anhand der vorliegenden explorativen Befragungsergebnisse beobachtet werden. Die Ergebnisse könnten auch darauf hindeuten, dass Betroffenen je nach Behinderungsart in unterschiedlichen Dimensionen ihrer digitalen Teilhabe eingeschränkt sind: Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen fühlen sich eher im Bereich Teilhabe durch digitale Technologien eingeschränkt und fordern dementsprechend digitale Technologien eher in Form technischer Assistenzsysteme, während Menschen mit psychischen und intellektuellen Einschränkungen vor allem im Bereich Teilhabe an digitalen Technologien eingeschränkt scheinen, was sich in ihrem Wunsch nach besseren Zugängen und Unterstützungsmöglichkeiten für die Nutzung von digitalen Technologien widerspiegelt.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse bieten einen aktuellen Einblick in den Status quo der digitalen Teilhabe von Menschen mit Behinderung und zeigen Unterschiede in der Teilhabe zwischen verschiedenen Behinderungsarten auf. Sie geben aufgrund geringer Fallzahlen und fehlender Repräsentativität nur Tendenzen wider. Außerdem trägt die digitale Erhebungsmethode zu einer ‚Positivselektion' der Befragten bei, da eher Menschen erreicht werden, die über die notwendigen Zugänge und digitalen Kompetenzen verfügen.

Take-Home-Message

Es liegt ein „digital disability gap" im Bereich der digitalen Teilhabe von Menschen mit Behinderung vor. Daher müssen zukünftige Möglichkeiten zur Stärkung digitaler Teilhabe in Bildungs- und Arbeitsprozessen identifiziert werden, um eine vollständige berufliche und soziale Teilhabe aller sicherzustellen.

Literatur

Borgstedt, S., Möller-Slawinski, H. (2020): Digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderung (S. 81). Aktion Mensch e.V.

Engels, D. (2016): Chancen und Risiken der Digitalisierung der Arbeitswelt für die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung. (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB467). Köln: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; ISG-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH.

Johansson, S., Gulliksen, J., Gustavsson, C. (2021): Disability digital divide: The use of the internet, smartphones, computers and tablets among people with disabilities in Sweden. Universal Access in the Information Society, 20(1), 105–120.

Scholz, F., Yalcin, B., Priestley, M. (2017): Internet access for disabled people: Understanding socio-relational factors in Europe. Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 11(1).
Sube, L., Sonnenschein, N. (2022): Media@ Work: Berufliche Teilhabe durch digitale Medien stärken. ZDfm–Zeitschrift für Diversitätsforschung und-management, 7(1), 27-28.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Digitales Lernen im Homeoffice aus Sicht der Rehabilitand:innen in Berufsförderungswerken – Eine Befragung zu Erfahrungen während der Corona-Pandemie

Barbara Lippa[1]; Sebastian Klaus[1]; Kerstin Kölzner [2]

[1] Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V.; [2] Berufsförderungswerk Halle

Hintergrund und Zielstellung

Die berufliche Rehabilitation stand während der Corona-Pandemie vor besonderen Herausforderungen (vgl. Boehle et al., 2021). Die Rehabilitationsmaßnahmen mussten von einem Tag auf den anderen an die Corona-Bedingungen angepasst werden. In den 28 im Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke (BV BFW) zusammengeschlossenen Einrichtungen fand die berufliche Rehabilitation während der Corona-Pandemie zum großen Teil in digitalen Formaten statt. Unter den Bedingungen einer zunehmenden Digitalisierung, stellt sich für die Berufsförderungswerke (BFW) die Frage, wie die berufliche Rehabilitation zukünftig gestaltet werden kann, um Teilhabechancen in vollem Umfang zu nutzen. Vor diesem Hintergrund hat der BV BFW eine Befragung der Rehabilitand:innen zu Erfahrungen mit digitalem Lernen zuhause im Homeoffice durchgeführt.

Methoden

Im Zeitraum 17.05.-24.07.2022 wurden Rehabilitand:innen aus 28 BFW eingeladen, an einer anonymen Online-Befragung teilzunehmen. Hierzu wurde mit Hilfe des Befragungstools SoSci Survey ein teilstandardisierter Online-Fragebogen erstellt und die BFW-Mitarbeitenden gebeten, den Befragungslink unter Rehabilitand:innen in unterschiedlichen Phasen der Rehabilitation und in unterschiedlichen Qualifizierungsbereichen zu teilen. Insgesamt konnten 1.234 Online-Fragebögen aus 23 BFW in die Auswertung der Ergebnisse eingeschlossen werden. Es wurden mittels SPSS deskriptive Analysen der Daten durchgeführt.

Ergebnisse

841 Rehabilitand:innen gaben an, sowohl über Erfahrungen mit digitalen Angeboten als auch mit Phasen des Lernens im Homeoffice während der Corona-bedingten (Teil-)Schließung der BFW zu verfügen. Ihnen wurden vertiefende Fragen zu ihren Erfahrungen und erlebten Herausforderungen beim digitalen Lernen im Homeoffice gestellt. 44% der Befragten in dieser Gruppe zeigen sich mit der Reha-Maßnahme im Homeoffice weitestgehend bzw. sehr zufrieden, allerdings sind 38% auch leicht oder ziemlich unzufrieden. Im direkten Vergleich zwischen Präsenzunterricht und digitalem Lernen zuhause zeigt sich, dass Letzteres

schlechter bewertet wird: 73% stimmten der Aussage (auf einer vierstufigen Skala von „stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll zu“) gar nicht oder eher nicht zu, im Homeoffice mit Hilfe der digitalen Lernformate und Materialien besser als im Präsenzunterricht lernen zu können. Rund 60% stimmten voll oder eher zu, dass es ihnen beim digitalen Lernen zuhause schwerer fällt, sich auf das Ausbildungsgeschehen zu konzentrieren. Darüber hinaus werden von der Mehrheit der Befragten auch der Austausch und die Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitand:innen im Homeoffice schlechter bewertet. Zudem gaben die Befragten an, dass ihnen der persönliche Kontakt zu den Lehrkräften fehle (77%; stimme voll oder eher zu), ebenso wie zu anderen Rehabilitand:innen (75%) sowie Ansprechpersonen wie Reha- und Integrationsmanager:innen (RIM) oder Fachkräfte aus dem Bereich Besondere Hilfen (56%). Rund 80% der Rehabilitand:innen haben im Homeoffice Unterstützung gebraucht. Konkrete Unterstützungsbedarfe wurden vor allem bezüglich des digitalen Lernens formuliert: 43% wählten die Antwortoption „Bei der Lernmethodik“, 37% „Bei der Anleitung zum selbstständigen Arbeiten“ und 34% „Bei der Sortierung und Strukturierung von Lerninhalten“. Gleichzeitig sehen Rehabilitand:innen die Vorteile des Homeoffice und bewerten das digitale Lernen als fördernd im Hinblick auf den Erwerb digitaler Kompetenzen: Rund 70% stimmten voll oder eher der Aussage zu „Beim digitalen Lernen zuhause schule ich ‚ganz nebenbei‘ meine Fähigkeiten im Umgang mit dem PC und den digitalen Medien.“ 71% der Befragten können sich zukünftig digitale Lernangebote in Ergänzung des Präsenzunterrichts vorstellen.

Diskussion und Fazit

Die Befragungsergebnisse zeichnen kein eindeutig positives oder negatives Bild des digitalen Lernens im Homeoffice und stützen die von den BFW vertretene Position, wonach der Heterogenität und den unterschiedlichen Voraussetzungen der Rehabilitand:innen mit differenzierten Lösungen begegnet werden muss. Einigen Personen kommt das digitale Lernen entgegen, andere wiederum sehen sich vor neue Herausforderungen gestellt. Insbesondere sind es soziale Kontakte, die den Rehabilitand:innen fehlen. Ihr Ausbleiben kann auf Dauer zur Isolation und Vereinsamung führen. Digitale Lernangebote werden durchaus gewünscht, doch zeigt sich, dass das digitale Lernen noch gelernt werden muss. Hier sind die Berufsförderungswerke gefragt, den Rehabilitand:innen Unterstützung zu geben und die notwendigen Kompetenzen zu fördern. Digitales selbstgesteuertes Lernen stellt neue Anforderungen an Lernende und bedarf insbesondere methodischer, aber auch personaler und sozialer Kompetenzen (vgl. Dyrna et al., 2022).

Take-Home-Message

Die Corona-Pandemie hat die berufliche Rehabilitation vor neue Herausforderungen gestellt, die die BWF größtenteils gut gemeistert haben. Es bedarf jedoch in Zukunft differenzierter Blended-Learning-Konzepte sowie der Förderung digitaler (Lern-)Kompetenzen, damit alle Rehabilitand:innen gleichermaßen profitieren können.

Literatur

Boehle, M., Buschmann-Steinhage, R., Schmidt-Ohlemann, M., Seidel, M., Warnach, M. (2021): Sicherung der Teilhabe während und nach der Pandemie: Problemlagen, Herausforderungen, Handlungsoptionen. Abschlussbericht des Corona-Konsultationsprozess der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation „Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – Auswirkungen und Herausforderungen“.

Heidelberg: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation. URL: https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Projektberichte/Konsultationsprozess-Berichte-6-2021/Abschlussbericht_bf.pdf, Abruf: 20.10.2022.

Dyrna, J., Riedel, J. & Stark, L. (2022): Welche Kompetenzen benötigen Lernende für selbstgesteuertes, digital gestütztes Lernen? BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 51(2). 18–22.

Virtual Reality Interventionen für Funktionstraining und Aktivierung in der geriatrischen Versorgung - Ein systematisches Review

Yijun Li; Beate Muschalla

TU Braunschweig

Hintergrund und Zielstellung

Aufgrund der Bevölkerungsalterung ist die geriatrische Rehabilitation ein zunehmend wichtiges Versorgungsfeld. Altersbedingte körperliche und psychische Veränderungen bei Senioren führen zu einer wachsenden Zahl von chronischen Erkrankungen (Han et al., 2019; Penninx et al., 2009). Daher haben Senioren einen hohen Behandlungsbedarf für Funktionserhalt oder -wiederherstellung, sowie Wohlbefinden und ihre Lebensqualität. Virtual Reality (VR) wird bereits in vielen Indikationen zur Verbesserung psychischer Funktionen (z.B. Phobiebehandlung, Wahrnehmungs- und Reaktionstrainings) und Wohlbefinden eingesetzt. Die Anwendung von VR bei Senioren ist jedoch bislang begrenzt, insbesondere im Hinblick auf die Verbesserung von Stimmung und Wohlbefinden von Senioren in Altersheimen (Skurla et al., 2022). Im vorliegenden systematischen Review werden die Ergebnisse aktueller VR-basierter Interventionsstudien zur psychischen Gesundheit für Senioren berichtet.

Methoden

Die Literaturrecherche von peer-reviewed VR-Interventionsstudien wurde Januar bis März 2022 durchgeführt und basiert auf sechs Datenbanken (PubMed, Scopus, PsychNet, PsyJournals, PubPsych, Google Scholar). Es wurden diejenigen Artikel analysiert, die sich mit immersiven VR-Interventionen zur psychischen Gesundheit älterer Menschen beschäftigen.

Ergebnisse

Bei der Datenbanksuche wurden 2697 Ergebnisse gefunden, von denen 40 Interventionsstudien in die endgültige Analyse aufgenommen wurden. Die meisten Studien verwendeten kein experimentelles Design mit randomisierten, kontrollierten Studien und Follow-up-Sitzungen. Die untersuchten Studien wurden aufgrund ihrer Zielsetzung in zwei Kategorien eingeteilt: funktionsorientierte und unterhaltungsorientierte Intervention.

Die Zahl der Studien in diesem Bereich ist seit 2018 rapide angewachsen, insbesondere im Bereich der unterhaltungsorientierten VR-Interventionen, die das Wohlbefinden von Senioren steigern sollen. Die funktionsorientierten Interventionen (z.B. kognitive Trainings) nutzten meistens eine aktive Interaktionsform mit zahlreichen Geräten. Im Gegensatz dazu wurde die

unterhaltungsorientierte Intervention als passive Interaktionsform genutzt und im Bedarfsfall nur die Handkonsole als Gerät. Im Allgemeinen verbesserten die VR-Interventionen die geistige Gesundheit älterer Erwachsener. Im Gegensatz zu unterhaltungsorientierten VR- Interventionen haben die meisten funktionsorientierten VR-Interventionen keinen signifikant positiven Einfluss auf Stimmung und Wohlbefinden. Fast alle untersuchten Studien zeigten, dass VR-basierte Interventionen einen signifikant positiven Effekt auf die psychische Gesundheit haben und damit ihr Interventionsziel erreichen.

Diskussion und Fazit

VR-basierte Interventionen sind wirksam und können eine erfolgversprechende Methode zur Erhaltung der mentalen/kognitiven Funktionen, sowie zur Aktivitätsförderung und Verbesserung der Lebensqualität in der geriatrischen Rehabilitation sein.

In Zukunft kann sich die Zielsetzung nicht nur auf die Verbesserung der Funktionen oder der passiven Unterhaltung beschränken, sondern auch Förderung der sozialen Interaktion. Beispielsweise kann die VR-Intervention im Pflegeheim für Senioren als Gruppenveranstaltung angeboten werden, bei der die Senioren an Aktivitäten teilnehmen, die sie nicht mehr ausführen können (z. B. Gartenarbeit, Pizzabacken, Einrichten eines Ferienhauses). Kognitive Funktionen können in unterhaltsamer Form geübt werden, und in der Gruppe können Ideen ausgetauscht und soziale Interaktion verbessert werden.

Take-Home-Message

Virtual Reality-basierte Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit sind ein innovativer und bereits wirksamkeitsgeprüfter Ansatz. Sie haben Potenzial für Förderung kognitiver Funktionen, Wohlbefinden und Aktivität von Menschen in der geriatrischen Rehabilitation und in Seniorenheimen.

Literatur

Han, L. K. M., Verhoeven, J. E., Tyrka, A. R., Penninx, B. W. J. H., Wolkowitz, O. M., Månsson, K. N. T., Lindqvist, D., Boks, M. P., Révész, D., Mellon, S. H. & Picard, M. (2019): Accelerating research on biological aging and mental health: Current challenges and future directions. Psychoneuroendocrinology, 106, 293–311. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.04.004.

Penninx, B. W. J. H., Nicklas, B. J., Newman, A. B., Harris, T. B., Goodpaster, B. H., Satterfield, S., Rekeneire, N. de, Yaffe, K., Pahor, M. & Kritchevsky, S. B. (2009): Metabolic syndrome and physical decline in older persons: results from the Health, Aging And Body Composition Study. The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences, 64(1), 96–102. https://doi.org/10.1093/gerona/gln005.

Skurla, M. D., Rahman, A. T., Salcone, S., Mathias, L., Shah, B., Forester, B. P. & Vahia, I. V. (2022): Virtual reality and mental health in older adults: a systematic review. International Psychogeriatrics, 34(2), 143–155. https://doi.org/10.1017/s104161022100017x.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Wovon hängt die Akzeptanz von Health Apps bzw. Digitalen Gesundheitsanwendungen ab? – eine Betrachtung persönlicher Voraussetzungen

Jens Knispel; Gretha Wagner; Rebecca Sieberg; Veneta Slavchova; Viktoria Arling

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Vor dem Hintergrund der omnipräsenten Digitalisierung stellen Health Apps einen attraktiven Ansatz zum Erhalt von Gesundheit und der Vermeidung von Krankheit dar (Rutz et al., 2016) und können eine wichtige Versorgungslücke schließen. Health Apps unterstützen dabei, Menschen in Bezug auf gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu sensibilisieren bzw. zu deren längerfristigen Umsetzung zu motivieren (z.B. mehr Bewegung, gesunde Ernährung, angemessenes Stressmanagement). Dabei nutzen Health Apps in Abhängigkeit ihrer Ausrichtung, Zielsetzung und technischen Möglichkeiten objektive Körperparameter (z.B. Herzfrequenz-Daten, Aktivitätsdaten) und/oder subjektive Parameter (z.B. Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes und des Stresslevels). Erweisen sich Health Apps für eine bestimmte Indikationsbereiche als empirisch wirksam bzw. evidenzbasiert, so ist eine Verschreibung der sog. Digitalen Gesundheitsanwendung als „App auf Rezept“ durch die Krankenkassen möglich.

Eine zentrale Grundvoraussetzung für die Inanspruchnahme von Health Apps stellt jedoch die Akzeptanz von potenziellen Nutzer:innen gegenüber entsprechenden Lösungen dar (vgl. Technologieakzeptanz-Modell). Um die Hintergründe der Akzeptanz von e-Health-Anwendungen besser verstehen zu können, rücken in der vorliegenden Studie persönliche Voraussetzungen in den Fokus. Untersucht wurden die Bezüge zwischen der Technikakzeptanz zur digitalen Gesundheitskompetenz sowie dem gesundheitsbezogenen Kontrollerleben als psychologische Hintergrundvariablen.

Methoden

356 Befragte beteiligten sich an der Online-Umfrage (57.9% weiblich, 41.6% männlich, 0.6% divers; Altersdurchschnitt: AM = 32.51 Jahre, SD = 15.23 Jahre). 99.2% der Befragten besaßen mindestens ein mobiles Endgerät (z.B. Handy).

Zur Erfassung der Technikakzeptanz kam die auf den Kontext von Gesundheitsanwendungen adaptierte Skala von Neyer et al. (2012) zur Technikbereitschaft zum Einsatz (10 Items, Beispielitem: ‚Hinsichtlich Gesundheits-Apps bin ich sehr neugierig‘; Skala von 1: ‚stimmt gar nicht‘ bis 5: ‚stimmt völlig‘). Zur Erfassung der persönlichen bzw. psychologischen Voraussetzungen kamen ebenfalls validierte Fragebögen zum Einsatz. Die digitale Gesundheitskompetenz wurde anhand der Skala von Soellner et al. (2014) erfasst (8 Items, Beispielitem: ‚Wenn ich gesundheitsbezogene Entscheidungen auf Basis von Informationen aus dem Internet treffe, fühle ich mich dabei sicher‘; Skala von 1: ‚völlige Ablehnung‘ bis 5: ‚völlige Zustimmung). Die gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung wurde mit Hilfe des FEG-K von Ferring (2003) untersucht (5 Items zur externalen Kontrollüberzeugung, Beispielitem: ‚Meine Gesundheit ist hauptsächlich durch Zufälle bestimmt ‘; 5 Items zur

internalen Kontrollüberzeugung, Beispielitem: ‚Wenn man auf sich achtet, bleibt man auch gesund'; Skala von 1: ‚sehr falsch' bis 6: ‚sehr richtig').

Ergebnisse

Im Mittel war die Technikakzeptanz bzgl. Health Apps bzw. Digitalen Gesundheitsanwendungen recht hoch ausgeprägt. In Bezug auf die persönlichen Voraussetzungen lässt sich festhalten, dass die Technikakzeptanz umso höher war, je höher die digitalen Gesundheitskompetenz ausfiel. Bei hoher internaler gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung der Befragten zeigte sich darüber hinaus eine deutlicher ausgeprägte Technikakzeptanz. Demgegenüber berichteten Studienteilnehmer:innen mit einer externalen gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung auch eine geringere Technikakzeptanz gegenüber Health Apps bzw. Digitalen Gesundheitsanwendungen (vgl. Tabelle 1).

Tab. 1: Interkorrelationen zwischen Technikakzeptanz, digitaler Gesundheitskompetenz und internaler/ externaler Kontrollüberzeugung (Pearson-Korrelationen, einseitig).

Konstrukt	1.	2.	3.	4.
1. Technikakzeptanz	-			
2. Digitale Gesundheitskompetenz	.127**	-		
3. Internale gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung	.122*	.077	-	
4. Externale gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung	-.109*	-.073	-.304**	-
AM (SD)	3.34 (0.60)	3.05 (0.41)	4.57 (0.65)	2.84 (0.90)

Anmerkung: * $p < .05$, ** $p < .01$; 1. Technikakzeptanz: Skala von Neyer et al. (2012) zur Technikbereitschaft, von 1: ‚stimmt gar nicht' bis 5: ‚stimmt völlig'; 2. Digitale Gesundheitskompetenz: Skala von van der Vaart & Drossaert (2017), von 1: ‚sehr einfach' bis 4 ‚sehr schwierig', 3. Internale und externale gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung: Skala von Ferring (2003), von 1: ‚sehr falsch' bis 6: ‚sehr richtig'

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Technikakzeptanz von Health Apps insgesamt hoch ausgeprägt war. Die Technikakzeptanz im Sinne eines grundlegenden Commitments bzw. Compliance für die digitale Lösung in den Fokus zu rücken, erscheint vor dem Hintergrund der beabsichtigten Wirkung bzw. Wirksamkeit von Health Apps ein zentraler Baustein auf dem Weg zu einem positiven Versorgungseffekt. Zu beachten gilt, dass die Technikakzeptanz ein rein subjektiver Parameter ist. Daher sollte bei der Evaluation entsprechender Lösungen zusätzlich das tatsächliche Nutzungsverhalten in den Fokus des Interesses rücken. Dass die Technikakzeptanz wiederum von persönlichen Voraussetzungen abhängig ist, stellt eine besondere Herausforderung bei dem Schließen von Versorgungslücken dar: Die Ergebnisse zeigen, dass vulnerablere Personen aus der Stichprobe eine geringe Technikakzeptanz zeigen. D.h. für die Praxis, dass im Vorfeld der Verschreibung hier möglicherweise besonders viel Überzeugungsarbeit für den Mehrwert der e-Health-Lösung geleistet werden muss.

Take-Home-Message

Die Technikakzeptanz von Health Apps werden durch persönliche Voraussetzungen beeinflusst. Insbesondere diejenigen Personenkreise, die besonders anfällig für gesundheitliche Probleme sind, bedürfen in diesem Rahmen besonderer Unterstützung, um eine grundlegende Compliance zur Nutzung entsprechender digitaler Lösungen zu schaffen.

Literatur

Ferring, D. (2003): Kurzbeschreibung und Forschungsbericht zum „Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen“ (FEGK). Luxembourg: University of Luxembourg.

Neyer, F. J., Felber, J. Gebhardt, C. (2016): Kurzskala Technikbereitschaft Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). https://doi.org/10.6102/zis244.

Rutz, M., Kühn, D., Dierks, M. L. (2016): Gesundheits-Apps und Prävention. Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA, Kapitel 5). Medizinische Hochschule Hannover, S, 116-135.

Soellner, R., Huber, S., Reder, M. (2014): The Concept of eHealth Literacy and Its Measurement - German Translation of the eHEALS. Journal of Media Psychology, 26(1). 29–38.

Bin ich Reha-Träger – und wenn ja: wie viele?

Lisa Ulrich; Stefan Schüring

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.

Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitations- und Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderungen sind ein wichtiger Teil des gegliederten Sozialleistungssystems in Deutschland. Dafür zuständig – und somit Rehabilitationsträger – können öffentliche Körperschaften, Anstalten und Behörden sein, die jeweils einem von insgesamt sieben Trägerbereichen zugeordnet sind (vgl. § 6 Abs. 1 SGB IX). (Schaumberg, 2020) Anhand dieser Zuordnung lässt sich die Anzahl der Rehabilitationsträger in Deutschland nur schätzen. Das statistische Berichtswesen des Teilhabeverfahrensberichts nach § 41 SGB IX verpflichtet alle Rehabilitationsträger zur jährlichen Übermittlung ihrer Antragsdaten auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. (Ulrich, 2021) Im Rahmen der Berichterstellung konnten die Rehabilitationsträger erstmalig pro Trägerbereich quantifiziert werden.

Methoden

Um ihrer gesetzlichen Berichtspflicht nachkommen zu können, müssen sich alle Rehabilitationsträger einmalig bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) registrieren. Jeder berichtspflichtige Träger erhält auf diese Weise ein Pseudonym (die Träger-ID), um z. B. Datenmeldungen eindeutig zuordnen oder fehlende Daten identifizieren zu können. (Schüring, Ulrich, 2021) Eine Träger-ID wird solange als aktiv geführt, bis ein zuvor registrierter Rehabilitationsträger wegfällt (z.B. durch Fusionen im Bereich der Krankenkassen oder durch Gebietsreformen auf kommunaler Ebene). Durch das Zuordnen und Auszählen der vergebenen, aktiven Träger-ID lässt sich die Gesamtzahl der Rehabilitationsträger, ihre Anzahl pro Trägerbereich und – zumindest für die steuerfinanzierten Träger – pro Bundesland jedes Jahr quantifizieren. Neben der Zuordnung nach Trägerbereichen erfolgt die Aufteilung auch unter regionalen Gesichtspunkten: z.B. nach Bundesländern, Regierungsbezirken, Städten oder Gemeinden.

Ergebnisse

Aktuell (Stichtag 01.07.2022) gibt es in Deutschland 1.268 Rehabilitationsträger. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl leicht um 0,8 % gestiegen. An der Anzahl gemessen bilden 551 Rehabilitationsträger der öffentlichen Jugendhilfe den größten Trägerbereich, gefolgt vom Trägerbereich Eingliederungshilfe mit 309 Rehabilitationsträgern. Die Sozialversicherungsträger machen zusammen anteilig 12 % aller Rehabilitationsträger aus. Aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeitsverortungen und Landesausführungsgesetze variiert die Anzahl der steuerfinanzierten Träger von Bundesland zu Bundesland. Durch die Registrierung für eine Datenmeldung zum Teilhabeverfahrensbericht konnte insbesondere

bei kommunalen Trägern oftmals die Frage beantwortet werden, wie viele unterschiedliche Trägerschaften auf eine einzelne Körperschaft entfallen.

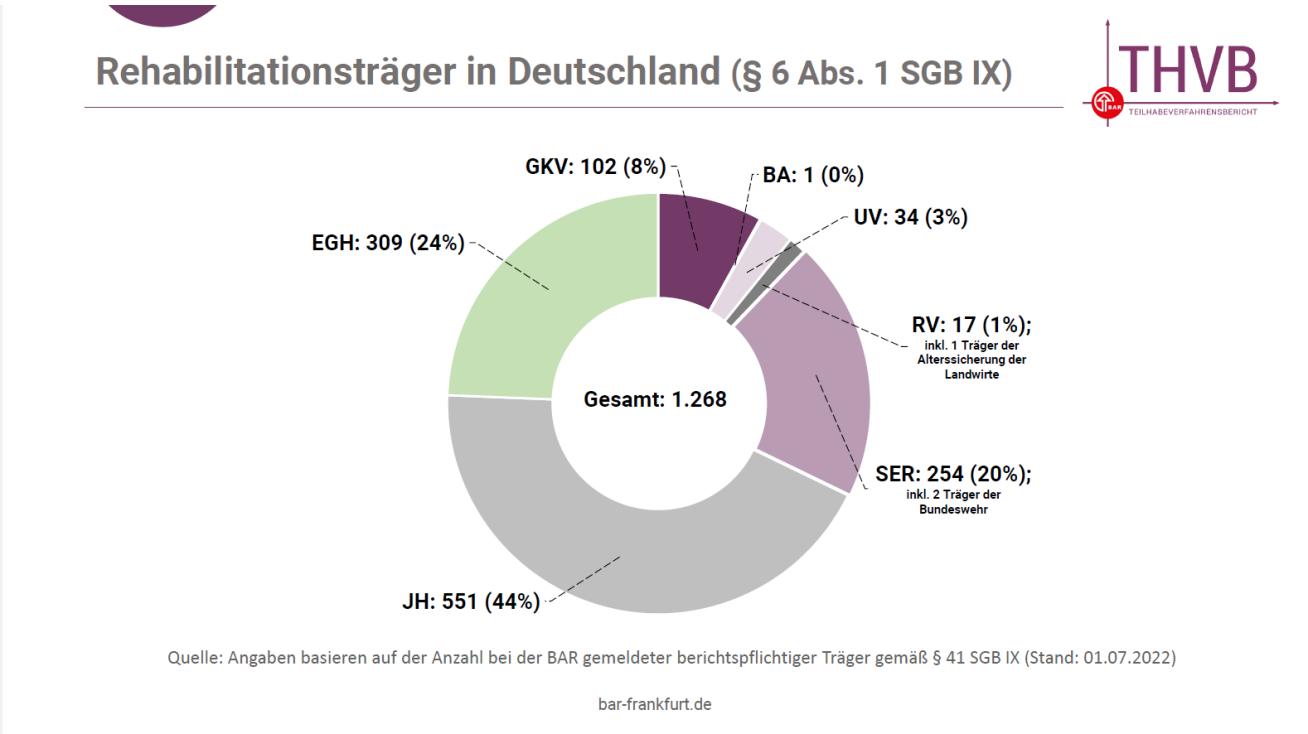


Abb.1 Anzahl der Rehabilitationsträger

Diskussion und Fazit

Die Anzahl der Rehabilitationsträger ist innerhalb der Trägerbereiche, aber auch von Bundesland zu Bundesland sehr heterogen verteilt. Sie ist dynamisch und kann sich jährlich ändern. Die Änderungen sind durch Strukturänderungen oder durch gesetzliche Vorgaben induziert. In letzterem Fall zeichnen sich durch die Einführung des SGB XIV (Tabbara, 2020) sowie des Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (Boettcher, 2022) zwei Gesetzesvorhaben ab, die unmittelbare Auswirkungen haben werden auf die Anzahl der Rehabilitationsträger insgesamt und die Verteilung ihrer Anteile in den jeweiligen Trägerbereichen.

Take-Home-Message

Im Rahmen der Erstellung des Teilhabeverfahrensberichts nach § 41 SGB IX lassen sich die Rehabilitationsträger in Deutschland erstmalig und für jedes Jahr neu quantifizieren. Aktuell sind 1.268 Träger für Rehabilitations- und Teilhabeleistungen zuständig.

Literatur

Schaumberg, T. (2020). Das gegliederte System des Rehabilitationsrechts; Beitrag A9-2020 unter www.reha-recht.de; 14.05.2020. URL: https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_A/2020/A9-2020_Gegliedertes_System_Rehabilitationsrecht.pdf. (letzter Aufrufs: 24.10.2022).

Schüring, S., Ulrich, L. (2021). Der Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX. Instrument zur Darstellung von Rehabilitation in Kennzahlen. Sozialrecht und Praxis, 31. 426–434.

Tabbara, A. (2020). Neues Sozialgesetzbuch XIV. Die Reform des Sozialen Entschädigungsrechts. Neue Zeitschrift für Sozialrecht, Heft 6, 210–217.

Ulrich, L. (2021). Das Reha-System in Kennzahlen: der Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX; Beitrag D12-2021 unter www.reha-recht.de; 23.03.2021. URL: https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2021/D12-2021_Teilhabeverfahrensbericht.pdf. (Datum des letzten Aufrufs: 24.10.2022).

Von Boettcher, A. (2022). Inklusion und Rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe nach dem KJSG. In: Recht und Praxis der Rehabilitation, 9, Heft 2, 5–13.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Der deutsche Work Role Functioning Questionnaire – ein validiertes Instrument zur Messung der beruflichen Leistungsfähigkeit

Martina Michaelis[1]; Monika A. Rieger[1]; Eva Rothermund[2]

[1] Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen;

[2] Klinik für für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Bei Maßnahmen zum Erhalt von Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit von Erwerbstätigen sollten nicht nur Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz, sondern auch die Funktionsfähigkeit des Einzelnen berücksichtigt werden. Zur Erfassung der Funktionsfähigkeit eignet sich der "Work Role Functioning Questionnaire". Das ursprünglich aus Kanada stammende Instrument (Amick et al., 2001) misst, wie ein bestimmter Gesundheitszustand die Fähigkeit beeinflusst, Arbeitsanforderungen zu erfüllen und liegt bereits in mehreren Sprachen vor. Eine Adaptation an den deutschsprachigen Raum fehlte bislang. Der Fragebogen wurde von unserer Arbeitsgruppe aus der niederländischen Version WRFQ 2.0 (Abma et al., 2012) interkulturell adaptiert und bei einer heterogenen Stichprobe abhängig Beschäftigter mit dem Ziel einer psychometrischen Validierung der Gesamtskala und der vier Subskalen (1. Work scheduling demands, 2. Physical demands, 3. Mental and social demands und 4. Flexibility demands) eingesetzt.

Methoden

Nach der interkulturellen Adaptation wurden Angehörige eines kommerziellen Online Access Panels mit unterschiedlichsten Berufen rekrutiert, die in den letzten vier Wochen vor Studienbeginn mehr als 12 Stunden gearbeitet hatten (T0: n = 653). Zur Beurteilung weiterer psychometrischer Eigenschaften erfolgten zwei Follow-ups (T1: n= 66, T2: n= 95). Bei den 27 Items des WRFQ (5-Punkt- Likertskaliert) wurden nach einer Imputation fehlender Werte folgende Messeigenschaften überprüft: 1) strukturelle, 2) konvergente und 3) diskriminante Validität mittels explorativer Faktorenanalyse, 4) Boden- und Deckeneffekte, 5) interne Konsistenz, 6) Reproduzierbarkeit und 7) Reaktionsfähigkeit.

Ergebnisse

Die Stichprobenzielgröße wurde mit einem Oversampling von 86% erreicht. Die Messeigenschaften erwiesen sich mit Ausnahme der strukturellen Validität und der Reaktionsfähigkeit als gut. Eine explorative Faktorenanalyse zeigte eine zufriedenstellende Replizierbarkeit der ersten drei Subskalen; Flexibility demands hingegen konnte nicht zufriedenstellend abgebildet werden (siehe Tabelle 1; Michaelis et al., 2022a, 2022b).

Tab. 1: Faktorenstruktur der Deutschen WRFQ 2.0-Version zu T0 als Ergebnis einer explorativen Faktorenanalyse im Vergleich mit der Faktorzugehörigkeit in der Niederländischen Version mit jeweils 27 Items

		Item	**Faktorenladung F1-F4**				**Faktoren-zugehörigkeit**
Faktor Nr.	**Item Nr.**	**Ich fand es schwierig…**	**F1**	**F2**	**F3**	**F4**	**(Niederländische Version)** [1)]
F1	15	Werkzeuge oder Geräte zu benutzen, z. B. Telefon, Stift, Tastatur, Computermaus, Bohr- oder Schleifmaschine, Föhn	0,557		0,434		F3
	16	die Aufmerksamkeit auf die Arbeit zu richten	0,618			0,536	F2
	17	sorgfältig zu arbeiten	0,691				F2
	18	mich auf meine Arbeit zu konzentrieren	0,654			0,558	F2
	20	mich während der Arbeit aufs Lesen zu konzentrieren und die entsprechenden Informationen zu verarbeiten	0,656				F2
	21	persönlich mit anderen am Telefon oder in Sitzungen zu sprechen	0,648				F2
	22	mein Temperament Anderen gegenüber am Arbeitsplatz zu zügeln	0,511				F2
	23	bei der Arbeit Prioritäten zu setzen	0,725				F4
	24	mit Veränderungen bei der Arbeit umzugehen	0,685				F4
	25	an mich gerichtete Informationen (z.B. E-Mails), rechtzeitig zu bearbeiten	0,693				F4
	26	mehrere Aufgaben gleichzeitig zu erledigen	0,675				F4
	27	Eigeninitiative bei der Arbeit zu zeigen	0,615				
F2	2	sofort nach Ankunft an meinem Arbeitsplatz meine Arbeit zu beginnen		0,625		0,449	F1
	4	mich an einen Arbeitsplan oder einen Arbeitsablauf zu halten		0,779			F1
	5	schnell genug zu arbeiten		0,793			F1
	6	die Arbeit pünktlich zu erledigen		0,846			F1
	7	die Arbeit fehlerfrei zu erledigen		0,758			F1
F3	10	zu glauben, alles in meinen Möglichkeiten Stehende getan zu haben			0,404		F1
	11	bei der Arbeit Gegenstände zu heben, zu tragen oder zu bewegen, die mehr als 5 Kilo wiegen			0,689		F3
	12	während der Arbeit länger als 15 Minuten zu sitzen, zu stehen oder in einer bestimmten Haltung zu arbeiten			0,734		F3
	13	während der Arbeit immer wieder die gleichen Bewegungen zu machen			0,771		F3

		Item	Faktorenladung F1-F4				Faktoren-zugehörigkeit
Faktor Nr.	**Item Nr.**	**Ich fand es schwierig…**	**F1**	**F2**	**F3**	**F4**	**(Niederländische Version)** [1]
	14	mich während der Arbeit zu beugen, zu drehen oder zu strecken			0,676		F3
F4	1	zu Beginn des Arbeitstages leicht in Gang zu kommen				0,602	F1
	3	meine Arbeit ohne zusätzliche Pausen oder Unterbrechungen zu erledigen		0,475		0,488	F1
	9	ein Gefühl der Zufriedenheit bei der Arbeit zu haben				0,565	F1
	19	während der Arbeit gedanklich nicht abzuschweifen	0,538			0,591	F2
(ohne Zugeh.)	8	die Menschen, die meine Arbeit beurteilen, zufrieden zu stellen					F1

Legende Anmerkung: Faktorladung ≤0,4 werden nicht gezeigt. Methoden: Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Erklärte Gesamtvarianz: 59%. 1) Abma et al. (2013); Faktor F1: Arbeitsplanung & Leistungsanforderungen, F2: Mentale & soziale Anforderungen, F3: Körperliche Anforderungen, F4: Flexibilitätsanforderungen

Diskussion und Fazit

Der WRFQ zielt auf die Erfassung der Passung zwischen Anforderungen und Person und damit auf die Teilhabefähigkeit. Mit dem der Entwicklung und Validierung eines deutschsprachigen Instruments kann die Skala neben der Forschung auf verschiedenen Praxisebenen eingesetzt werden, z.B. bei Interventionen, die sekundärpräventiv auf den Erhalt der Arbeitsfähigkeit zielen, die tertiärpräventiv eine erfolgreiche Rückkehr in den Arbeitsprozess unterstützen, aber auch zur Identifikation von Beschäftigten mit sinkender Funktionsfähigkeit. Die Limitationen der Studie (eingeschränkte Repräsentativität von Online Access Panels durch einen Mangel an Mitgliedern in Managementpositionen) und die geringe Replikation der vierten Subskala bedürfen weiterer Forschung.

Take-Home-Message

Mit dem deutschsprachigen Work Role Functioning Questionnaire (WRFQ) steht ein neues Instrument mit 27 Items zur Verfügung, das in der arbeitsbezogenen Sekundär- und Tertiärprävention und für Screenings eingesetzt werden kann.

Literatur

Abma, F. I., van der Klink, J.J.L., Bültmann, U. (2013). The work role functioning questionnaire 2.0 (Dutch version): examination of its reliability, validity and responsiveness in the general working population. J Occup Rehabil. 23:135–47. DOI 10.1007/s10926-012-9379-8.

Amick, B. C., 3rd, Lerner D, Rogers WH, Rooney T, Katz JN (2000). A review of health-related work outcome measures and their uses, and recommended measures. Spine 25(24): 3152-60. doi 10.1097/00007632-200012150-00010.

Michaelis, M., Rieger, M. A., Burgess, S., Töws, V., Abma, F. I., Bültmann, U., Amick, B. C., Rothermund, E. (2022a). Evaluation of measurement properties of the German Work Role

Functioning Questionnaire. BMC Public Health, 22:1750. DOI 10.1186/s12889-022-13893-4.
Michaelis M, Rieger MA, Rothermund E. (2022b). Der deutsche Work Role Functioning Questionnaire – zur Evaluation seiner Messeigenschaften [The German Work Role Functioning Questionnaire – on the evaluation of its measurement properties]. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed (57), 787-791. DOI: 10.17147/asu-1-240599.

Herausforderungen bei der Durchführung eines Scoping Reviews zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen

Stefanie Gillitzer; Christine Thienel; Jana Stucke

Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Menschen mit Behinderungen sind erheblich von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen: Gegenüber der Allgemeinbevölkerung haben sie einen schlechteren Zugang zu Bildung, Beschäftigung und Gesundheitsversorgung und eine höhere Wahrscheinlichkeit der Multimorbidität sowie von chronischen, schweren oder psychischen Erkrankungen betroffen zu sein (BMAS, 2021; WHO and The World Bank, 2011). Dies kann zu einem erhöhten Bedarf und vermehrter Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten einschließlich gesundheitsbezogener Rehabilitationsleistungen führen. Bisher fehlen Hinweise auf eine zielgerichtete medizinische Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen und es mangelt an Informationen über ihre tatsächlichen Bedarfe und Bedürfnisse. Ziel des Scoping Reviews ist es, einen Überblick über die Evidenz zu Bedarf an, Zugang zu sowie Inanspruchnahme und Outcomes von gesundheitsbezogenen Rehabilitationsleistungen für Menschen mit Behinderungen zu erhalten. In diesem Beitrag werden Herausforderungen bei der Durchführung der Literaturrecherche diskutiert.

Methoden

Für das Scoping Review wurde basierend auf den Oberkategorien Behinderung und Medizinische Rehabilitation ein Suchterm mit Bool'schen Operatoren und MeSH-Terms konzipiert. Die Suche erfolgte in den elektronischen Datenbanken PubMed, Cochrane Library, PSYNDEX und CINAHL. Es wurde englisch- und deutschsprachige Literatur, die sich mit erwachsenen Menschen (ab 18 Jahren) mit langfristigen körperlichen, geistigen, intellektuellen oder sensorischen Beeinträchtigungen befasst, eingeschlossen. Der Fokus lag auf medizinischer Rehabilitation. Die Analyse der Literatur folgte der formulierten Zielstellung und bezog alle methodischen Ansätze sowie Formen von Literatur, einschließlich grauer Literatur und Promotionsarbeiten, ein. Drei Forscherinnen sichteten, bewerteten und diskutierten die Literatursuche.

Ergebnisse

Trotz eines zielgerichteten, in einem aufwendigen Prozess erstellten Suchterms, ergab die Suche in allen Datenbanken insgesamt 9.478 Treffer. Diese hohe Trefferanzahl deutet auf einige Herausforderungen bei der Durchführung eines Scoping Reviews zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Behinderung hin. Sie zeigt, dass keine stichhaltigen Ergebnisse, sondern vielmehr themenverwandte Beiträge mit den Suchbegriffen verknüpft sind. Einige Treffer betrafen beispielsweise andere Rehabilitationsformen oder Rehabilitation bei Kindern mit Behinderungen. Ein grundlegendes Problem scheint dabei die Definition der Begriffe Rehabilitation und Behinderung zu sein, die weder im deutschsprachigen noch im internationalen Raum einheitlich ist. Das Verständnis von Rehabilitation und insbesondere von Behinderung variiert stark und ist abhängig vom Verwendungskontext. So werden Behinderungen im Kontext der Rehabilitation vor allem als vorübergehend verstanden (z. B. postoperativ oder nach einem Unfall) – Behinderungen, die nicht ursächlich verbessert werden können, sind hier in der Regel unterrepräsentiert. Ferner gibt es oftmals keine eindeutigen Übersetzungen der Begriffe, mehrere Übersetzungsmöglichkeiten sowie einige Interpretationsspielräume. Hinzu kommt, dass das deutsche Rehabilitationssystem nur bedingt im internationalen Kontext vergleichbar ist.

Diskussion und Fazit

Unser Review zeigt einmal mehr, dass Menschen mit Behinderungen und deren Gesundheitsversorgung in der Literatur nicht adäquat abgebildet sind. Informationen zur medizinischen Rehabilitation dieser Personengruppe sind nur schwer und mit hohem Zeitaufwand auffindbar. Die genannten Herausforderungen deuten auf einen hohen Handlungsbedarf hinsichtlich der Konkretisierung zentraler Begriffe hin. Auch zeigen sie, dass eine Weiterführung des bestehenden Behinderungsdiskurses sowie der Austausch zwischen Theorie und Praxis essenziell sind, um Forschung zielgerichtet zur Verbesserung der gesundheitlichen bzw. rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Behinderungen einsetzen zu können – trotz vieler politischer Bestrebungen (z. B. durch die UN-Behindertenrechtskonvention oder das Bundesteilhabegesetz) besteht hier noch Verbesserungspotenzial. Wissenschaft und Forschung sind daher gefordert, die Definition des Behinderungsbegriffes im Austausch mit Betroffenen und anderen relevanten Akteur*innen zu präzisieren und ein einheitliches Verständnis anzustreben. Ziel sollte es sein, dieses bisher kaum evaluierte Forschungsfeld der medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen besser zu erschließen. Das Scoping Review wird einen Beitrag hierzu leisten. Darüber hinaus schafft es einen dringend benötigten Überblick über das Thema und die Systematisierung wichtiger angrenzender Themenbereiche.

Take-Home-Message

Menschen mit Behinderungen sind in der Gesundheitsversorgung zu wenig berücksichtigt, dies spiegelt sich auch in der Studienlage wider. Um das Forschungsfeld der Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen besser erschließen zu können, bedarf es einer einheitlichen Definition und eines gemeinsamen Verständnisses des Behinderungsbegriffes.

Literatur

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (2021). Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung.

World Health Organization (WHO) and The World Bank (Hrsg.). (2011). World report on disability. Geneva, Switzerland.

Quality of measures in rehabilitation: Test-retest reliability of the psychometric battery of the clinical trial study RENaBack

Laura Puerto Valencia[1]; Diamantes Arampatzis[2]; Heidrun Beck[3]; Karsten E. Dreinhöfer[4]; Michael Schäfer[5]; Pia-Maria Wippert[1]

[1] Universität Potsdam; [2] Humboldt-Universität zu Berlin;
[3] Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden; [4] Medical Park Berlin Humboldtmühle;
[5] Rehabilitationsklinik Hohenelse der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Hintergrund und Zielstellung

Questionnaires reliability in rehabilitation trials is critical to assure the evaluation of significant outcomes. It is encouraged to test metric properties of Patient-reported outcome measures in any trial, the sponsor should ensure the accuracy and reliability of the measurements (European Medicines Agency, 2002). In rehabilitation trials it is even less known about the quality of outcomes measuring the influence of rehabilitation settings and care management structures.

Objective of this contribution is to determine the reliability of Pain perception and Beliefs, Work ability, Quality of life, Mental health, Stress and Physical activity selected standardized questionnaires, available in an online platform for different rehabilitation clinics and settings in a low back pain rehabilitation multicenter clinical trial (RENaBack).

Methoden

Test-retest analysis was performed in a convenient sample of healthy personal from six rehabilitation clinics, as an essential quality check for the clinical trial study RENaBack (Puerto Valencia et al., 2021), using the intraclass correlation coefficient (ICC) agreement model (complete case analysis). The difference between the two repeated measurements ranged from two days to one week.

Ergebnisse

Population at baseline (n=54) had a mean age of 36.2 (± 1.66) years and 57% were women. 43% had a higher university academic degree and 31% were professionals.

The test-retest reliability analysis showed 0.94 (95% CI 0.90-0.97), and 0.95 (95% CI 0.90-0.97) ICC for the Chronic Pain Grade Questionnaire (CPG) in the scales Pain Intensity and Disability. Reliability for the Brief Pain Inventory (BPI) were 0.90 (95% CI 0.82-0.94) and 0.86 (95% CI 0.76-0.92) for Pain Intensity and Pain Interference respectively. In Pain Beliefs, the Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) showed ICC of 0.77 (95% CI 0.59-0.87) for

“beliefs about physical activity” and 0.79 (95% CI 0.62-0.89) for “beliefs regarding work as a cause” subscales.

In the area of Work ability, the Work ability Index (WAI) presented ICC of 0.96 (95% CI 0.91-0.98). Regarding Quality of life, the SF-12 showed ICC of 0,88 and 0,92 in the mental and physical health subscales. Moreover, concerning mental health, the Vital Exhaustion (VE), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) and Profile of Mood States (POMS) were tested showing ICC scores from 0.82 to 0.96.

In the case of stress, the Chronic stress screening scale from the Trier Inventory for the Assessment of Chronic Stress (TICS) reported ICC of 0.96 (95% CI 0.92-0.97). Finally, the International Physical Activity Questionnaire total score showed ICC of 0.87 (95% CI 0.71-0.95).

Diskussion und Fazit

All subscales from the standardized questionnaires show an excellent ICC (over 0.75). Reliability of Pain Intensity and Disability from the CPG questionnaire; main outcomes of the RENaBack trial, were tested in more than 50 participants, which is recommended (Froud et al., 2018). The tested population were only healthy participants due to permission and resources boundaries, still, the measurement accuracy of the standardized questionnaires used in a registered clinical trial in rehabilitation area was reflected and adjusted in order to assure an accurate evaluation of significant Patient-reported outcomes.

Take-Home-Message

A reliability analysis of the instruments used in a multicenter rehabilitation clinical trial is a recommended practice, as clinical settings can influence procedures and outcomes. Reliability test results support the high quality of the expected results from the RENaBack clinic network to come.

Literatur

European Medicines Agency. (2002). ICH E6 (R1) Guideline for Good Clinical Practice - Step 5. Report, EMEA. URL: https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/ich-e6-r1-guideline-good-clinical-practice_en.pdf, Retrieval: 27.10.2022.

Froud, R., Fawkes, C., Foss, J., Underwood, M., & Carnes, D. (2018). Responsiveness, Reliability, and Minimally Important and Minimal Detectable Changes of 3 Electronic Patient-Reported Outcome Measures for Low Back Pain: Validation Study. J Med Internet Res, 20,10. e272.

Puerto Valencia, L., Arampatzis, D., Beck, H., Dreinhöfer, K., Drießlein, D., Mau, W., Zimmer, J.-M., Schäfer, M., Steinfeldt, F., & Wippert, P.-M. (2021). RENaBack: low back pain patients in rehabilitation—study protocol for a multicenter, randomized controlled trial. Trials, 22,1. 932.

Förderung: German Pension Insurance (No. 10-R-40.07.05.07.022, 10-R-40.07.05.07.019). Gaugler & Lutz support the study by giving basic exercise materials (e.g. mats, pads)

Wie verstehen Menschen Inhalte eines Weisheitsfragebogens? Eine qualitative Untersuchung der 12-WD-Skala.

Anne Meier-Credner; Beate Muschalla

Technische Universität Braunschweig

Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitationspatienten mit chronischen Erkrankungen haben in der Regel verschiedenste Lebensprobleme zu bewältigen. Eine mehrdimensionale, komplexe Fähigkeit, die dabei hilft, Lebensprobleme zu bewältigen, ist Weisheit (Ardelt, 2000; Baltes, Smith, 1990; Bluck, Glück, 2005). Weisheitsförderung spielt auch in der medizinischen Rehabilitation eine wichtige Rolle und hat sich als Therapieansatz bewährt (Baumann, Linden, 2008). Zur Diagnostik von Weisheitsfähigkeiten können auch Selbstbeurteilungsfragebögen verwendet werden. Verschiedene Selbstauskunft-Fragebögen versuchen Weisheit zu erfassen, indem Items auf Likert-Skalen mehr oder weniger zugestimmt werden kann. Die Items dieser Fragebögen werden üblicherweise von Experten formuliert. Unklar bleibt dabei, was Menschen, die den Fragebogen ausfüllen, sich zum Inhalt der Items denken. In dieser qualitativen Studie werden daher die Assoziationen von Laien zu den Items einer Weisheitsskala untersucht (12-WD-S; Linden et al., 2019). Die Skala umfasst 12 Weisheitseinstellungen, die aus verschiedenen psychologischen Weisheitskonzepten abgeleitet sind (Baumann, Linden, 2008). Die 12 Items der Skala waren mittels Delphi-Methode durch Experten entwickelt worden.

Methoden

Insgesamt 38 Personen (Altersdurchschnitt 38.2 Jahre; Altersspanne 19 bis 89 Jahre) füllten die Weisheitsskala aus, indem sie für jedes Item auf einer 6-stufigen Likert-Skala von 1 (Stimmt überhaupt nicht) bis 6 (Stimmt genau) ankreuzten, inwieweit sie der Einstellung zustimmten. Anschließend wurden die Personen gefragt, woran sie beim Beantworten der einzelnen Items gedacht hatten. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse. Dazu wurde induktiv ein Kategoriensystem entwickelt. Zwei Raterinnen wiesen unabhängig voneinander die einzelnen Assoziationen den folgenden Kategorien zu: zustimmende Ausschmückungen, kritische Einschränkungen oder neutrale Assoziationen.

Ergebnisse

Zu allen Items gab es eine umfangreiche Bandbreite sowohl an ausschmückenden als auch an einschränkenden Assoziationen. Je mehr kritische Einschränkungen zu einem Item genannt wurden, desto niedriger die Zustimmungstendenz zu diesem Item. Den Weisheits-Items wurde tendenziell eher zugestimmt. Der Median liegt mit einer Ausnahme bei 5 (Stimmt weitgehend) bis 6 (Stimmt genau). Die geringste Zustimmung erhielt das Item zu Ungewissheitstoleranz (Median = 4, stimmt ein wenig). Die stärkste Zustimmung erhielten die Items zu Wertrelativismus sowie zu Problem- und Anspruchsrelativierung (Median = 6, stimmt genau).

Diskussion und Fazit

Die allgemeine Zustimmungstendenz zu den Items der Weisheitsskala stimmt überein mit dem Antwortverhalten in der Studie an Psychosomatik-Patienten von Linden et al. (2019).

Darüber hinaus zeigten die befragten Personen eine große Bandbreite an Assoziationen zu jedem Item.

Die individuellen Assoziationen zu Item-Inhalten können das Antwortverhalten beeinflussen, sind im ausgefüllten Fragebogen aber nicht ersichtlich. Dies sollte bei der Interpretation von Selbstauskunft-Fragebögen generell und speziell bei der Weisheitsmessung berücksichtigt werden. Durch die retrospektive Befragung ist unklar, inwieweit die genannten Assoziationen beim Ausfüllen bereits präsent waren.

Take-Home-Message

In der Einzelfalldiagnostik ist bei Fragebögen eine direkte Rücksprache mit der ausfüllenden Person notwendig, um die Angaben im Fragebogen inhaltlich valide interpretieren zu können und ggf. individuelle Maßnahmen ableiten zu können.

Literatur

Ardelt, M. (2000). Intellectual versus wisdom-related knowledge: the case for a different kind of learning in the later years of life. Educational Gerontology, 26. 771–789.

Baltes, P. B., Smith, J. (1990). Weisheit und Weisheitsentwicklung: Prolegomena zu einer psychologischen Weisheitstheorie. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 22. 95–135.

Baumann, K., Linden, M. (2008). Weisheitskompetenzen und Weisheitstherapie: Die Bewältigung von Lebensbelastungen und Anpassungsstörungen. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Bluck, S., Glück, J. (2005). From the Inside out: People’s implicit Theories of Wisdom. In: Sternberg, R. J., Jordan, J. (Eds.): A Handbook of Wisdom: Psychological Perspectives. Cambridge: Cambridge University Press. 84–109.

Linden, M., Lieberei, B., Noack, N. (2019). Weisheitseinstellungen und Lebensbewältigung bei psychosomatischen Patienten. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 69. 332–338.

Autorenindex

A

Aksakal, T. 260
Al Attar, J. 426
Albersmann, L. 312
Alles, T. 25, 269
Altmann, C. 423
Andreeva, E. 460, 463
Andres, E. 89
Annaç, K. 51, 260, 334
Anneken, V. 107
Apolinário-Hagen, J. 58
Arampatzis, D. 489
Arenz, M. 134
Arling, V. 56, 175, 223, 303, 479
Arnold, C. 462
Asare, K. O. 66
Audia, A. 51
Ausner, E. 246, 443

B

Baasner, A.-L. 318
Bachmann, S. 150
Bade, M. 33, 377
Bahlburg, H. 148
Bair, W. 152
Banaschak, H. 248, 309, 318
Bart, P. 141
Bartolini, F. 248
Bartosch, C. 185, 307
Bassler, M. 40
Bauer, J. F. 46
Baumann, R. 411
Baumeister, H. 58, 66, 86
Bechler, U. 161
Beck, H. 489
Becker, P. 53, 332, 403
Beckmann, M. W. 400
Beetz, C. 191
Behrens, M. 386
Beierlein, V. 81, 271, 384, 395
Beil, F. T. 161
Benninghoven, D. 27, 358, 389
Berger, M. 356
Berida, F. 239
Bernert, S. 208
Bethge, M. 27, 40, 132, 168, 248, 309, 318, 358, 398
Beyerlein, M. 197
Bieber, A. 294
Bingger, T. 152
Birke, G. 380
Bittkau, M. 377
Bitzer, E. M. 23, 89, 171
Boese, C. K. 161
Böhler, M. 91
Bohro, J. 356
Bökel, A. 292, 296
Borchers, P. 102
Borgelt, J. 212
Borst, F. 343
Boschmann, J. 343
Brack, B. 413
Braig, S. 73
Bräscher, A.-K. 380
Breckenkamp, J. 77
Brehmer, N. 314, 354
Breuninger, K. 294
Brinker, M. 91
Brockmann, S. O. 73
Broge, B. 89
Brünger, M. 48, 210
Brushinski, E. 365
Brzoska, P. 51, 260, 334
Büche, D. 150
Budde, A. 40
Bühne, D. 25, 269
Buhr-Schinner, H. 237
Büker, C. 91
Burchardi, J. M. 48, 210
Bürgy, G. 271
Bürgy, R. 384, 395
Burmehl, L. 360
Busch, D. 189
Buschsieweke genannt Großeotto, N. M. 91
Buse, A.-S. 429
Butea-Bocu, M. C. 148, 157

C

Chrysanthou, S. 40
Clavairoly, C. 356
Coenen, M. 109, 111, 289
Cordes, C. 332

D

Savvoulidou 284
Dahmen, A. 53
Deck, R. 325
Deeg, P. 226
Dejonghe, L. 367
Derksen, C. 53, 332
Dettmer, I. 467
Dibbelt, S. 63, 453
Diekhof, C. 94
Dittmann, R. 201
Dockweiler, C. 347
Dohm, L. 84
Dötsch, S. 132
Dreinhöfer, K. E. 489
Drixler, K. 23
Drozniak, K. 33
du Prel, J.-B. 77
Duncker, C. 116

E

Eberl-Kollmeier, M. 458
Ebert, D. D. 58
Edlmayer, A. 65, 421
Egen, C. 292, 296
Ehlen, S. 134
Eichert, H.-C. 253, 470
Eiler, S. 86
Elster, C.-C. 102

Endres, D. 316
Erdsiek, F. 260
Esser, A.-L. 258, 445
Etzrodt, F. 417

F

Fahrenkrog, S. 208
Falkenberg, C. 246, 443
Farin-Glattacker, E. 204
Fauser, D. 132, 168, 309, 318, 398
Feil, K. 136
Felder, D. 65, 421
Ferreira, D. 66
Fieselmann, J. 334
Fischer, H. 350
Fischer, M. J. 119, 221, 434
Fischer, R. 208
Fischer-Hansal, D. 279
Fischmeister, G. 434
Förster, M. 241, 440
Franke, J. 386
Freihoff, S. 292, 296
Fretian, A. M. 347
Fritsch, J. 136
Frommhold, J. 237
Fuest, L. 350
Funke, A. 262, 447

G

Gabriel, N. 40
Gao, L. 53
Gartmann, J. 292, 296, 460, 463
Gasche, M. 415
Gehrke, J. 298
Gehrmann, J. 96
Geissler, N. 460, 463
Gellhaus, I. 246, 443
Gerlich, C. 345, 363
Gernert, M. 255, 367
Geyer, S. 22
Gillitzer, S. 239, 487
Ginther, L. 232
Glattacker, M. 250
Göldel, J. 30
Golla, A. 168, 294
Gorgels, S. 173
Graf, D. 421
Greitemann, B. 453
Gross, T. 237
Grote, V. 119, 221, 434
Grotenburg, A.-K. 175
Gschwenter, S. 65, 421
Gurisch, C. 266
Guse, I. 33
Gutu, R. 69

H

Hagen, B. 46
Hähle, A. 37, 163
Haider-Novak, B. 279
Hambrecht, A. 171
Hammel, L. 37, 163
Hampel, P. 166, 246, 392
Hansen, A. 429
Harhaus, L. 427
Harms, S. 266
Hartung, V. 60
Hass, H. G. 150, 152, 400
Hasselhorn, H. S. 77
Hayden, M. C. 229, 419
Heide, M. 46
Heinze, N. R. 121
Heinze, V. 232
Heise, J. 377
Helling, T. 356
Hellmann, T. 148
Hennemann, S. 58
Herrmann, C. 380
Herzberger, A. 152
Heß, V. 389
Hesse, B. 453
Hessel, A. 365
Hetzel, C. 25, 123, 219, 269
Heuer, J. 453
Hillebrand, R. 350
Hinterberger, T. 415
Hirschmann, A. 91
Hochfellner, S. 75
Hoeper, J. R. 286
Hoeper, K. 37, 163, 286
Hoffmann, L. 98
Höhn, C. 250
Holzner, B. 434
Honegger, M. 65
Hoyer, J. 29
Huber, V. 60
Huth, D. 380
Hüwel, A. M. 392

I

Iliadis, I. 286
Indzhieva, M. 232
Isele, C. 389
Ising-Volmer, V. 91

J

Jackob, S. 144
Jahn, P. 193
Janello, R. 107
Jankowiak, S. 154, 212
Jansen, E. 48, 262, 447
Janssen, B. 150
Jaritz. C. 75
Jekauc, D. 136
Jöbges, M. 380, 415
John, S. M. 429, 431
Jürgens, L. 94

K

Kölzner 475
Kaczerowsky, A. L. 125, 436
Käfer, M. 40
Kahl, K.G. 286
Kähnert, H. 337
Kaiser, U. 273, 276
Kallinger, S. 86
Kaluscha, R. 43, 116, 125, 154, 212, 413, 436, 438
Keller, F. M. 403
Kern, W. V. 73
Ketzmerick 195

Kiltz, U. 37, 163
Kimmel, A. 294
Kindel, C. 132
Kirsch, C. 241, 440
Kirsch, T. 271, 384, 395
Kirvel, S. 134
Klaus, S. 123, 219, 475
Kleineke, V. 132
Klimitz, F. 427
Knapp, S. 339, 341
Knauer, J. 86
Kneißl, J. 271, 384
Kneser, U. 427
Knispel, J. 56, 175, 223, 303, 479
Knoop, I. 279
Knoop, T. 450
Kobelt-Pönicke, A. 71, 284
Kocks, A. 212
Köhler, M. 271, 384, 395
Köhn, K. 329
Köhn, S. 48, 210
Kohte, W. 199
Kolb, C. 53, 332, 403
Köllner, V. 29, 360, 415, 417
Köse, B. 185, 307
Kosmadaki, M. 303
Kott, L. 58
Koyutürk, B. 438
Kraetsch, C. 128
Kraft, J. 208
Krause, S. 80
Kreider, I. 473
Kreuder-Schock, M. 473
Kringler, W. 382
Kröger, C. 71
Krüger, L. 161
Kunzmann, V. 400
Kupferschmitt, A. 415, 417
Kus, S. 109, 111, 289

L

Labek, K. 221
Lambrecht, A. 40
Lampe, A. 221
Langbrandtner, J. 352
Lange, N. 212
Langer, C. 132
Langheim, E. 360, 417
Lansink, M. 375
Lechner, S. 119
Leibbrand, B. 337
Leinberger, S. 43, 125, 212, 436, 438
Leven, L. 363
Levke Brütt, A. 365
Li, Y. 477
Licht, T. 434
Lieb, S. 37, 163
Liebert, A. 116
Limbach, M. 60, 229, 419
Lin, J. 58
Linden, M. 217, 462, 465
Linstedt, U. 372
Lippa, B. 475
Lippke, S. 53, 332, 403
Loew, T. H. 415
Lorenz, S. 473
Loth, F. 130
Ludewig, M. 431
Lueger, S. 226
Lueger, T. 226
Lukasczik, M. 35

M

Mader, M. 260
Markus, M. 40
Marquardt, M. 262, 329, 447
Marquardt, S. 146
Martino, F. 339, 341
Mattes, J. 398
Mau, W. 168, 294, 455
Mayer, A.-K. 281
Mederer, B. 407
Meier, I. 239
Meier-Credner, A. 458, 491
Meiler, K. 386
Meng, K. 389
Menzi, L. 329
Merten, F. 339, 341
Meschnig, A. 123, 219
Messinger, D. 339, 341
Messner, E.-M. 58
Metzner, G. 250
Meyer, S. E. 286
Meyer, T. 239, 450
Meyer-Olson, D. 37, 163, 286
Michaelis, M. 484
Middel, S. 413
Mier, D. 380
Mitrea, S. 229
Mohr, D. C. 66
Montanari, I. 415
Moshe, I. 66
Motel, E. I. M. 29
Mühlhause, A. 81
Muke, J. 426
Müller, G. 148, 157
Müller, K. 235
Müller, N. 320
Muschalla, B. 102, 180, 217, 409, 458, 467, 477, 491

N

Nasri, S. 369
Nebe, K. 178
Nechwatal, R. 43
Neubauer, H. 427
Neudam, A. 81, 271, 384, 395
Neumann, A. 166
Neumann, O. 379
Neumeister, T. 426
Nguyen, T. 386
Niehaus, M. 46
Nielsen, J. 159
Nieters, A. 73
Nivorozhkin, A. 305
Noeres, D. 241, 440
Noldus, J. 148
Nowak, D. 229, 419
Nübling, R. 273, 276

O

Ober, J. 27
Oberhauser, C. 111, 289
Oliva, H. 134
Otto-Albrecht, M. 46
Özen, E. 413

P

Pahlke, K. 80
Pamperin, I. 363
Passier, I. 71
Peter, R. S. 73
Petz, D. 75
Pfaff, H. 405
Pfeifer, K. 60
Philippi, P. 58, 86
Pieschnik, A. 258, 445
Podar, M. D. 347
Poppele, I. 235
Puerto Valencia, L. 489
Pulkki-Raback, L. 66

R

Rabe-Rosendah, C. 195
Rafalzik, Y. 219
Rašo, L. M. 358
Rauch, A. 301, 305
Razum, O. 77, 258, 260, 347, 445
Reiger, G. 421
Reims, N. 301, 305
Retznik, L. 455
Reuß-Borst, M. 343
Richter, C. 294
Richter, L. 423
Richter, Mad. 113, 345
Richter, Mat. 96, 98
Riedl, D. 119, 221, 434
Rieger, M. A. 484
Rimalis-Vogt, E. 398
Rinn, R. 53, 332
Ripper, S. 427
Ristow, N. 431
Ritter, A. 467
Rittmann, L.-M. 136, 208
Roghmann, F. 148
Rohbeck, T. 80
Rohkohl, K. 386
Rohrbacher, M. 77
Rolvien, T. 161
Rombey, J. 223
Rosbiegal, F. 40
Roßnagel, T. 100
Rothenbacher, D. 73
Rothermund, E. 484
Röttger, N. 258
Rudolph, I. 386
Rumpold, G. 221, 434
Rutsch, M. 237, 325

S

Saal, S. 294
Sailer, J. 377
Sailer, M. 33
Salman, R. 248
Salzwedel, A. 314, 354, 455
Sander, L. B. 66
Schäfer, A. 350
Schäfer, M. 489
Schaidhammer-Placke, M. 453
Schall, F. 48
Schaller, A. 255, 367
Schega, L. 386
Scheiblich, N. 450
Schellenberg, M. 372
Schlesinger, T. 235
Schlitt, A. 232
Schlumbohm, A. 48, 210
Schmid, R. 185, 307
Schmidt, C. 269
Schmidt, D. 136
Schmidt, Jo. 125, 436
Schmidt, Jü. 273, 276
Schmidt-Wilke, T. 375
Schmitt, G. 89
Schmitz, C. 360
Schnackertz, A. 56
Schosser, A. 279
Schöttler, M. 367
Schrauth, B. 100
Schröder, C. C. 77
Schuber, A. A. 255
Schubert, H.-J. 369
Schubin, K. 322, 405
Schuler, M. 229, 363, 419
Schüller, P. O. 237, 423
Schultz, A.-L. 235
Schultz, K. 60, 229, 419
Schulz, H. 81, 271, 384, 395
Schumann, N. 33, 377
Schüring, S. 482
Schuster, F. 148
Schüz, N. 365
Schwarz, P. 343
Schwarz, S. 232
Schwarzl, G. 229
Seidl, N. 91
Senft, B. 75, 279
Sewz, G. 269
Seywald, M. 400
Siebeneick, S. 269
Sieberg, R. 479
Siebert, L.-M. 30
Siebler, M. 327, 375
Simmel, S. 109, 111, 289
Simon, R. 125, 436
Skoumal, M. 65, 421
Slavchova, V. 56, 175, 223, 303, 479
Sohr, G. 389
Sondhof, A. 467
Spyra, K. 48, 210, 262, 329, 447
Stampa, S. 347
Steffen, D. 206
Stegbauer, M. 235
Steimann, G. 352
Steinacker, J. M. 73
Stenzel, N. 419
Stephan, J. 96
Stern, A. 258, 445
Sternberg, A. 27, 309
Stickling, S. 258, 445
Stöhr, D. 65
Stolle, A. 427

Stolz, I. 107
Stotz, A.-M. 139
Strahl, A. 161
Streibelt, M. 281
Stucke 239
Stucke, J. 105, 487
Stullich, A. 98
Stutter, B. 375
Sütfels, G. 415

T

Tallner, A. 60
Telenga, S. 89, 171
Tepohl, L. 116, 154, 212, 413, 438
Terhorst, Y. 58, 66, 86
Thienel, C. 347, 487
Tholl, S. 380
Thomas, J. 130, 185, 307
Thome-Soós, F. 358
Thorsten, M. 105
Tielking, K. 94
Tillmann, V. 107
Traugott, M. 279
Troost, K. 426
Tsianakas, A. 426
Tüter, H. 417

U

Ulbrich, K. 69
Ulrich, L 482

V

van den Berg, C. 375
van Rees, W. 89
van Wijk, N. 375
Vieregge, U. 413
Vogel, H. 35, 113, 345, 363
Vogtmann, A. 419
Völler, H. 314, 354
Volmer-Berthele, N. 438
von den Brincken, A.-S. 411
von der Warth, R. 204
von Kardorff, E. 123, 219
von Neukirch, C. 389
von Rezori, R. 244
Vorsatz, N. 363
Vreuls, R. 107

W

Wagner, A. 415
Wagner, G. 479
Wagner, J. 327, 356
Waldeck, E. 250
Walthart, N. 208
Warnke, M. H. 462
Warschburger, P. 30, 244
Wastlhuber, A. 235
Weber, A. 303
Weber, E. 107
Weber, F. 208
Weier, L. 27, 358
Weiland, B. 187
Weiß, C. 105
Weißmann, R. 130, 185, 307
Welti, F. 183
Wendt, M. 102
Wengorz, C. 56
Werk, L. P. 180, 409
Weyermann, M. 69
Weyland, S. 136
Widmann, T. 154
Wilheim, L. 350
Wilke, A. 429, 431
Wippert, P.-M. 489
Witte, T. 286
Wittmann, A. M. 372
Wöckel, A. 400
Wolf, F. 159
Wolf, H.-D. 35, 113
Wolff, L. L. 314, 354
Wuchter-Czerwony, C. 298
Wurtzbacher, J. 369

Y

Yilmaz-Aslan, Y. 51, 260, 334
Young, C. 80
Young, P. 80

Z

Zacher, J. 395
Zapfel, S. 100, 128, 407
Zeike, S. 405
Zembic, A. 329
Ziegenthaler, H. 427
Zielinska, M. 125, 436
Zielinski, B. 100, 407
Zimmer, J.-M. 168, 455
Zindel, M. 284
Zocher, F. 372
Zollmann, P. 281
Zvonova, E. 423
Zwingmann, K. 235

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation. Verantwortlich für den Gesamtinhalt: Hauptschriftleiter: Dr. Stephan Fasshauer; Schriftleiter: Dr. Dirk von der Heide, Telefon: 030 86589178, Telefax: 030 86527379.

Die Zeitschrift DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG erscheint 4-mal jährlich und ist über die Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation, – Vertrieb –, Postanschrift: 10704 Berlin, E-Mail: Abo-Service@drv-bund.de, Telefon: 030 86524536, für 30,00 Euro (Ausland 60,00 Euro) inklusive Versandkosten jährlich zu beziehen, das Einzelheft für 8,00 Euro (Ausland 15,00 Euro) inklusive Versandkosten. Das Abonnement kann jährlich bis zum 30. September für das folgende Jahr gekündigt werden. Das nach dem 1. März 2022 abgeschlossene Abonnement kann nach Ablauf eines Jahres monatlich für den folgenden Monat gekündigt werden.

Die mit Namen gekennzeichneten Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Deutschen Rentenversicherung Bund wieder. Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte übernehmen wir keine Gewähr. Nachdruck ist unter Quellenangabe nur mit Genehmigung der Schriftleitung zulässig. Satz und Druck: Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG, Frankfurt am Main.

Die DRV-Schriften sind kostenfreie Sonderausgaben der Zeitschrift „Deutsche Rentenversicherung“.

ISBN 978-3-947949-22-9