DRV-Schriften Band 131

Sonderausgabe der DRV

34. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Mensch trifft Maschine -
digitale Chancen in Prävention und Rehabilitation nutzen

vom 18. bis 20. März 2025 in Nürnberg

Herausgeber:
Deutsche
Rentenversicherung
Bund

34. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Wissenschaftliche Leitung

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

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

Programmkomitee
Prof. Dr. V. **Arling** (Aachen), Prof. Dr. M. **Bassler** (Nordhausen),
Prof. Dr. H. **Baumeister** (Ulm), Prof. Dr. C. **Bergelt** (Greifswald),
Dr. H. **Berger** (Würzburg), Prof. Dr. M. **Bethge** (Lübeck), Prof. Dr. E.M. **Bitzer** (Freiburg),
Dr. S. **Brüggemann** (Berlin), Prof. Dr. D. **Busch** (Berlin),
Prof. Dr. C. **Dockweiler** (Siegen), Prof. Dr. W. **Göhner** (Freiburg),
Prof. Dr. B. **Greitemann** (Bad Rothenfelde), Prof. Dr. C. **Gutenbrunner** (Hannover),
Prof. Dr. P. **Hampel** (Flensburg), Dr. D. **Herbold** (Neustadt am Rübenberge)
PD Dr. Aike **Hessel** (Bremen), Dr. H.-J. **Hesselschwerdt** (Bad Krozingen),
Prof. Dr. A. **Kobelt-Pönicke** (Laatzen), Prof. Dr. R. **Koczulla** (München),
Prof. Dr. T. **Kohlmann** (Greifswald), Prof. Dr. V. **Köllner** (Teltow),
Prof. Dr. G. **Krischak** (Friedrichshafen), 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. S. **Neuderth** (Würzburg),
Prof. Dr. M. **Niehaus** (Köln), Prof. Dr. K. **Pfeifer** (Erlangen), Prof. Dr. M. **Sailer** (Magdeburg),
Prof. Dr. T. **Schaumberg** (Nordhausen), Prof. Dr. M. **Schuler** (Bochum),
Dr. W. **Schupp** (Herzogenaurach), Dr. Natalie **Schüz** (Bremen),
Prof. Dr. B. **Schwaab** (Timmendorfer Strand), Prof. Dr. U. **Seifart** (Marburg),
Prof. Dr. S. **Tophoven** (Düsseldorf), Prof. Dr. H. **Völler** (Rüdersdorf),
Dr. W. **Wagener** (Düsseldorf), 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
Katrin **Parthier** (Leitung); Tim **Spiegel**, Jana **Honczek** (Organisation);
Stefanie **Heilig**, Tim **Krüger** (Wissenschaft)
Deutsche Rentenversicherung Bund (Berlin)

Lokales Kongresskomitee
Dr. Harald **Berger** (Leitung); Christina **Bär**, Katerina **Bayer-Tomanek**,
Erika **Deutscher-Barahona**, Bernhard **Fink,** Anna **Wiesner**
Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Teilnehmende,

zum 34. Reha-Kolloquium in Nürnberg heißen wir Sie herzlich willkommen!

Die Welt befindet sich im Wandel! Genauer: im digitalen Wandel. Dieser Wandel betrifft uns alle, in allen Lebensbereichen. Dabei machen die Veränderungen, die wir tagtäglich sehen, auch an der Tür zu Rehabilitation und Teilhabe nicht Halt. Digitalisierung, Künstliche Intelligenz, Big Data sind nur einige Begriffe, mit denen wir uns auseinandersetzen müssen.

In besonderer Art und Weise ist unsere Arbeitswelt betroffen. Mit der zunehmenden Digitalisierung verändern sich nicht nur Berufsbilder, Arbeitsformen und Qualifikationsanforderungen. Es entstehen auch neue Belastungsfaktoren und Gestaltungsbedarfe. Die Ausgestaltung von Präventions- und Rehabilitationsleistungen zur Sicherung der beruflichen Teilhabe muss darauf eine adäquate Antwort finden. Jedoch unterliegen auch die Leistungen selbst diesem Wandel: Leistungen können in digitaler Form unabhängig von Ort und Zeit angeboten werden. Assistenzsysteme und Virtual-Reality-Anwendungen können neue Möglichkeiten bei der Therapiegestaltung eröffnen. Informationen können niedrigschwelliger über Apps und adressatengenauer über individualisierte Info-Portale angeboten werden. Prozesse können schlanker und komfortabler gemacht werden, Stichwort: Antrag auf Klick! Entscheidungsprozesse können erheblich optimiert werden.

Die digitale Transformation bietet also ein großes Versprechen, Teilhabeleistungen zukunftssicher zu gestalten. Aber so vielversprechend all diese Entwicklungen sind, so dürfen wir die damit verbundenen Herausforderungen nicht unterschätzen. Nicht alle Menschen haben Zugang zu den notwendigen Technologien oder die Kompetenzen, sie zu nutzen. Der Umgang mit sensiblen Daten erfordert nicht nur technische Lösungen, sondern klare ethische Leitlinien und gesetzliche Regelungen zum Datenschutz. Und schließlich sollte genau ermittelt werden, welche digitale Neuerung die Versorgung tatsächlich verbessert.

Das diesjährige Reha-Kolloquium in Nürnberg möchte unter dem programmatischen Titel „Mensch trifft Maschine“ dieses Spannungsfeld beleuchten. Es soll drei Tage lang darum gehen, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse vorzustellen und in einem kritischen Diskurs zu beleuchten, wo die digitale Transformation ein Segen ist – und wo sie vielleicht auch ein Fluch sein kann. Und lassen Sie uns diskutieren, was das für die Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung in Prävention und Rehabilitation bedeutet.

Hierbei sollte uns bewusst sein: Die Digitalisierung ist keine isolierte Entwicklung, sondern ein gesamtgesellschaftlicher Prozess, der alle betrifft: die Gesellschaft, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik. Nur durch eine enge Zusammenarbeit und einen konstruktiven, ergebnisoffenen Austausch können wir sicherstellen, dass niemand durch diesen Wandel abgehängt wird.

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

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

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 gelten diese gleichermaßen für alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation **19**

Berufliche Maßnahmen in der Rehabilitation: Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit? Ergebnisse aus dem Projekt MBOR-ABC-Analyse
Susanne Dibbelt; Edith Wulfert; Bernhard Greitemann *20*

Medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation für junge Erwachsene mit juveniler idiopathischer Arthritis
Andrea M. Handschuh; Eithne Sonnek; Verena Ennser; Bernd Langer; Christa Oliveira-Sittenthaler; Lena Sohlmann; Doreen Stöhr; Monika Mustak-Blagusz *22*

Praxisempfehlungen für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen – Ergebnisse eines Delphi-Prozesses
Stefan Schulder; Hannes Banaschak; Matthias Bethge; Jessica Roder; Stefanie Freytag; Markus Bassler; Andrea Budde; Volker Köllner; Michaela Fleck; Bernhard Koch; Frank Rosbiegal *24*

Retrospektive Analyse zum Rehabilitationserfolg des PV RehaJET®-Programms bei unterschiedlichen Berufsprofilen hinsichtlich Erwerbsfähigkeit und psychosozialer Belastung
Bibiane Steinecker-Frohnwieser; Bettina Thauerer; Ulrike Ziermann; David Felder; Monika Mustak-Blagusz *26*

Wie belastend wird das MBOR-Arbeitsplatztraining wahrgenommen? Erkenntnisse aus Therapie-Tagebüchern orthopädischer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden
David Bühne; Christian Hetzel; Mathis Elling; Torsten Alles *28*

Berufliche Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen **31**

Erprobung eines Inklusionsleitfadens zur Förderung der beruflichen Teilhabe psychisch erkrankter Beschäftigter
Veneta Slavchova; Jens Knispel; Viktoria Arling *31*

„Familienorientierte Erwachsenenrehabilitation bei psychisch Erkrankten“ (FER) – Welche Erwartungen und Befürchtungen bestehen seitens der Rehabilitand*innen?
Hanah Miluczenko; Helen Bindels; Michael Schuler; Daniel Gerlach; Annina Thiller *33*

Nachbetreuung, die wirkt: Erkenntnisse aus Fokusgruppen mit Leistungserbringenden im rehapro-Projekt JobProtection
Tatjana Levin; Elena Andreeva *35*

Nachhaltige Reintegration ins Erwerbsleben bei psychischen Erkrankungen: Die Wirksamkeit der JobProtection-Nachbetreuung aus Teilnehmendensicht
Elena Andreeva; Tatjana Levin *37*

Wie unterscheidet sich die psychologische Ausgangslage von Abbrechern und Programm-Absolventen im rehapro-Projekt FREEMI?
Jens Knispel; Fee Kahlhofer; Viktoria Arling *39*

Bewegungstherapie und Bewegungsförderung **42**

Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz bei Post-COVID-Rehabilitations-Patienten
Alexa Kupferschmitt; Judit Kleinschmidt; Volker Köllner; Lilian Sipp; Gorden Sudeck; Stefan Peters *42*

Bewegungsverhalten von Menschen mit nicht-übertragbaren Erkrankungen (NCD): Trendanalysen für Deutschland
Lars Gabrys; Jonathan Graf; Andrea Teti; Benjamin Wenz; Gorden Sudeck; Wolfgang Geidl; Kristin Manz; Susanne Jordan; *44*

Effekte eines bewegungsfördernden digitalen Reha-Nachsorgeprogramms für Rehabilitandinnen mit Brustkrebs – Ergebnisse einer quasi-randomisierten Multicenter-Studie
Mercedes Rutsch; Ruth Deck; Andreas-Claudius Hoffmann; Monika Steimann; Kerstin Knauth; Heike Fritsche-Huth; Corinna Doll *46*

Gelingt es primär inaktive Personen mit chronischen Mehrfacherkrankungen an einen sportlichen Lebensstil heranzuführen? Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Überlegenheitsstudie im Kontext der Gesundheitsversorgung
Inga Krauß *48*

Intention, Habit and Health Behavior as Dynamic Constructs: A Multilevel Analysis of Longitudinal Data
Jakob Hedin; Susanne Weyland; Anna Pelegrina; Constantin Rausch; Darko Jekauc; Emily Finne *50*

Partizipative Weiterentwicklung der Bewegungstherapie zur Stärkung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (STABEKO)
Eva Grüne; Klaus Pfeifer; Wolfgang Geidl; Johanna Popp; Johannes Carl; David Victor Fiedler; Gorden Sudeck *52*

Prädiktoren der Nichtinanspruchnahme eines berufsbezogenen App-Trainings in der beruflichen Rehabilitation: Erkenntnisse aus der WORKout-Studie
David Bühne; Mathis Elling; Torsten Alles *55*

Sport-/Bewegungstherapie in der Onkologie – ein Leitlinienüberblick
Jana Müller *56*

Stellenwert der Sport- und Bewegungstherapie in der onkologischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung
Lukas Born *58*

Subjektiver Reha-Erfolg und Bedeutung von Bewegung in der VOR-Behandlung in geschlossenen und offenen Therapiegruppen
Meike Südmeier; Christopher Arnold; Beate Muschalla; Kai Lorenz; Scott Gissendanner; Gorden Sudeck *60*

Digitalisierung in der (Reha-)Nachsorge **64**

App-Intervention mit Telefon-Coaching als Nachsorge nach stationärem Aufenthalt für Alkoholkonsumstörung: Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie
Sebastian Saur; Catharina Lang; Kiona Weisel; Lukas Fuhrmann; Matthias Berking; Niklas Enewoldsen; Daniela Reichl; Sabine Steins-Löber *64*

Entwicklung eines Kompetenzmodells für Therapeut*innen und Patient*innen in der Tele-Reha-Nachsorge: Ergebnisse einer onlinebasierten Querschnittsbefragung
Anna Lea Stark-Blomeier; Christoph Dockweiler *66*

Gesundheitsökonomische Analyse der ReNaApp-Studie
Iris Brandes; Nicole Heinze *68*

Untersuchung der Gewohnheitsbildung im Rahmen einer digitalen Reha-Nachsorge bei Menschen mit Adipositas
Susanne Weyland; Anna Pelegrina; Jakob Hedin; Darko Jekauc; Detlef Schmidt *70*

Untersuchung zu der Wirksamkeit einer digitalen Reha-Nachsorge bei Menschen mit Adipositas bezüglich Gesundheit und körperlicher Aktivität
Anna Pelegrina; Susanne Weyland; Jakob Hedin; Darko Jekauc; Detlef Schmidt *72*

Digitalisierung und Teilhabe **74**

Bestandsaufnahme und Machbarkeitsanalyse einer Verstetigung kostenfreier Webangebote aus Forschungsprojekten durch die Rentenversicherung
Kristina Kulisch; Daniela Sewöster; Selina Kallinger; Ayca Ilgaz; Harald Baumeister *74*

Der Mensch im Mittelpunkt –
Partizipative Forschung zur Verbesserung digitaler Teilhabe von Menschen mit Behinderung
Sabrina Lorenz; Marianne Kreuder-Schock *76*

Digitale Gesundheitsanwendungen als Teilhabeleistung für Menschen mit Behinderungen und Medizinprodukt zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit: Konsequenzen aus der Praxisanalyse
Dörte Busch; Cathleen Rabe-Rosendahl *78*

Inklusives Softwaredesign für menschengerechte Arbeitsgestaltung:
Untersuchung von No-Code-Plattformen und Chatbots in Werkstätten für behinderte Menschen
Sara Hamideh Kerdar; Britta Marleen Kirchhoff; Lars Adolph; Liane Bächler *80*

Pneumologische Rehabilitation per App – eine multizentrische; randomisierte; kontrollierte Studie
Rainer Gloeckl; Daniela Kroll; Inga Jarosch; Tessa Schneeberger; Rembert Koczulla; Marc Spielmanns; Asta Stankeviciene; Anne Plidschun; Bernhard Ulm; Claus Vogelmeier *82*

Erfordert Post-COVID einen neuen Reha-Prozess? **84**

Einschränkung der Teilhabe von Post-COVID-Rehabilitanden – Implikationen für die (Reha-)Nachsorge
Gretha Wagner; Ann-Kathrin Grotenburg; Jens Knispel; Veneta Slavchova; Viktoria Arling *84*

Entwicklung eines klinischen Scores zur Bewertung des Post-COVID-Syndroms aus dem Expertenwissen eines interdisziplinären Expertenboards
Tobias Klomp; Dominik Raab; Tobias May; Andrés Kecskeméthy; Mario Siebler; Anna Bittner; Sarah Bergé; Jürgen Wagner 86

Rehabilitation des Post-Covid Syndroms: Die Rolle von Expertenboards
Jürgen Wagner; Dominik Raab; Mario Siebler; MediClin Studiengruppe Post COVID 89

Symptom-Fingerprints zur individuellen Diagnostik- und Reha-Steuerung beim Post-COVID Syndrom
Mario Siebler; Stephan Theiss; Dominik Raab; Jürgen Wagner 91

Verbessert ein KI-basiertes Decision-Support-System das Patientenmanagement von Post-COVID-Betroffenen?
Tobias May; Dominik Raab; Tobias Klomp; Andrés Kecskeméthy; Bergé Sarah; Anna Bittner; Jürgen Wagner; Mario Siebler 93

Evaluation des Ü45-Checks **97**

Leistungsgeschehen nach der Einladung bzw. Teilnahme am Ü45-Check. Ergebnisse aus den randomisierten; kontrollierten Studien zur Gesamtevaluation der Modellprojekte
Eva Maria Bitzer; Annika Hambrecht; Simone Telenga; Renate Wiedemann 97

Machbarkeit eines Ü45-Checks auf Rehabilitations- und Präventionsbedarf in der hausärztlichen Versorgung. Eine multiperspektivische, qualitative Studie
Jennifer Marie Burchardi; Marie Utsch; Martin Brünger 99

Wer nimmt am Ü45-Check teil? Selektionseffekte in den randomisierten, kontrollierten Studien der Modellprojekte zur Erprobung des Ü45-Checks
Annika Hambrecht; Simone Telenga; Renate Wiedemann; Eva Maria Bitzer 101

Wirksamkeit eines Ü45-Checks auf Rehabilitations- und Präventionsbedarf in Hausarztpraxen. Eine multizentrische; randomisiert kontrollierte Studie
Martin Brünger; Susanne Rossek; Maja A. Hofmann; Jennifer Marie Burchardi 103

Zusammenhang zwischen der Berufsgruppenzugehörigkeit und dem Rehabilitationsbedarf von Personen im Alter von 45 – 59 Jahren (Ü45-Check)
Linda Kalski; Charleen Pächter; Laura Völkel; Tilman J. Pulst Caliman; Franziska Greiß; Lorena Hafermann; Maja A. Hofmann; Bernd Wolfarth 105

Evidenzbasierung und Return to Work **108**

Berufliche Teilhabe nach medizinischer Rehabilitation aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen: Repräsentative Analysen auf Basis von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung
Matthias Bethge; Pia Zollmann; Richard Albers; Bernhard Greitemann; Marco Streibelt 108

Dermatologische Rehabilitation bei chronischem Pruritus - Evaluation der Effektivität und Nachhaltigkeit
Lora Abual-Hedzha; Sophia von Martial; Tobias Neumeister; Kaija Troost; Matthias Augustin; Sonja Ständer; Athanasios Tsianakas 110

Die Pandemie als Brennglas? Rückkehr in Arbeit nach einer medizinischen Rehabilitation zu Zeiten der COVID-19-Pandemie
Mathis Elling; Christian Hetzel; Nadine Sänger; Betje Schwarz 111

Die Wirksamkeit von reha-medizinischen Interventionen zur Förderung der Rückkehr in die Arbeit: Ein narratives Review der internationalen Literatur
Nico Seifert; Marco Streibelt 114

Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit nach unfallchirurgischer Rehabilitation – Ergebnisse der icfPROreha-Studie
Stefan Simmel; Michaela Coenen; Sandra Kus 116

Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - Erkenntnisse aus dem Förderprogramm rehapro **118**

Handlungsansätze der Modellprojekte des Bundesprogramms rehapro – ein Vergleich der Förderaufrufe auf Basis der Modellprojektanträge
Stefan Zapfel; Clemens Kraetsch; Martin Brussig; Anemari Karačić 118

Return to Work: Zentrale Ergebnisse aus dem rehapro-Projekt Einstiegsprämie
Anne Ostermann; Tatjana Levin; Andrea Bökel 120

Varianten der Bedarfserkennung in Modellprojekten des Bundesprogramms rehapro. Eine qualitative Analyse
Martin Brussig; Anemari Karačić 122

Wie bewerten Rehafachberater:innen und Führungskräfte der Deutschen Rentenversicherung die Implementierung von Fallmanagement? Erkenntnisse aus retrospektiven Experteninterviews
Sebastian Ehlen; Julia Klinger 124

Kardiologische Rehabilitation **126**

Kardiologische Rehabilitation bei Patienten mit Herzinsuffizienz – Evidenzbasiert aber zu selten genutzt? Ergebnisse der ACTIVE-HF Studie
Patricia Grube; Bernhard Schwaab; Philipp Bielau; Dominik Jurczyk; Felicitas Lemmer; Nele-Kristin Drochner-Brocks; Matthias Mezger; Ingo Eitel; Christina Paitazoglou; Dirk Poppe; 126

Kurzfristige Effekte einer verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation bei kardiovaskulären Erkrankungen: eine randomisierte kontrollierte Studie
Matthias Bethge; Friederike Thome-Soós; Viktoria Pollolk; Konstantin Falk; Dieter Benninghoven 128

Reha-Verlaufseffekte bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) bis ein Jahr nach der Rehabilitation
Karin Meng; Ronja Westphal; Michael Marx; Robert Nechwatal; Reimund Prokein; Gesine Dörr 131

Veranlassung zur Anschlussrehabilitation nach Herzinfarkt: Eine systematische Analyse auf Basis von Sekundärdaten aus dem KIS
Melanie Lausen; Claudia Pieper; Ulrike Kramer 133

Welche kurzfristigen Prä-Post-Verläufe bestehen für duale Rehabilitand:innen in unterschiedlichen somatischen Indikationsbereichen?
Karin Meng; Natascha Scheller; Peter Eisermann; Jördis Kroll; Klaus Hermann; Sabine Jendrosch; Robert Wessbecher; Volker Köllner; Christoph Reichel; Gerhard Sütfels 136

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben **140**

Berufliche Rehabilitation aus Sicht der Beteiligten
Hans-Christoph Eichert 140

Die Teilnehmendenentwicklung in Berufsbildungswerken von 2019 bis 2023: Erfassung und Darstellung anhand ICF-basierter Indikatoren
Alexander Röhm; Moritz Hölzer; Matthias R. Hastall; Hans-Christian Hart; Fachausschuss TEP; Mechtild Ronge; 143

Die Teilnehmendenstruktur in der beruflichen Bildung im Wandel der Zeit
Janett Görke; Nico Seifert; Marco Streibelt 146

Entwicklung eines Beratungsleitfadens für die Reha-Fachberatung der Deutschen Rentenversicherung - Eine Delphi-Studie
Anna-Lena Baasner; Stella Lemke; Matthias Bethge; Stefanie Gröhl; Katja Nebe 148

Erfolgsfaktoren in der beruflichen Rehabilitation – Ergebnisse einer retrospektiven Dokumentenanalyse kontinuierlicher und diskontinuierlicher Verläufe in Berufsförderungswerken
Regina Weißmann; Verena Kakuschke; Joachim Thomas 150

Netzwerke und Kooperationen in der beruflichen Rehabilitation (NEKOBERE)
Dieter Röh 153

Social welfare literacy: Deutungs- und Aushandlungsprozesse zur Optimierung des Lebensentwurfs von Teilnehmenden von LTA in Berufsförderungswerken – eine qualitative Längsschnittanalyse
Stefan Dreßke; Nathalie Glamann; Heike Ohlbrecht 155

Welche Leistung für wen? Auswertungen zu Merkmalen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beruflicher Bildungsleistungen und den erbrachten Leistungen
Stefanie Märtin; Robert Kittel 157

Wiedereingliederung durch berufliche Rehabilitation
Angela Rauch; Nancy Reims 158

Zugänge psychisch Kranker in das BTZ und ihre Wege in Qualifizierung und Arbeit (WePsyBTAM)
Niklas Tibbe; Ernst von Kardorff; Alexander Meschnig 160

MBOR - Kosteneffektivität und Umsetzung in der Anschlussrehabilitation (AHB) 163

Anforderungen an ein erwerbsbezogenes Behandlungsangebot in der AHB der Orthopädie (MBOR-AHB-Studie) – Erwartungen der Rehabilitanden und Sicht der Ärzte
Wolfgang Bürger; Udo Kaiser; Rüdiger Nübling; Jacqueline Bahr; Helmut Tüchert; Ewald Höschele; Andreas Reinhardt *163*

Bedeutsame Aspekte für die berufliche Zukunft kardiologischer Patient*innen in der Anschlussrehabilitation
Machteld Luizink-Dogan; Annett Salzwedel; Heinz Völler *166*

Kosten und Nutzen der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation bei Muskel-Skelett-Erkrankungen
Rüdiger Nübling; Udo Kaiser; Jürgen Schmidt; Wolfgang Bürger; Marco Streibelt *168*

Patient Reported Outcomes in der MBOR der orthopädischen AHB der Rentenversicherung: MBOR-Bedarf; berufliche Schwerpunktsetzung; Behandlungszufriedenheit und Reha-Erfolg
Udo Kaiser; Rüdiger Nübling; Jürgen Schmidt; Wolfgang Bürger; Jacqueline Bahr; Helmut Tüchert; Ewald Höschele; Andreas Reinhardt *171*

Neurologische Rehabilitation 174

Determinanten der Teilhabe am Arbeitsleben bei Multipler Sklerose (TAMuS) – Welche arbeitsplatzbezogenen Parameter beeinflussen den Erwerbsstatus?
Nadine Schumann; Kerstin Eichstädt; Sarah Schilling; Alexander Stahmann; Michael Sailer *174*

Laufbandtraining mit und ohne Musikunterstützung zur Gangrehabilitation von Personen mit Multipler Sklerose
Florian Wolf; Philipp Kröber; Mareike Eschweiler; Katrin Rauen *176*

Post-Intensive Care Syndrom ein Jahr nach intensivpflichtiger Erkrankung und neurologischer Rehabilitation
Marion Egger; Melanie Finsterhölzl; Franziska Wippenbeck; Klaus Jahn; Jeannine Bergmann *179*

Prädiktoren einer MBOR-C/MbR in der neurologischen Rehabilitation: eine Sekundärdatenanalyse
Janin Venediger; Michael Sailer; Nadine Schumann; Matthias Morfeld *181*

Wirksamkeit von Hippotherapie auf teilhabebezogene Parameter bei MS: Anwendung ICF-basierter Assessments innerhalb einer randomisiert-kontrollierten Studie (RCT)
Franca Rosiny; Volker Anneken; Thomas Abel; Kristel Knaepen; Isabel Stolz; Leonard Braunsmann; Dieter Poehlau; Marion Drache *184*

Onkologische Rehabilitation 186

Aktualisierung der Reha-Therapiestandards Brustkrebs
Kathrin Murauer; Heiner Vogel; Erik Farin-Glattacker; Emre Özbulut; Nicole Wimmesberger; André Golla; Thorsten Meyer-Feil *186*

Ergebnisse nach radikaler Prostatektomie im Jahr 2022 aus der Perspektive der uro-onkologischen Rehabilitation
Guido Müller; Marius Cristian Butea-Bocu; Burkhard Beyer *188*

Erwerbsverläufe und Leistungsbezüge nach langfristigem Krankengeldbezug onkologischer Rehabilitand:innen
Johannes Soff; Rebecca Roth; Christoph Kowalski *190*

Inanspruchnahme von Hilfen zur Verbesserung der sozialen Teilhabe von Brustkrebsüberlebenden 4-6 Jahre post-OP
Dorothee Noeres; Siegfried Geyer; Eranda Sahiti; Stefanie Sperlich *192*

Intensivierte Begleitung bei der beruflichen Wiedereingliederung durch Berufslots*innen in Krebsberatungsstellen – Qualitative Ergebnisse der CARES Machbarkeitsstudie
Paula Heidkamp; Lina Heier; Kati Hiltrop; Jannika Rother; Nicole Ernstmann; Clara Breidenbach; Hannah Lange; Sophie Schellack; Christoph Kowalski *194*

Orthopädische Rehabilitation 197

Evaluierung von CROM und PROM basierten ML-Vorhersagemodellen zur Personalisierung und Optimierung der Rehabilitation nach Knieprothesen-Implantation
Niclas Hubel; Sebastian Granz; Bernhard Holzner; Michael Fischer; Vincent Grote *197*

Kurzfristige Ergebnisse der intersektoralen und interdisziplinären Fast-Track Versorgung von Patienten mit Knie- und Hüft TEPs
Johannes Schröter; Natascha Raisig; Annika Schröter; Philipp Drees 200

Nicht-Unterlegenheit einer hybriden ambulanten orthopädischen Rehabilitation: 3- und 12-Monats-Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie
Richard Albers; Stella Lemke; Matthias Bethge; David Fauser; Sebastian Knapp; Gert Krischak 202

Prospektive randomisierte Nicht-Unterlegenheitsstudie zur Rehabilitation nach Knie-TEP mit CPM vs. Physiotherapie in der stationären Anschlussheilbehandlung
Johannes Schröter; Julian Renz; Natascha Raisig; Per Otto Schüller; Yama Afghanyar; Charlotte Arand; Erol Gercek 204

Was beeinflusst die Funktionsfähigkeit im Alltag nach TEP? – Zwischenergebnisse aus dem ProSEeG Projekt
Madeleine Gernert; Lea Dejonghe; Marc Schöttler; Andrea Schaller 206

Prävention **209**

Die Pilotierung von RV Fit Psychische Gesundheit - Ergebnisse der Mixed-Methods-Studie
Jan Gehrmann; Johannes Stephan; Jan Dehner; Ananda Stullich; Matthias Richter 209

Rekrutierungspotenzial und -strategien der psychosozialen Präventionsleistung RV Fit Psychische Gesundheit
Frank Gabel; Johannes Stephan; Jan Gehrmann; Kerstin Mattukat 211

RV Fit Kompakt: Ist die digitale Trainingsphase eine Alternative in der Prävention?
Lisa Hertrich; Johannes Schmidt; Rosa Hübner; Nicole Lorenz; Dieter Beh; Constanze Schaal; Lena Tepohl 213

RV Fit Psychische Gesundheit – Erste Einblicke in die quantitativen Daten zur Wirksamkeit
Johannes Stephan; Jan Gehrmann; Ananda Stullich; Matthias Richter 215

Wer macht eine Prävention? Die häufigsten Präventandentypen aus Sicht von Präventionsexperten
Sarah Birk; Robert Simon; Bernhard Luther; Desiree Brand; Rainer Kaluscha 217

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement **220**

Das Peer Review der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse des Verfahrens für die Orthopädie
Corinna Traoré; Stefanie Märtin; Astrid Steinbrecher; Niels Baumann 220

Einfluss von Behandlungs- und Hotelleriemerkmalen auf Zufriedenheit und Behandlungserfolg in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation
Jürgen Schmidt; Rüdiger Nübling; Udo Kaiser; Gregor Kosmützky; J. Eckard Sträßner 222

Patient*innenbezogene Einflussfaktoren auf den kurzfristigen Rehabilitationserfolg im Kontext der Qualitätssicherung
Urs Fichtner; Vanessa Kaiser; Caroline Schmuker; Christian Günster; Erik Farin-Glattacker 225

Patientenperspektive im Fokus: Eine Schweizer Pilotstudie zur Ergebnisqualität in der stationären Rehabilitation mit PROMIS GH-10
Marie Utsch; Manuela Marquardt; Frederike Basedow; Anika Zembic; Gaia Garuffi; Stephan Tobler 227

Prädiktoren für Non-Reponse bei PROMs in der kardiologischen, psychosomatischen und pulmonalen Rehabilitation in der Schweiz.
Frederike Basedow; Anika Zembic; Manuela Marquardt; Marie Utsch; Gaia Garuffi; Stephan Tobler 230

Rechtswissenschaften **233**

App oder Hund – auch mit tierischer Assistenz gesund – Diskriminierungsrisiken für psychisch beeinträchtigte Menschen
Katja Nebe 233

Die Pflichten der Rentenversicherungsträger bei der Entscheidung über LTA und die Folgen pflichtwidrigen Verhaltens im Kostenerstattungsverfahren
René Dittmann 235

Digitalisierung der SBV-Arbeit – empirische und rechtliche Aspekte
Thomas Ketzmerick; Wolfhard Kohte 237

„Mensch trifft Maschine“ – Anforderungen an die Hilfsmittelversorgung mit in der Anwendung anspruchsvollen Hilfsmitteln
Claudia Beetz 239

Rehaerfolg durch Hilfsmittel und die Relevanz des Arbeitsschutzrechts
Leonard Seidel 241

Reha-Bedarf im betrieblichen Setting **243**

Betriebliches Eingliederungsmanagement bei älteren Beschäftigten in Deutschland – Ergebnisse der lidA-(Kohorten-)Studie
Merle Riechmann-Wolf; Uta Wegewitz; Wiebke Wrage; Alexandra Sikora; Hans Martin Hasselhorn 243

From assessment to action: Wirksamkeit eines ganzheitlichen Teilhabeassessments zur Verbesserung von Arbeitsfähigkeit (rehapro-Modellvorhaben GIBI)
David Fauser; Matthias Bethge; Jessica Roder; Vera Kleineke; Saskia Dötsch 245

Ganzheitliche diagnostische Klärung des Handlungsbedarfs bei gefährdeter beruflicher Teilhabe aus Sicht der Teilnehmenden: eine Interviewstudie
Jessica Roder; Nele Boos; David Fauser; Matthias Bethge; Saskia Dötsch; Vera Kleineke; 247

Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation durch ältere Beschäftigte nach beruflichem Qualifikationsniveau – Ergebnisse der 4. Welle der lidA-Studie
Jean-Baptist du Prel; Patrick Brzoska; Diana Wahidie; Jürgen Breckenkamp 250

Schnittstelle medizinische Rehabilitation und Betrieb – die betriebliche Gesundheitskultur zeigt Einfluss, die betriebsärztliche Rolle dagegen nicht
Hans Martin Hasselhorn; Jean-Baptist du Prel 252

Reha-Bedarf und proaktiver Reha-Zugang **255**

Exploration von Problem- und Bedarfslagen von Versicherten mit hohem Erwerbsminderungsrisiko
Betje Schwarz 255

Früherkennung von Rehabilitationsbedarf auf Basis von Krankenkassendaten mit Hilfe eines Entscheidungsbaums
Rainer Kaluscha; Lena Tepohl; Harald Berger; Erwin Felber; Johannes Schmidt 257

Nicht-Inanspruchnahme von Beratungsangeboten der DRV trotz proaktiver Ansprache und Filterung mittels Risikoindex Erwerbsminderungsrente – Eine Querschnittuntersuchung
Denise Walther; Matthias Morfeld; Axel Kobelt-Pönicke 260

Psychosoziale Gesundheit von zur Reha-Antragsstellung Aufgeforderten: Vergleiche bezüglich Rentenbegehren und anderer Patient*innengruppen
Carolin Baur; Natalie Schüz; Bettina Begerow; Anna Levke Brütt 262

Wirksamkeit einer multimodalen Teilhabestrategie zur Verbesserung der Rehabilitationsinanspruchnahme bei erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko: Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie
Johanna Prehn; Lea Remus; Marei Grope; Matthias Bethge; Vera Kleineke 264

Rehabiliation bei psychischen Erkrankungen **267**

Berufstätigkeit nach ambulanter psychiatrischer Rehabilitation – Einflussfaktoren und prädiktiver Wert der Selbsteinschätzung
Miriam Traugott; Daniela Fischer-Hansal; Birgit Senft 267

Entwicklung und Erprobung einer hybriden Rehabilitation in der Psychosomatik: Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie
Jana Langbrandtner; Ruth Deck 269

Gesundheitskompetenz bei multimorbiden Rehabilitand:innen in der dualen Rehabilitation
Natascha Scheller; Peter Eisermann; Klaus Herrmann; Sabine Jendrosch; Volker Köllner; Jördis Kroll; Christoph Reichel; Gerhard Sütfels; Robert Wessbecher; Karin Meng 271

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in der Psychosomatik – Intention-to-treat-Analyse einer randomisierten kontrollierten Multicenterstudie 12 Monate nach Rehabilitationsende
Hannes Banaschak; David Fauser; Miriam Markus; Matthias Bethge; Markus Bassler; Andrea Budde; Michaela Fleck; Bernhard Koch; Volker Köllner; Frank Rosbiegal 274

Zum Zusammenhang von psychischer Belastung und Rumination im AHB-Verlauf aus einer netzwerkanalytischen Perspektive
Stefan Lueger; Tanja Lueger; Peter Deeg 276

Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom **280**

Depression, aber nicht Fatigue bessert sich im Rahmen einer multimodalen Rehabilitation
Alexa Kupferschmitt; Thilo Hinterberger; Thomas H. Loew; Christoph Herrmann; Michael Jöbges; Stefan Kelm; Gerhard Sütfels; Volker Köllner 280

Die Rolle der Krankheitsdarstellung und Mediennutzung bei Post-/Long-COVID Patient:innen: Erkenntnisse für die Rehabilitationspraxis
Robin Rinn; Lingling Gao; Sonia Lippke; Christina Derksen; Maria Agthe; Alina Dahmen; Petra Becker; Frederike Masemann 282

Medizinische Rehabilitationen bei Post-COVID-Syndrom
Tanja Trefzer; Katja Tornow-Walther 284

Post-Covid-19 Syndrom und subjektive Arbeitsfähigkeit 2 Jahre nach Akutinfektion mit SARS-Cov-2 – Ergebnisse der Long Covid Studie (EPILOC)
Stefanie Braig; Raphael S. Peter; Dietrich Rothenbacher; Alexandra Nieters; Gerhard Kindle; Uta Merle; Hans-Georg Kräusslich; Stefan O. Brockmann; Siri Göpel; Winfried V. Kern 286

Post-COVID-Rehabilitationskonzept des Rehazentrums Oldenburg – Fragebogenergebnisse zum Gesundheitszustand der Post-COVID-Rehabilitand:innen und zur Zufriedenheit mit der Post-COVID-Rehabilitation
Sanny Witt; Anna Völkel; Anna Levke Brütt; Magnus Friepörtner; Claas Unverferth; Jörg Heimsoth; Aike Hessel; Natalie Schüz 288

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen **291**

Die Relevanz von Kontextfaktoren in der Vorhersage des rehabilitationsbezogenen Behandlungskonzepts von Jugendlichen
Gloria Metzner; Manuela Glattacker 291

Evaluation des Projekts „Starke Geschwister!“ - Unterstützungsangebote für gesunde Geschwister chronisch kranker Kinder und Jugendlicher
Melanie Jagla-Franke; Leonard Konstantin Kulisch; Charlotte Sievert; Marlen Förderer; Kerstin Kowalewski; Gabriele Helga Franke; Christa Engelhardt-Lohrke 293

Evaluation eines ambulanten Rehabilitationsprogramms für Kinder und Jugendliche mit Adipositas: Interviews mit therapeutischem Fachpersonal
Judith Stumm; Lucie Schröder; Laura Klüpfel; Sandra Fahrenkrog 295

Reintegration krebskranker Kinder und Jugendlicher in Schule, Kindergarten und Ausbildung/Arbeit nach einer familienorientierten Rehabilitation
Laura Inhestern; Corinna Bergelt; Konstantin A. Krauth 297

„Wie die Steuererklärung“ – Interviewstudie zu Barrieren bei der Beantragung einer Rehabilitation für Kinder und Jugendliche
Franziska Carow; Hannes Banaschak; Vera Kleineke; Matthias Bethge 299

Reha-Team, Reha-Praxis und Reha-Wissen **299**

Erfahrungen mit dem Wissenstransfer von Ergo- und Physiotherapeut:innen: eine qualitative Interviewstudie
Nicole Wimmesberger; Christoph Armbruster; Sebastian Voigt-Radloff; Erik Farin-Glattacker 302

Fachkräfte der Sozialen Arbeit und ihre Rollen in der beruflichen Rehabilitation
Nadja Freymüller; Tobias Knoop; Harald Zellner; Cynthia Richter; Thorsten Meyer-Feil 303

Fortbildungs- und Unterstützungsbedarf bei klinisch tätigen Mitarbeitenden in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Mixed-Methods Studie
Machteld Luizink-Dogan; Annett Salzwedel; Ulrike Haß; Thorsten Meyer-Feil; Julia-Marie Zimmer; Heinz Völler 306

Rassismusbezogene Diskriminierung von Mitarbeitenden in deutschen Rehabilitationseinrichtungen: Eine Befragung von Führungskräften; Qualitätsbeauftragten und Beschwerdemanager*innen
Tuğba Aksakal; Fabian Erdsiek; Kübra Annaç; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska 309

Vorbereitung auf die Zusammenarbeit im Reha-Team:
Konzeption einer interprofessionellen Lehrveranstaltung für bis zu zehn Berufsgruppen
Julia-Marie Zimmer; Thorsten Meyer-Feil; Kathleen Rechlin; Laura Schmiljun *311*

Sozialmedizin, Begutachtung, Assessmentinstrumente **314**

Einsatz von intelligenten Algorithmen bei der Analyse von Gutachtenbewertungen
Jörg Gehrke; Christian Wuchter-Czerwony; Silke Brüggemann *314*

Recht auf Anwesenheit einer Vertrauensperson bei der Begutachtung
Felix Welti *316*

RehaCAT – Computer-adaptive Psychodiagnostik in somatischer Rehabilitation
Johannes Knauer; Alexandra Aurelia Portenhauser; Yannik Terhorst;
Sandro Eiler; Harald Baumeister *317*

Validierung des Oxford Capability Questionnaire (OxCAP-MH)
im Bereich der stationären psychiatrischen Rehabilitation
Markus Spletzer; Agata Łaszewska; Raphael Kessler; Georg Spiel; Judit Simon *319*

Warum bewerten Ärztinnen und Ärzte gutachterlich attestierte
sozialmedizinische Leistungsbeurteilungen unterschiedlich?
Christian Wuchter-Czerwony; Jörg Gehrke *321*

Stay at Work **324**

Anforderungen und psychische Belastungen von Beschäftigten der Sozialdienste
der Rehabilitationskliniken in Deutschland: Ergebnisse einer Querschnittsbefragung 2024
Alfons Hollederer; Ines Dieckmännken *324*

Berufliche Resilienz von Beschäftigten als Schutzfaktor gegen Stresserleben und Burnout
Viktoria Arling; Veneta Slavchova; Jens Knispel *326*

Führungskräfte mit Behinderung als Role Models für mehr berufliche Inklusion
Rebecca Groß; Marie Heide; Karoline Rhein; Jana Felicitas Bauer; Mathilde Niehaus *329*

Gesundheitskompetenz und -verhalten von Studierenden
Gabriele Helga Franke; Melanie Jagla-Franke *330*

Wie lange dauert es, bis Männer mit Depressionen ins Gesundheitssystem finden –
und woran liegt es?
Ann-Kathrin Grotenburg; Veneta Slavchova; Jens Knispel; Viktoria Arling *332*

Teilhabestrategien in den Rechtskreisen des SGB II und SGB VI **335**

Arbeitgeber-Consulting zur beruflichen Wiedereingliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen.
Konzept und Anwendungserfahrungen im Modellprojekt LAUT
Bartholomäus Zielinski; Thomas Roßnagel; Stefan Zapfel *335*

Berufliche Reintegration von Arbeitslosen/Arbeitssuchenden
mit gesundheitsbezogenen Vermittlungshemmnissen: Ergebnisse aus dem rehapro-Projekt Wabe-Net.
Lukas M. Horstmeier; Cosima Nuszbaum; Franziska Praznovszky; Erik Farin-Glattacker;
Vanessa Bernhard; Luisa Mertiny; Karoline Hölscher; Rebekka Schlemmermeyer-Schoenfeld; *337*

„Dass man da auch eine Hilfe bekommt und nicht nur eine Nummer ist“ -
Qualitative Erkenntnisse zur Beratung bei gefährdeter Erwerbsfähigkeit
im Haus für Gesundheit und Arbeit
Lea Remus; Stella Lemke; Matthias Bethge *339*

Kooperationsverbesserungen und bedarfsgerechte Maßnahmeangebote ermöglichen auch
vulnerablen Zielgruppen eine berufliche Wiedereingliederung.
Eingliederungserfolge im Modellprojekt ELAN
Thomas Roßnagel; Stefan Zapfel; Bartholomäus Zielinski *341*

ReFit Stuttgart – Durch eine intensivere Betreuung finden Bürgergeld-Empfänger den Weg in die
Rehabilitation
Lisa Hertrich; Lena Tepohl *343*

Weiterentwicklung der Reha-Therapiestandards **346**

Analyse zur Erfüllung des Reha-Therapiestandards Brustkrebs auf Basis von DRV-Qualitätsberichten der Jahre 2017-2019
André Golla; Erik Farin-Glattacker; Kathrin Murauer; Emre Özbulut; Heiner Vogel; Nicole Wimmesberger; Thorsten Meyer-Feil *346*

Die Weiterentwicklung der RTS Depressive Störungen zu RTS Psychosomatik
Kathrin Murauer; Erik Farin-Glattacker; André Golla; Thorsten Meyer-Feil; Emre Özbulut; Nicole Wimmesberger; Claudia Matthies; Heiner Vogel *348*

Literatursynthese zur Überarbeitung der Reha-Therapiestandards - Methodisches Vorgehen und Ergebnisse am Beispiel des RTS Diabetes Mellitus Typ II
André Golla; Erik Farin-Glattacker; Kathrin Murauer; Emre Özbulut; Heiner Vogel; Nicole Wimmesberger; Thorsten Meyer-Feil *351*

Praxisperspektiven zum Indikationsübergreifenden Reha-Therapiestandard: Ergebnisse einer Online-Befragung
Nicole Wimmesberger; Emre Özbulut; André Golla; Thorsten Meyer-Feil; Claudia Matthies; Kathrin Murauer; Malgorzata Schlöffel; Heiner Vogel; Erik Farin-Glattacker *353*

Ziel der Aktualisierung der Reha-Therapiestandards
Claudia Matthies; Angela Kranzmann; Daniela Sewöster *355*

Innovationswerkstatt **357**

Einfluss der Digitalisierung auf Persönlichkeitsentwicklung und Lernmuster: Implikationen für Sozial- und Bildungsarbeit im Modellprojekt LEILArehaktiv.
Andreas Herteux *357*

Entwicklung eines Milieumodells zur Arbeitsmarktintegration von SGB-II-Empfängernmit langfristigen Einschränkungen
Andreas Herteux *359*

Entwicklung eines personenzentrierten Bedarfserhebungs- und Teilhabeplanprozesses. Beispiel des Landschaftsverbandes Rheinland
Thomas Haberl *361*

Entwicklung und Einführung einer Katamnese_light in der stationären Alkoholentwöhnung
Robert Schöneck *362*

Fortschritte in Diagnostik und Versorgung durch das SMART-Muscle-Konzept für post-stroke Spastizität
Martina Steinboeck; Carina Schwarzer *364*

Gesundheit und Prävention im Jobcenter – warum und wie? Bestimmung des Erwerbsminderungsrisikos unter Zuhilfenahme digitaler Technologien und Erweiterung der Beratungsprozesse
Annette Grimmel-Bruhns; Regina Weißmann *366*

Integration einer VR-gestützten Expositionstherapie bei Angststörungen und Suchterkrankungen in der stationären Rehabilitation: Konzeption und erste Erfahrungen
Lisa Happe; Caroline Ranft; Christian Baumbach; Philipp Schulte-Noelle; Marc Baenkler *368*

Junge onkologische Rehabilitation – Erfahrungen, Herausforderungen und erste Effekte
Georgia Schilling; Maria Scheer; Pascal Melcher; Thomas Widmann; Christiane Capek *370*

KI-gestütztes Assistenzsystem zur Unterstützung von Patient:innen bei der PROMs-Erhebung: Barrieren überwinden, Datenqualität verbessern
Manuela Marquardt; Philipp Graf *372*

Konzept zur Patientenkommunikation in der Rehabilitation – Spezifische Bedarfe und Potentiale
Sonia Lippke; Christina Derksen; Anna Levke Brütt; Lena Ansmann; Johanna Sophie Lubasch; Robin Rinn *375*

Präventionsmaßnahme für Arbeitslose stößt auf breite Zustimmung - Zufriedenheit aller Akteure spricht für PrävAlo
Ellen Gaus; Lena Tepohl *377*

rehapro-Modellprojekt STAR
Maren Löffler; Carsten Kocialkowski *379*

Telerehabilitationsmedizinische Beratung von Post-COVID-Patient*innen zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung im Rahmen des ViCoReK-Projekts – Inanspruchnahme; Zufriedenheit und Mehrwert
Christoph Egen; Nils Schneider; Christoph Korallus; Kristine Engeleit; Anja Hesse; Andrea Bökel; Lia Heyl 381

Von der Theorie zur Praxis: Ein Faktencheck der Ansätze von SEMRES zur Unterstützung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung.
Lea Jürgens; Frank Bela Schädlich; Knut Tielking 384

Nachwuchsforum **387**

Einfluss psychischer Komorbidität auf die berufliche Teilhabe von Patientinnen mit Brustkrebs nach medizinischer Rehabilitation
Sofia Petrak; David Fauser; Matthias Bethge 387

Einfluss von Bewegungsselbstwirksamkeit auf die körperliche Aktivität bei Patient*innen in kardiologischer Rehabilitation mit leichter bis moderater psychischer Erkrankung, Stress oder Erschöpfung
Viktoria Liv Pollok; Friederike Thome-Soós; Dieter Benninghoven; Matthias Bethge 389

Kommunikationstraining mit VR-Exposition in der beruflichen Rehabilitation
Eva Brauckmann 391

Regionale Heterogenität von medizinischer Rehabilitation in Deutschland im Vergleich
Judith Nasdal; Nadja Freymüller; Thorsten Meyer-Feil 393

Poster: Assessmentinstrumente **396**

Ernährungsbedingte Risiken bei Menschen mit psychischen Erkrankungen: Eine qualitative Studie zur Anwendbarkeit des NutriMental Screeners in der psychosomatischen Rehabilitation
Ramona Hiltensperger; Jennifer Neher; Lea Böhm; Annabel Müller-Stierlin 396

Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in Österreich: Wissensstand der Arbeitsmediziner*innen – Ergebnisse einer online Befragung 2024
Susanna Philipp-Hauser; Martin Schindl 398

Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL): Validierung eines Regressionsmodells für die Prognose des positiven Status Return-to-Work
Martin Schindl; Susanna Philipp-Hauser; Harald Zipko 401

Psychometrische Untersuchung der deutschen Fassung des Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB)-Instruments
Sandra Meyer-Moock; You-Shan Feng; Maresa Buchholz; Susanne Weinbrenner; Jörg Gehrke; Lewis Kazis; Thomas Kohlmann 403

Vergleich der patientenberichteten und performanzbasierten körperlichen Funktionsfähigkeit bei Dialysepatient*innen anhand der PROMIS Physical Function Metrik
Gregor Liegl; Felix Fischer; Matthias Rose 405

Poster: Bewegungsförderung, Bewegungstherapie, Physiotherapie **408**

Anwendung von Virtual Reality (VR) , in der digitalen Therapie - Vielfältige Einsatzmöglichkeiten in der Rehabilitation 408
Ulrike Ziermann; Simone Steiner; Bettina Thauerer; Monika Mustak-Blagusz; Bibiane Steinecker-Frohnwieser 408

Entwicklung und Pilotierung einer app-basierten Selbsttestung der körperlichen Funktionsfähigkeit
Mia Grote; Nina Schnaderbeck; Felix Fischer; Gregor Liegl 410

Implementierung einer Nachsorge-App zur Bewegungsförderung bei Brustkrebs – Qualitative Befunde zur Akzeptanz und Machbarkeit
Mercedes Rutsch; Ruth Deck 412

Konzepte zur Bewegungsförderung im Rahmen der Bewegungstherapie: ein Scoping Review
Leon Matting; Wolfgang Geidl; Andrés Jung; Florian Langhirt; Gorden Sudeck; Klaus Pfeifer 414

Mensch trifft Maschine: Akzeptanzuntersuchung mobiler Servicerobotik in der Physiotherapie
Christian Sternitzke; Antonio Jerez; Paula Algarín Sánchez; Juan Pedro Bandera; Cristina Suárez Mejías 417

Poster: Digitalisierung und Teilhabe **419**

Digitale Aphasietherapie. Das Potential von Large Language Models in der Automatisierung logopädischer Diagnostikinstrumente
Theresa Bloder; Mario Zusag; Laurin Wagner; Bernhard Thallinger; Oliver Dumhart; Philipp Schöllauf *419*

Entwicklung und Validierung der eHealth-Literacy-and-Use-Scale (eHLUS) zur Bewertung der digitalen Gesundheitskompetenz im Kontext medizinischer Apps
Johannes Stephan; Jan Gehrmann; Ananda Stullich; Jana Dehner; Matthias Richter *421*

Erzielt „CeP Online“ (App) im Programm RV Fit erste positive Effekte auf das psychische Wohlbefinden?
Madeline Richter; Clara Schwarze; Stefan Winter; Heiner Vogel *423*

Herausforderungen und Potenziale von Online-Diversity-Trainings im Gesundheitswesen: Ein Scoping Review
Christian Kempny; Tuğba Aksakal; Kübra Annaç; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska *425*

„Ich würde es sofort wieder machen.“ – Erprobung einer hybriden Rehabilitation in der Psychosomatik
Jana Langbrandtner; Irina Tabarentseva; Ruth Deck *426*

Machbarkeit, Akzeptanz und User Experience des web-basierten, computer-adaptiven Diagnostikinstruments RehaCAT(+) in der somatischen Rehabilitation
Alexandra Aurelia Portenhauser; Johannes Knauer; Yannik Terhorst; Sandro Eiler; Harald Baumeister *429*

Partizipative Ansätze zur Entwicklung patientenorientierter digitaler Gesundheitsmaßnahmen – Eine systematische Literaturrecherche
Sarah Jasiok; Anna-Lena Moeckl; Feline Zocher; Sahin Dündar; Laura Koller; Andreas Kögel *431*

Potenziale und Herausforderungen von Digitalisierung in Krisenzeiten in der medizinischen Rehabilitation – Eine bundesweite Befragung von Einrichtungsleitungen
Kübra Annaç; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska *433*

Telerehabilitation für Post-COVID-Betroffene: Potenziale, Evidenz und Ansätze für eine bedarfsgerechte digitale Versorgung
Janna Klüver; Henrike Kordy; Stefan Dalichau *434*

Universelle Benefits tablet-gestützter Interventionen bei kognitiven und sprachlichen Beeinträchtigungen in der Neurorehabilitation
Theresa Bloder; Mario Zusag; Laurin Wagner; Philipp Schöllauf *436*

User Experience (UX) einer Smartphone-App zur Unterstützung einer Gesundheitsverhaltensänderung nach der stationären berufsdermatologischen Rehabilitation
Nele Ristow; Annika Wilke; Marc Rocholl; Christoph Skudlik; Swen Malte John; Michaela Ludewig *438*

Vereinfachung des digitalen Reha-Antragsprozesses für Post-COVID-Betroffene: Verbesserung der Zugänglichkeit und Nutzerfreundlichkeit für postinfektiös Erkrankte (Pilotstudie)
Sarah Niedermeier; Heike Saftenberger; Dagmar Hindenburg; Annegret Helle-Beyersdorf; Madeleine Keßler; Heiner Vogel *440*

Was fördert die Nutzung digitaler Interventionen in der onkologischen Rehabilitation?
Heike Kähnert; Birgit Leibbrand *442*

Welche personenspezifischen Merkmale beeinflussen die Entscheidung für die Durchführung einer digitalen Reha-Nachsorge?
Sebastian Knapp; Jessica Huss; Frank Merten *444*

Welche Reha passt zu mir? Wichtigkeit und Verständlichkeit einer Website zu Behandlungskonzepten der medizinischen Rehabilitation.
Paula Rubertus; Roland Küffner; Heiner Vogel; Matthias Lukasczik *446*

Poster: Evidenzbasierung in der medizinischen Rehabilitation **448**

Bedarfsanalyse für die Entwicklung eines Nachhaltigkeitskonzepts, dem „Balanced Life Kit (BLK)“
Bettina Thauerer; David Felder; Andreas Salzer; Ulrike Ziermann; Monika Mustak-Blagusz; Bibiane Steinecker-Frohnwieser *448*

Gesundheitsökonomische Evaluation der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in der Psychosomatik
Hannes Banaschak; Miriam Markus; Matthias Bethge; David Fauser; Markus Bassler; Andrea Budde; Michaela Fleck; Bernhard Koch; Volker Köllner; Frank Rosbiegal 450

Lebensqualität und psychosoziale Belastung nach radikaler Zystektomie und Harnableitung - der Einfluss hochgradiger postoperativer Komplikationen
Guido Müller; Mayumi Götte; Marius Cristian Butea-Bocu; Florian Roghmann; Joachim Noldus; Henning Bahlburg 452

Psychokardiologische Rehabilitation – Ergebnisse einer sechsmonatigen Follow-up Studie
Martin Matzka; Johann Mikl; Reinhard Lenz; Cathrin Köller-Janauschek; Maria Neubauer; Monika Mustak-Blagusz 454

Veränderungen in subjektiven und objektiven Parametern während einer dreiwöchigen gastrointestinalen Rehabilitation bei CED
Christoph Mauel; Marina Kuzdas-Sallaberger; Doreen Stöhr; Benedikt Steininger; Monika Mustak-Blagusz 456

Poster: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben **458**

Berufliche Rehabilitation bei blinden- und sehbehinderten Menschen – Erwartungen und Erfahrungen der TeilnehmerInnen
Lara Schu; Heiner Vogel; Judith Faltl 458

Intensivierte Fallberatung in der medizinischen Rehabilitation: Formative Evaluation für ein optimiertes Übergangsmanagement
Clara Schwarze; Madeline Richter; Hans Wolf; Petra Seidel; Heiner Vogel 460

Nutzen von Fallmanagement – Evaluation des rehapro-Modellprojekts „FaKT“
Madelaine Saalmann; Christopher Grobys; Julia Hille; Heike Ohlbrecht 462

Umsetzung partizipativer Forschung im Projekt „Aufgaben und Nutzen Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation“
Julia Seefeld; Silke Tophoven; Ruth Enggruber 464

Von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation: Aufgaben und Chancen des Sozialen Dienstes im Übergangsprozess
Julia Hille; Madelaine Saalmann; Christopher Grobys; Heike Ohlbrecht 466

Poster: Präventive Ansätze **468**

Bedarfsorientierung in der Prävention - Inanspruchnahme des neuen Präventionsangebotes BeBePrä – Erreichung der Zielgruppe
Andrea Dehn-Hindenberg; Iris Brandes; Tobias Michael; Yvonne Schulte; Horst-Uwe Dreyer; Marcel Schlüter; Felix Behling; Alina Mazanke 468

Chancen und Herausforderungen im Rahmen einer beruflichen Teilhabe mit Adipositas. Ergebnisse einer explorativen Umfrage im Rahmen des Projektes REHADAT.
Hannah M. Seichter; Philipp J. Trögeler 470

Evaluation der Effekte von RV Fit - Längsschnittuntersuchung an QS-Daten der DRV
Franziska Schäffer; Gert Krischak 472

Körperliche Einschränkungen als Prädilektionsfaktoren bei Rehabilitanden mit Adipositas und Diabetes in der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation
Jürgen Wagner; Thomas Helling; Jana Bohro 474

Trauerbewältigung und Teilhabe: Risikofaktoren und persönliche Ressourcen
Julia Brenner; Jens Knispel; Veneta Slavchova; Viktoria Arling 475

Poster: Qualitätssicherung **478**

Entwicklung und Bewertung eines generischen Reha-Outcome-Sets: Relevanz und Veränderungspotential der Domänen aus Expert*innensicht
Gregor Liegl; Claudia Zensen; Mia Grote; Claudia Hartmann; Alexander Obbarius; Felix Fischer; Matthias Rose 478

Implementierung von „PROMS“ Ergebnismessungen zur verbesserten Therapiesteuerung in der stationären Rehabilitation
Tobias Ohmann; Heithem Ben Abdallah; Christian Schmitz 480

Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL): Ausdrucksstärke und Vereinfachungspotential?
Rainer Kaluscha; Markus Thiede; Lisa Hertrich; Nadine Schmidt; Anke Mitschele 481

Lehrküchen in der Reha – eine Bestandsaufnahme (im Rahmen von LeKER)
Sigrid Hahn; Anne Schumacher; Andrea Reusch; Christian Toellner; Felicitas Härlin 484

Physiotherapeutische Stellenschlüssel im stationären Bereich deutscher Universitätskliniken. Ein Benchmark auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser
Christoph Egen; Andrea Bökel 486

Poster: Reha-Bedarf, Reha-Zugang, Reha-Vorbereitung **488**

Bedarfsgerechte Rehabilitationsvorbereitung für langzeiterkrankte Versicherte: Erste Nutzungsdaten einer hybriden Intervention
Bettina Begerow; Linda Richter; Paula zu Klampen; Natalie Schüz 488

Erprobung eines Algorithmus zur Analyse von Krankenversicherungsdaten: Erkenntnisgewinne aus der formativen Evaluation des Rehapro-Projekts ZAR
Wolfgang Schömig; Madeline Richter; Karoline Mertens; Heiner Vogel 490

Prävalenz und Risikofaktoren eines Parental Burnouts in Deutschland
Dorothee Noeres; Deborah Hauser; Monique Förster; Claudia Kirsch; Julia Habermann 492

Reha-Zugang mit dem Rehakompass: Welches Setting steuert welche Rehabilitand*innen in die Reha?
Natalie Schüz; Annette Baimler-Dietz; David Ittekkot; Maike Kothe; Laura Tolle; Janina Wintjen; Aike Hessel 494

Vom Erstkontakt zur Reha - Zwischenergebnisse der zweiten Erhebungsphase einer Prozessevaluation im Psychosomatischen Rehakompass (SEMPRE)
Elena Brushinski; Ronja Denkena; Anna Levke Brütt 496

Poster: Rehabilitation bei Post-COVID **498**

Behandlungserfahrungen von Post-COVID-betroffenen Gesundheitsfachkräften in der medizinischen Rehabilitation
Laura Luedtke; Julia Haller-Wolf; Uwe Koch-Gromus; Levente Kriston; Martin Härter; Albert Nienhaus 498

Die Bedeutung von Avoidance/Endurance beim Post-COVID Syndrom – Sind dysfunktionale Muster veränderbar?
Alexa Kupferschmitt; Monika Hasenbring; Volker Köllner 500

Studienprotokoll SCOPE-CARE: Symptomverlauf, psychosoziale Aspekte und Behandlungserfahrungen in der Akut- und rehabilitativen Versorgung bei Post-COVID
Laura Luedtke; Levente Kriston; Martin Härter; Albert Nienhaus 502

Wie erleben Rehabilitand:innen und Mitarbeitende die Post-COVID-Rehabilitation – Ergebnisse qualitativer Interviews
Anna Völkel; Sanny Witt; Anna Levke Brütt; Magnus Friepörtner; Jörg Heimsoth; Claas Unverferth; Aike Hessel; Natalie Schüz 504

Zusammenhang zwischen Angst; Depressivität und dem Coping-Stil auf den 6-Minuten-Gehtest bei Post-COVID Patient:innen
Lola Burmehl; Schahryar Kananian; Monika I. Hasenbring; Judit Kleinschmidt; Alexa Kupferschmitt; Volker Köllner 506

Poster: Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen **508**

Eine elternschaftsbezogene Intervention in der stationären Abhängigkeitsentwöhnungsbehandlung als Erfolg? Die Machbarkeitsuntersuchung aus qualitativer Forschungsperspektive
Ananda Stullich; Johannes Stephan; Jan Gehrmann; Laura Hoffmann; Matthias Richter 508

Langzeitbefragung von Patienten und Begleitpersonen 1-2 Jahre nach einer Pädiatrischen Rehabilitation in der KJF Alpenklinik Santa Maria in Oberjoch
Markus Koch 510

Trendanalyse zum Einfluss einer mehrsprachigen multimodalen Informationskampagne auf die Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation durch Familien mit Migrationsgeschichte
Hannes Banaschak; Matthias Bethge 511

Zwischen Elternrolle und Gesundheit: Lebensbereiche von Eltern mit vs. ohne behinderten Kindern in Deutschland
Monique Förster; Dorothee Noeres; Deborah Hauser *513*

Poster: Reha-Praxis **516**

Die Medikamentenadhärenz von Patient*innen der orthopädisch/rheumatologischen Rehabilitation
Gabriele Helga Franke; Melanie Jagla-Franke *516*

Erwartungen an die Qualifikation von Mitarbeiter:innen bei Leistungserbringern der beruflichen Rehabilitation aus den Perspektiven der Beteiligten
Hans-Christoph Eichert *518*

Formative Evaluation eines Blended-Learning-Qualifizierungsmoduls für die sozialmedizinische Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten der DRV - (E-Learn-SoCuMed)
Lara Bungard; Wolfgang Schömig; Heiner Vogel; Annette Müller-Garnn *521*

Klima@Reha: Entwicklung und Erprobung edukativer Inhalte und Tools zur Förderung der klimabezogenen Gesundheitskompetenz von Rehabilitand:innen
Betje Schwarz; Annika Wilke *523*

„Wir bei Impuls schaffen eine gesunde Zukunft“ – Nachhaltigkeit von der Vision über Handlungsfelder zu Maßnahmen
Andrea Reusch; Matthias Graeber; Albrecht Behnke; Nico Drewniok; Lea Fröhlich; Maximilian Zänglein; Maria Alt; Anna Merz; Harald Bolsinger *525*

Poster: Reha-System **525**

Herausforderungen im Prozess der medizinischen Rehabilitation aus Sicht von Menschen mit vorbestehenden Behinderungen
Stefanie Neudecker; Jana Stucke; Anna Brinkmann; Oliver Razum *528*

Kontinuität und Zusammenarbeit zwischen (teil-)stationärer Psychotherapie und niedergelassenen Psychotherapeut*innen aus Sicht ambulant tätiger Psychotherapeut*innen
Jonas Michael Adolf; Heiner Vogel *530*

Multicomponent rehabilitation in older patients hospitalized for age-related diseases – a forgotten population in research?
Omar Baritello; Theo Taxis; Hanna Stein; Machteld Luizink-Dogan; Heinz Völler; Annett Salzwedel *532*

Sozialraumorientierte Rehabilitation für Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Beeinträchtigung
Judith Gartmann; Christoph Egen; Tatjana Levin; Thilo Busche; Christian Sturm; Andrea Bökel *534*

Versorgungslücken bei jüngeren Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen durch (indikationsübergreifende) mobile Rehabilitation schließen: Ergebnisse einer Online-Umfrage
Christoph Armbruster; Erik Farin-Glattacker *536*

Poster: Return to Work **539**

Halbzeit – Zwischenergebnisse aus der Evaluation des Projekts BEWEGUNG
Judit Anacker; Bianca Lange; Heike Ohlbrecht *539*

Modellprojekt ZaTaB: Frühwiedereingliederung für psychisch Erkrankte durch Arbeitszeitreduktion, psychologische Begleitung und Fallmanagement – wer nimmt teil?
Claudia Joas; Till Manderbach; Jutta Ahnert; Heiner Vogel *541*

Return-to-Work chronisch Erkrankter nach einer beruflichen oder medizinischen Reha während der COVID-19-Pandemie – eine qualitative Studie
Nadine Sänger; Betje Schwarz *543*

Return-to-Work chronisch Erkrankter nach einer beruflichen oder medizinischen Rehabilitationsmaßnahme während der COVID-19-Pandemie – ein Scoping Review
Nadine Sänger *545*

ZeitRaum – Ein Modellprojekt zur Unterstützung psychisch belasteter Arbeitnehmer durch Arbeitszeitreduktion und psychologische Begleitung: Teilergebnisse der qualitativen Evaluation
Till Manderbach; Claudia Joas; Heiner Vogel *547*

Nachwuchsposter **550**

Die Rolle von Augenärzt*innen in der rehabilitativen Versorgung von blinden und sehbehinderten Menschen – eine qualitative Interviewstudie
Karoline Mertens *550*

Förder- und Hemmfaktoren im Rehabilitationsprozess: Eine Qualitative Analyse der Erfahrungen und Erwartungen von Menschen mit Alkoholabhängigkeitserkrankung
Verena Kakuschke; Annika Fischer; Janusz Surzykiewicz; Joachim Thomas; Fanny Loth; Timo Schurr *551*

Netzwerke und Kooperationen in der beruflichen Rehabilitation
Rita Isbrecht *553*

Post-COVID-Rehabilitation: zwischen Hoffnung und Risiko –
Eine qualitative Untersuchung aus Sicht der Betroffenen 555
Janet Weippert; Heiner Vogel; Sarah Niedermeier *555*

Weiterentwicklung der Rehabilitand*innenbefragung zur Messung der Ergebnisqualität im Rahmen des Projekts Reha-Toolbox II.
Claudia Zensen; Mia Grote; Claudia Hartmann; Alexander Obbarius; Felix Fischer; Matthias Rose; Gregor Liegl *557*

Berufliche Maßnahmen in der Rehabilitation: Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit? Ergebnisse aus dem Projekt MBOR-ABC-Analyse

Susanne Dibbelt; Edith Wulfert; Bernhard Greitemann

Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney (IfR)

Hintergrund und Zielstellung

Die Effektivität von Maßnahmen zur beruflichen Orientierung (MBOR) in der medizinischen Rehabilitation îst belegt (Neuderth et al., 2016; Bethge et al., 2012; 2019). Mehrere Studien haben jedoch gezeigt, dass die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit den beruflichen Maßnahmen sehr unterschiedlich ausfällt (Dibbelt et al., 2016; Fröhlich et al., 2023). Die Akzeptanz der Maßnahmen ist aber eine wichtige Voraussetzung für deren Wirksamkeit. Ziel des Projektes „MBOR-ABC-Analyse“ ist es, Problem- und Personenmerkmale herauszuarbeiten, die mit der Zufriedenheit von Rehabilitanden im Zusammenhang stehen, um Maßnahmen zur beruflichen Orientierung noch besser an Bedarfe und Bedürfnisse von Rehabilitanden anpassen zu können.

Methoden

175 Rehabilitanden, die beruflich orientierte Maßnahmen im Rahmen eines orthopädischen Heilverfahrens erhielten (davon N = 156 mit MBOR B und N = 19 mit MBOR C), wurden mittels eines Fragebogens zu Ende der Reha zur ihrer beruflichen, gesundheitlichen und sozialen Situation und zu ihrer Zufriedenheit mit den beruflichen Maßnahmen befragt. Die Teilung der Stichprobe anhand des Medians des allgemeinen Zufriedenheitsscores ergab eine Gruppe mit N = 84 (41%) weniger bis nicht zufriedenen und eine Gruppe mit N = 91 (44%) eher bis sehr zufriedenen Rehabilitanden. Bei kontinuierlichen Variablen (z. B. Alter) wurden Oneway- Analysen (SPSS) zum Vergleich der beiden Gruppen hinsichtlich dieser Variablen durchgeführt. Bei kategorialen Variablen (z. B. Geschlecht) wurden Oneway-Analysen (SPSS) mit dem allgemeinen Zufriedenheitsscore als abhängige Variable über die Kategorien der Variablen berechnet. Untersucht wurden zahlreiche Faktoren der beruflichen und persönlichen Situation.

Ergebnisse

Personen, die eher zufrieden waren mit MBOR, schätzten die folgenden Aspekte signifikant besser ein als weniger zufriedene Personen:

- den Grad ihrer finanziellen Absicherung
- ihre allgemeine, körperliche und geistige Arbeitsfähigkeit
- ihren allgemeinen Gesundheitszustand
- in ihrem Beruf weiterhin arbeiten zu können

In der Tendenz (nicht signifikant) waren die folgenden Gruppen mit MBOR zufriedener:

- Frauen (als Männer)
- Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit (als Personen mit Anderer)
- Deutsche Muttersprachler als Andere
- Personen mit Realschulabschluss und Abitur als Andere (Hauptschulabschluss, kein Abschluss, Sonstiges)

Hinsichtlich Alter und Familienstand ergaben sich keine Unterschiede in der Zufriedenheit.

Zudem waren Rehabilitanden signifikant zufriedener, die angaben,

- über die Inhalte von MBOR informiert worden zu sein
- nach ihrem Einverständnis mit der MBOR-Maßnahme gefragt worden zu sein.

Diskussion und Fazit

Zufriedenheit mit MBOR geht einher mit personen- und maßnahmen-bezogenen Faktoren. Die personengebundenen Faktoren weisen auf den ungünstigen Einfluss eines schlechteren sozio-ökomischen und gesundheitlichen Status hin. Die Erwartungssteuerung durch Behandler und durch Infomationen könnte hier eine wesentliche Rolle spielen.

Dass weniger Zufriedene häufiger berichten, nicht über die Inhalte von MBOR informiert und nicht nach ihrem Einverständis gefragt worden zu sein, kann maßnahmenbezogene und personenbezogene Ursachen haben:

- Die Information wurde nicht oder in unpassender Form gegeben
- Die Information wurde gegeben, aber die Person hat sie nicht verstanden, vergessen oder nicht wahrgenommen

Da die Verantwortung bei der Einrichtung liegt, muss diese soweit wie möglich sicherstellen, dass die Infomationen in angemessener Form und auch wiederholt gegebn wird und bei dem Patienten ankommt. Ähnliches gilt für die Beteiligung an der Teilnahmenentscheidung.

Take-Home-Message

Aus den Ergebnissen können die folgenden Empfehlungen für die Durchführung berufsbezogener Maßnahmen abgeleitet werden:

- Die Information und Entscheidungteilhabe der Rehabilitanden muss sichergestellt werden
- Der MBOR-Bedarf und Erwartungen an MBOR sollten genau im Vorfeld geprüft werden.

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. Occup Environ Med 2019;76:913-9.

Dibbelt, S., Greitemann, B., Wulfert, E. (2016): Formative Prozessevaluation und Aufwandsanalyse zur Durchführung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation in Kooperation dreier Reha-Kliniken. Projekt Pro MBOR, Abschlussbericht an die DRV Westfalen.

Fröhlich, S., Greitemann, B., Niemeyer, R. (2023): Evaluation der MBOR-C Maßnahme an einer orthopädischen Reha-Klinik der Deutschen Rentenversicherung. Multiperspektivische Bewertung des Prozesses, Prüfung auf Optimierungspotential und Beobachtung der Entwicklung der Rehabilitanden über ein Jahr an der Klinik Münsterland. Projekt EVAMBOR-C1, Abschlussbericht an die DRV Westfalen.

Neuderth, S., Schwarz, B., Gerlich, C., Schuler, M., Markus, M., Bethge, M. (2016): Work- related medical rehabilitation in patients with musculoskeletal disorders: the protocol of a propensity score matched effectiveness study (EVA-WMR, DRKS00009780). BMC Public Health 2016;16:804; doi: 10.1186/s12889-016-3437-7

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation für junge Erwachsene mit juveniler idiopathischer Arthritis

Andrea M. Handschuh[1]; Eithne Sonnek[1]; Verena Ennser[1]; Bernd Langer[1]; Christa Oliveira-Sittenthaler[1], Lena Sohlmann[1]; Doreen Stöhr[2]; Monika Mustak-Blagusz[2]

[1] Reha-Zentrum Laab im Walde der Pensionsversicherung (PV),
[2] Pensionsversicherung (PV)

Hintergrund und Zielstellung

Junge Erwachsene mit juveniler idiopathischer Arthritis (JIA) stehen vor spezifischen Herausforderungen, insbesondere beim Übergang ins Berufsleben (Berkovic et al., 2020, 2021; van Gulik et al., 2020). Diese Studie zielt darauf ab, die Schwierigkeiten und Ressourcen dieser Gruppe im Arbeitskontext zu identifizieren, um daraus Maßnahmen für die medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation abzuleiten.

Die zentrale Forschungsfrage lautet: Welche Herausforderungen und Ressourcen im Arbeitsleben beschreiben Expert*innen in Bezug auf die Handlungsfähigkeit junger Erwachsener mit der Diagnose JIA?

Methoden

Im Rahmen einer qualitativen explorativen Untersuchung wurden 14 problemzentrierte Interviews mit Betroffenen und Fachpersonen durchgeführt. Die Datenanalyse erfolgte in Anlehnung an Elo und Kyngäs (2008). Das Person-Environment-Occupation-Model (Law et al., 1996) diente als theoretischer Rahmen für die inhaltsanalytische Auswertung der Interviews und wurde durch die identifizierten Ressourcen und Herausforderungen ergänzt. Die Objektivität und Validität der Analyse wurden durch ein interdisziplinäres Forschungsteam sichergestellt.

Ergebnisse

Die Interviews verdeutlichen den Einfluss von Selbstwirksamkeit und beruflicher Identität auf die Handlungsfähigkeit junger Erwachsener mit JIA. Zu den identifizierten Ressourcen zählen ein positives Selbstkonzept, Selbstmanagement, flexible Arbeitsbedingungen, interprofessionelle Zusammenarbeit, psychologische Unterstützung und eine ausgeglichene

Occupational-Balance. Herausforderungen umfassen körperliche Einschränkungen, mangelnde Flexibilität, unzureichende Spezialisierung im Gesundheitssystem sowie ein geringes gesellschaftliches Bewusstsein für Rheuma.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer breiten Sensibilisierung für JIA, insbesondere bei Arbeitgebern. Zudem wird die Notwendigkeit flexibler Arbeitsbedingungen und spezialisierter medizinischer Versorgung im Rahmen der Rehabilitation hervorgehoben. Essenziell sind zudem eine interdisziplinäre Betreuung sowie psychologische Unterstützung während des rehabilitativen Behandlungsprozesses. Zielgerichtete Maßnahmen zur Stärkung des Selbstkonzepts und des Selbstmanagements der Betroffenen sind entscheidend, um ihre berufliche Handlungsfähigkeit zu fördern.

Take-Home-Message

Zukünftige medizinisch-berufsorientierte Interventionen sollten auf die spezifischen Bedürfnisse junger Erwachsener mit JIA ausgerichtet sein, um ihre Handlungsfähigkeit im Bereich Arbeit durch gezielte Förderung der Selbstwirksamkeit und flexible, interdisziplinäre Unterstützung nachhaltig zu verbessern.

Literatur

Berkovic, D., Ayton, D., Briggs, A.M., Ackerman, I.N. (2020): "I Would be More of a Liability than an Asset": Navigating the Workplace as a Younger Person with Arthritis. Journal of occupational rehabilitation 30 (1).

Berkovic, D., Briggs, A.M., Ayton, D., Parker, C., Ackerman, I. (2021): Arthritis-related work outcomes experienced by younger to middle-aged adults: a systematic review. In: Occupational and environmental medicine 78 (4). 225–236.

Elo, S., Kyngäs, H. (2008): The qualitative content analysis process. In: Journal of advanced nursing 62 (1). 107–115.

Law, M., Cooper, B.A., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., Letts, L. (1996): The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. Canadian Journal of Occupational Therapy, 63. 9-23.

van Gulik, E. Charlotte, Verkuil, Floris, Barendregt, Anouk M., Schonenberg-Meinema, Dieneke, Nassar-Sheikh Rashid, Amara, Kuijpers, Taco W. et al. (2020): Experiences, perspectives and expectations of adolescents with juvenile idiopathic arthritis regarding future work participation, a qualitative study. In: Pediatric rheumatology online journal 18 (1). 33.

Interessenkonflikt: Die Urheber*innen der Studie sind bei der Pensionsversicherung angestellt.

Praxisempfehlungen für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen – Ergebnisse eines Delphi-Prozesses

Stefan Schulder[1]; Hannes Banaschak[1]; Matthias Bethge[1], Jessica Roder[1]; Stefanie Freytag[2]; Markus Bassler[2]; Andrea Budde[3]; Volker Köllner[4]; Michaela Fleck[5]; Bernhard Koch[6]; Frank Rosbiegal[7]

[1] Universität zu Lübeck, [2] Hochschule Nordhausen, [3] Klinik am Hainberg, [4] Reha-Zentrum Seehof, Teltow, [5] MediClin Bliestal Kliniken, [6] Rehazentrum Oberharz, [7] Rehazentrum im Naturpark Aukrug

Hintergrund und Zielstellung

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) zielt auf die Unterstützung von Personen ab, bei denen die berufliche Wiedereingliederung gefährdet ist. Randomisierte kontrollierte Studien geben Hinweise darauf, dass arbeitsplatzbezogene Unterstützungsangebote im Rahmen einer klinischen Intervention einen positiven Effekt auf die Arbeitsfähigkeit bei Personen mit psychischen Erkrankungen haben (Nieuwenhuijsen et al., 2020). In einer jüngst abgeschlossenen randomisierten kontrollierten Studie stellten wir fest, dass die MBOR in Rehabilitationseinrichtungen sehr unterschiedlich ausgestaltet wurde und vor allem dann zusätzliche Effekte hatte, wenn die berufliche Orientierung den teilnehmenden Personen klarer kommuniziert wurde und bewusster war (Markus et al., 2021). Wir entwickelten daher Praxisempfehlungen, die eine strukturierte Weiterentwicklung der MBOR in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen ermöglichen sollen.

Methoden

Im Austausch mit verschiedenen Expertinnen und Experten entwickelten wir vorbereitend 119 Empfehlungen. Diese wurde in einem zweistufigen Delphi-Prozess durch Fachkräfte aus verschiedenen Berufsgruppen der psychosomatischen Rehabilitation, wissenschaftlich oder bei Rentenversicherungsträgern tätige Personen sowie Personen, die eine psychosomatische MBOR erhalten hatten, bewertet. In zwei Online-Abstimmungen teilten die Teilnehmenden ihre Zustimmung oder Ablehnung zu den einzelnen Empfehlungen mit. Die Bewertung der Konsensstärke folgte dem Regelwerk der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Wir unterschieden zwischen starkem Konsens bei Zustimmung von mehr als 95 % der Teilnehmenden, Konsens bei Zustimmung von mehr als 75 bis 95 % der Teilnehmenden, mehrheitlicher Zustimmung bei Zustimmung von mehr als 50 bis 75 % der Teilnehmenden. Bei einer Zustimmung von höchstens 50 % stellten wir keine mehrheitliche Zustimmung fest. In der ersten Delphi-Runde waren freitextliche Kommentare möglich. Diese Anmerkungen wurden zur Konkretisierung der Empfehlungen genutzt. Mehrheitlich abgelehnte Praxisempfehlungen wurden nach beiden Runden gestrichen. Die Ergebnisse der ersten Runde wurden mit den Beteiligten vor der zweiten Runde diskutiert. Auch in dieser Diskussion konnten Streichungen und Überarbeitungen angeregt werden. Nach Abschluss der zweiten Delphi-Runde formulierten wir die Empfehlungen entsprechend der Konsensstärke um. Wir nutzten „soll“ bzw. „sollte“, um starken Konsens bzw. Konsens kenntlich zu machen. Bei mehrheitlicher Zustimmung nutzen wir „kann“.

Ergebnisse

An den Abstimmungen nahmen 19 bzw. 17 Personen teil. In der ersten Delphi-Runde erhielten 48 der 119 vorgelegten Empfehlungen mit starkem Konsens (40,3 %) und 52 mit Konsens (43,7 %) Zustimmung. Zehn der Empfehlungen erhielten mehrheitliche Zustimmung. Neun Empfehlungen wurde nicht mehrheitlich zugestimmt. Zudem gaben die Teilnehmenden 258 freitextliche Anmerkungen.

Zum Abschluss der ersten Runde wurden zwölf Praxisempfehlungen gestrichen sowie 34 Umformulierungen vorgenommen. Anschließend wurden in der zweiten Delphi-Runde noch 107 Praxisempfehlungen bewertet. Für 80 Empfehlungen wurde Zustimmung mit starkem Konsens (74,8 %) und für 24 Zustimmung mit Konsens (22,4 %) erreicht. Zwei Empfehlungen erhielten mehrheitliche Zustimmung. Eine Empfehlung wurde mehrheitlich abgelehnt.

Die 106 verbliebenen Empfehlungen formulierten wir den Empfehlungen der AWMF folgend um. Die Praxisempfehlungen sind unter https://www.mbor-psychosomatik.de/veroeffentlichungen/praxisempfehlungen/ frei verfügbar.

Diskussion und Fazit

Bisherige Arbeiten geben Hinweise auf positive Effekte der MBOR im Setting der psychosomatischen Rehabilitation, allerdings ist die Umsetzung der MBOR sehr heterogen. Konsentierte konkretisierende Hinweise zur Umsetzung berufsbezogener Maßnahmen in diesem Setting fehlten bislang.

Unser Vorgehen stellte sicher, dass die verschiedenen Personengruppen unabhängig votieren konnten. Der starke Konsens bei rund drei Viertel aller Praxisempfehlungen legt nahe, dass die abschließende Bewertung der verschiedenen beteiligten Gruppen ähnlich war. Die große Zahl der Empfehlungen, die mit starkem Konsens Zustimmung erhielten, verweist zudem darauf, dass die MBOR eine sehr komplexe Intervention ist. Der Austausch mit den Beteiligten legt ergänzend nahe, dass viele dieser Empfehlungen bereits umgesetzt werden. Rehabilitationseinrichtungen, die die Implementierung einer MBOR planen, sollten – angesichts der Komplexität der Intervention – die Implementierung strukturiert und mehrschrittig umsetzen.

Unsere Empfehlungen sind nicht als Vorschrift zu interpretieren, erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und schließen ergänzende Angebote und Maßnahmen nicht aus. Die Umsetzung einiger Empfehlungen kann durch zeitliche, finanzielle oder rechtliche Einschränkungen schwierig sein. Eine regelmäßige Prüfung und Anpassung der Praxisempfehlungen ist anzustreben.

Take-Home-Message

Die 106 konsentierten Praxisempfehlungen sind eine wichtige Ergänzung des Anforderungsprofils zur Durchführung der MBOR und können psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen zukünftig bei der Weiterentwicklung ihrer MBOR unterstützen.

Literatur

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. 225.

Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bültmann, U., Faber, B. (2020): Interventions to improve return to work in depressed people. Cochrane Database of Systematic Reviews, 10. Cd006237.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Retrospektive Analyse zum Rehabilitationserfolg des PV RehaJET®-Programms bei unterschiedlichen Berufsprofilen hinsichtlich Erwerbsfähigkeit und psychosozialer Belastung

Bibiane Steinecker-Frohnwieser[1]; Bettina Thauerer[1]; Ulrike Ziermann[2]; David Felder[3]; Monika Mustak-Blagusz[3]

[1] Ludwig Boltzmann Institut für Arthritis und Rehabilitation,
[2] Rehabilitationszentrum Gröbming der Pensionsversicherung (PV),
[3] Pensionsversicherung (PV)

Hintergrund und Zielstellung

Berufliche Teilhabe wird als sozialpolitisches Konzept verstanden, das Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fördert. Erkrankungsbedingte Einschränkungen können jedoch die berufliche Teilhabe erheblich beeinträchtigen. Die medizinisch-berufliche Rehabilitation stellt ein vielseitiges, interdisziplinäres Programm dar, das darauf ausgerichtet ist, Lücken zwischen beruflichen Fähigkeiten und Anforderungen zu schließen, um die Teilhabechancen von Menschen mit eingeschränkter Beschäftigungsperspektive zu fördern (Seidel, et al., 2015). Gemäß dieser Anforderung, hat die österreichische Pensionsversicherung (PV) das multidisziplinäre, medizinisch-berufsorientierte Rehabilitationsprogramm PV RehaJET® entwickelt. In arbeitssimulierenden Trainings, die an berufliche Tätigkeiten angepasst sind, werden gezielt Fähigkeiten und Arbeitsprozesse geschult. Um besser auf individuelle Problemstellungen eingehen zu können, erfolgt im Vorfeld eine detaillierte Analyse der Anforderungen und Fähigkeiten. Zusammen mit dem Patient*innen werden dabei mögliche Probleme und Grenzen besprochen. Bei der Rekrutierung von Patient*innen wird besonders darauf geachtet, ob eine besondere berufliche Problemlage vorliegt. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass der Rehabilitand/die Rehabilitandin in der jüngeren Vergangenheit häufig in Krankenstand oder arbeitslos war und dessen/deren subjektive Berufsprognose negativ ausfällt.

Ziel dieses Programms ist es, die Teilhabe am Arbeitsplatz zu stärken und die berufliche Integration nachhaltig zu fördern. Erste Studien sollen die Wirksamkeit dieser Rehabilitationsstrategie in Bezug auf verschiedene Berufsgruppen aufzeigen.

Methoden

Für die Erstellung der Studienkohorte wurden im Rehazentrum Gröbming der Österreichischen Pensionsversicherung 60 Patient*innen, die an dem Rehabilitationsprogramm PV RehaJET® teilnahmen, retrospektiv in die Pilotstudie eingeschlossen. Bei den

Studienpatient*innen lag eine besondere, berufliche Problemlage vor, welche im Zuge der Zulassungsplanung zur medizinische berufsorientierten Rehabilitation ermittelt wurde. Mittels einer IMBA/ELA Testung (Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten) wurden die Defizite der körperlichen Leistungsfähigkeiten erfasst. In speziell errichteten Trainingsanlagen, den Workparks®, wurden unterschiedliche Bewegungsmuster für verschiedenste Berufe individuell trainiert. Das arbeitsspezifische Training erfolgte eingebettet in ein Rehabilitationsprogramm bestehend aus aktiven/passiven Therapien und Schulungen. Die Zuteilung zu den unterschiedlichen Berufsprofilen (BP) wurde entsprechend den ISCO-08/ESCEO Kriterien durchgeführt. Die Arbeitsfähigkeit und die psychosoziale Belastung wurde mit dem Work Ability Index (WAI) und dem UKS ermittelt. Befragungen wurden bei Aufnahme und Entlassung durchgeführt. Eine Sekundärdatenanalyse in Bezug auf den Beschäftigungsstatus (Teilhabeeffekte) über den Zeitraum vor und nach der Rehabilitation wurde implementiert (Fauser, et al., 2024).

Ergebnisse

Mit 26 % war das Berufsprofil BP7 (Handwerks- und verwandte Berufe) am stärksten vertreten, gefolgt von BP5 (Dienstleistungsberufe und Verkäufer) und BP9 (Hilfsarbeitskräfte) mit je 17 %. In allen BPen konnte das Reha-Ziel im Durchschnitt mit mindestens 80 % erreicht werden. Der Work Ability Index (WAI) zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verbesserte sich in allen untersuchten Gruppen. Der Unterschied zwischen WAI Aufnahme/Entlassung war bei allen, mit Ausnahme von BP4 (Bürokräfte und verwandte Berufe), hoch signifikant. Obwohl sich in allen Berufsgruppen der UKS Wert unter den kritischen Wert von 3 verbesserte, zeigte sich nur für BP2 (akademische Berufe) und BP7 diese als signifikant. Dabei zeigte BP7 einen Reha-Erfolg von 67 % (3/15 teilweise), während BP4 100 % erreichte. Der Einfluss des Reha Programmes PV RehaJET® auf den Beschäftigungsstatus im Vergleich vor Reha zu nach Reha konnte aufgezeigt werden.

Diskussion und Fazit

Das multidisziplinäre Reha-Programm „PV RehaJET®“ führt zu einer Verbesserung in der Arbeitsfähigkeit bei Patient*innen mit unterschiedlichen Berufsprofilen und unterstützt so den „Return to Work“. Die Verbesserungen psychosozialer Belastungen, die insbesondere bei BP2 und BP7 auftreten, könnten mit einer schlechteren Ausgangssituation im Vergleich zu den anderen Patienten*innen zusammenhängen. Eine positive signifikante Korrelation zwischen der Ausgangssituation der psychosozialen Belastung und der Reha-induzierten Verbesserung im WAI unterstreicht diese Zusammenhänge. Mit dem Erreichen der Reha-Ziele in fast allen Berufsprofilen kann auf eine ideal abgestimmte Reha-Strategie geschlossen werden obwohl die Anzahl der Patient*innen als limitierender Faktor gesehen werden kann, die Ergebnisse jedoch als Basis für eine weitere groß angelegte Untersuchung bilden.

Im ersten Ergebnis zeigt sich daher, dass das medizinisch-berufsorientierte Rehabilitationsprogramm „PV RehaJET®“ die Arbeitsfähigkeit in allen Berufsgruppen verbessern kann, wobei die psychosoziale Komponente einen entscheidenden Teilaspekt darstellt.

Take-Home-Message

Das multidisziplinäre Reha-Programm „PV RehaJET®“ führt zu einer Verbesserung in der Arbeitsfähigkeit bei Patient*innen mit unterschiedlichen Berufsprofilen und unterstützt so den „Return to Work“. Psychosoziale Belastungen bei Aufnahme haben einen Einfluss auf Verbesserungen im WAI. Verbesserungen im UKS könnten mit der jeweiligen Ausgangssituation der Patienten*innen in den entsprechenden Subgruppen zusammenhängen.

Literatur

Fauser, D., Vogel, M., Bethge, M. (2020): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen: eine Propensity-Score-Analyse. Rehabilitation (Stuttg) 2020; 59(06): 332-340.

Seidel, E. J., Regenspurger, K., Hartmann, J., Schaaf, T., Günther, P. (2015): Medizinische berufsorientierte Rehabilitation (MBOR). Manuelle Medizin 53, 413–418.

Danksagung:

Die Arbeit wurde in Zusammenarbeit mit dem RehaJET® Team des RZs Gröbming der PV durchgeführt

Wie belastend wird das MBOR-Arbeitsplatztraining wahrgenommen? Erkenntnisse aus Therapie-Tagebüchern orthopädischer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

David Bühne; Christian Hetzel; Mathis Elling; Torsten Alles

iqpr - Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH
an der Deutschen Sporthochschule Köln

Hintergrund und Zielstellung

Das Arbeitsplatztraining bildet mit einem vorgesehenen Gesamtumfang von i.d.R. sechs bis neun Stunden ein zentrales Element der MBOR. Innerhalb des Trainings sind Schwierigkeitsgrad, Intensität und Belastung gemäß des Anforderungsprofils zur Durchführung der MBOR sukzessive anzupassen. Hierbei soll vermieden werden, dass „Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihre Belastung weiter durch Vermeidung oder andere inadäquate Verhaltensmuster […] steuern“ (DRV, 2023). Zugleich ist im Rahmen der Trainingsplanung und -steuerung sicherzustellen, dass indikationsspezifische Standards, wie etwa die „Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz“ (DRV, 2020), eingehalten werden. Ziel der vorliegenden Analyse bildete der Einblick in die Beanspruchungswahrnehmung orthopädischer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der MBOR sowie die Überprüfung diesbezüglicher Unterschiede zwischen ambulant und stationär behandelten Personen.

Methoden

Die Datenerhebung erfolgte durch den Einsatz von Therapie-Tagebüchern, welche täglich in der zweiten MBOR-Woche zwischen Montag und Freitag geführt wurden. Die

wahrgenommene Beanspruchung wurde hierbei anhand einer 11-stufigen, von 0 („viel zu wenig anstrengend“) über 5 („Intensität war optimal“) bis 10 („viel zu anstrengend“) reichenden Skala erhoben. Täglich wurde zudem der Umfang der körperlichen Therapien des Vortages erfragt sowie inwiefern sich die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als ausreichend vom vorherigen Tag erholt empfanden (nein/eher nein/eher ja/ja). Einen Bestandteil der Erstbefragung bildete der Work Ability Score (WAS; Ahlstrom et al., 2010). In der abschließenden Erhebung wurden die Befragten unter Bezugnahme auf die zurückliegenden fünf Tage gebeten, den Gesamtumfang sowie die Intensität des Trainings körperlicher Arbeitsabläufe der (angestrebten) beruflichen Tätigkeit sowie auch den Gesamtumfang der reinen Wissensvermittlung (Vorträge etc.) anhand einer fünfstufigen, von „viel zu gering“ bis „viel zu groß“ reichenden Skala zu bewerten. Ordinale Regressionsmodelle wurden zur Vorhersage der berichteten Erholung berechnet. Eingeschlossen wurden 108 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden orthopädischer MBOR-Heilverfahren.

Ergebnisse

Die Anteile der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die sich als (tendenziell) ausreichend vom Vortag erholt beschrieben, reichten von 77% (Donnerstag) bis 82% (Dienstag). Das Ausmaß der Erholung erwies sich durchgehend als unabhängig vom Umfang der körperlichen Therapien des Vortages ($p \geq ,097$), während der WAS im Wochenverlauf zunehmend an Bedeutung gewann und an den letzten beiden Tagen jeweils mit einer besseren berichteten Erholung assoziiert war ($p \leq ,035$). Das Ausmaß der aus den Therapien des Reha-Tages resultierenden Beanspruchung wurde im Mittel mit 5,1 (Standardabweichung=1,1) angegeben, wobei 75% der Personen die Beanspruchung mehrheitlich auf vier bis sechs Punkte und somit im (nahezu) optimalen Bereich bezifferten. Der Gesamtumfang des Trainings körperlicher Abläufe und Aktivitäten der individuellen beruflichen Tätigkeit wurde von 58% der Befragten als „optimal“ und von 29% als „eher zu gering“ eingestuft. In Bezug auf die Trainingsintensität gaben zwei Drittel (67%) der Befragten an, diese als „optimal“ empfunden zu haben. 20% stuften sie hingegen als „eher zu gering“ ein. Der Umfang der reinen Wissensvermittlung wurde von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ebenfalls überwiegend (61%) als optimal eingeschätzt. 6% der Befragten beschrieben ihn als eher zu gering, 31% dagegen als eher zu groß (6%) oder aber viel zu groß (25%). Unterschiede im Antwortverhalten der ambulant vs. stationär behandelten Personen waren nicht zu beobachten.

Diskussion und Fazit

Die Untersuchungsergebnisse lassen darauf schließen, dass die Trainingssteuerung in orthopädischen MBOR-Heilverfahren von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unabhängig von der Reha-Form überwiegend positiv wahrgenommen wird. Hinweise auf eine insgesamt zu hohe Belastung lassen sich nicht aus den Daten ableiten. In Bezug auf das Arbeitsplatztraining zeigte sich im vorliegenden Sample vielmehr, dass etwa jede vierte Person den Gesamtumfang und/oder die Intensität als (tendenziell) zu gering bewertete.

Take-Home-Message

Wenngleich die befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden orthopädischer MBOR-Heilverfahren die Intensität und den Gesamtumfang des Arbeitsplatztrainings überwiegend als optimal bewerteten, sollten Praktikerinnen und Praktiker, wie im MBOR-Anforderungsprofil

gefordert, regelmäßig das Gespräch zur Abstimmung individueller Trainingspläne sowie zur Überprüfung der Zielerreichung suchen, um eine adäquate Belastung zu begünstigen.

Literatur

Ahlstrom, L., Grimby-Ekman, A., Hagberg, M., Dellve, L. (2010): The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health--a prospective study of women on long-term sick leave. Scand J Work Environ Health. 2010 Sep;36(5):404-12. doi: 10.5271/sjweh.2917

Deutsche Rentenversicherung Bund (2020): Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2023): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Erprobung eines Inklusionsleitfadens zur Förderung der beruflichen Teilhabe psychisch erkrankter Beschäftigter

Veneta Slavchova; Jens Knispel; Viktoria Arling

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Die berufliche Teilhabe psychisch erkrankter Menschen stellt auch heutzutage noch eine Herausforderung dar. In verschiedenen Studien (Slavchova, 2021) konnte diesbezüglich gezeigt werden, dass Arbeitgeber:innen bzgl. der Beschäftigung von psychisch erkrankten Beschäftigten fehlendes Wissen, Vorbehalte, Ängste und Bedenken haben.

Aus sozialpsychologischer Sicht können Informationen gezielt dabei helfen, entsprechende Wissenslücken und Unsicherheiten abzubauen (Sechrist, Stangor, 2001). Dies wiederum kann Hürden verringern und die Bereitschaft zur Inklusion psychisch erkrankter Beschäftigter bei Arbeitgeber:innen erhöhen.

Ein möglicher Ansatzpunkt zur Informationsvermittlung stellt ein Inklusionsleitfaden dar. Aufbauend auf den Ergebnissen von 5 Studien und Erfahrungen aus dem Bereich der (beruflichen) Rehabilitation haben die Autor:innen des vorliegenden Beitrages einen solchen Inklusionsleitfaden entwickelt und erprobt. Der Inklusionsleitfaden umfasst drei Themenkomplexe: „Haltung der Führungskraft“, „Kommunikation mit der betroffenen Person“ und „mögliche Unterstützungsangebote im Unternehmen“. Inhaltlich bietet der Inklusionsleitfaden Wissensvermittlung, Reflexionsübungen und Checklisten zur Gestaltung von Mitarbeitergesprächen mit psychisch erkrankten Menschen.

Ziel dieses Beitrages ist es vor diesem Hintergrund, die Wirkung eines Inklusionsleitfadens auf die Bereitschaft der beruflichen Teilhabe psychisch erkrankter Beschäftigter experimentell zu untersuchen.

Methoden

Die Studie erfolgte in Form einer experimentellen Online-Erhebung mit Interventions- und Kontrollgruppe (IG / KG). Die Gruppenzuteilung erfolgte randomisiert (IG: 152 Personen, KG: 155 Personen). 71.4% der Studienteilnehmenden waren weiblich (Alter AM: 31 Jahre, SD = 13 Jahre).

Alle Befragten erhielten zu Beginn der Studie eine Vignette in Form einer Situationsbeschreibung. Die Proband:innen waren angehalten, sich in die Rolle einer mittelständigen Führungskraft mit einem Team von 30 Mitarbeitenden zu versetzen. Es sollte eine Personalauswahl-Entscheidung für eine Bürotätigkeit zwischen einem gesunden und einem depressiven Bewerber getroffen werden. Die Qualifikation beider Bewerber war ausdrücklich vergleichbar.

Die KG traf direkt die Entscheidung für bzw. gegen den depressiven Bewerber. Die IG erhielt vor der Entscheidung den gesamten Inklusionsleitfaden.

Neben der Entscheidung als solches wurde untersucht, ob der Inklusionsleitfaden die tendenzielle Inklusionsbereitschaft der IG fördern konnte (Abfrage vor und nach Lesen des Inklusionsleitfadens; Tendenz: sechsstufige Skala von 1 = starke Tendenz zur Einstellung des gesunden Bewerbers bis 6 = starke Tendenz zur Einstellung des depressiven Bewerbers)

Ergebnisse

In der KG entschieden sich 33 Personen (21.9%) für den depressiven Bewerber, in der IG waren es 68 Personen (46.3%). Damit entschied sich die IG mit dem Inklusionsleitfaden signifikant häufiger für den psychisch erkrankten Bewerber als die KG ohne den Inklusionsleitfaden ($X^2(1) = 19.799$, $p < .001$, Cramers V = .258).

Darüber hinaus gilt, dass die Tendenz zur Inklusionsbereitschaft der IG vor und nach dem Lesen des Inklusionsleitfadens signifikant verbessert werden konnte (vorher: AM = 2.37, SD = 1.14; nachher: AM =3.45, SD = 1.25; $t(146) = 10.96$, $p < .001$, $d = 0.904$). Zusätzlich erfasste Freitextnennungen geben Hinweis darauf, dass die Teilnehmer:innen der IG den Inklusionsleitfaden als ausdrücklich hilfreich empfinden (z.B.: mehr Handlungssicherheit, wertvolle Informationen).

Diskussion und Fazit

Unwissenheit und Vorbehalte in Bezug auf psychische Erkrankungen sind eine Herausforderung in der Arbeitswelt. Dies kann ein Hindernis für die Einstellung und langfristige Beschäftigung von Betroffenen darstellen. In diesem Rahmen zeigt die vorliegende Studie, dass der Inklusionsleitfaden ein wirksames Werkzeug zur Förderung der beruflichen Inklusion psychisch erkrankter Menschen darstellen kann.

Vor dem Hintergrund des allerseits beklagten Fachkräftemangels und der gesetzlichen Rahmenbedingungen (z.B. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz) empfiehlt es sich daher, Arbeitgeber und Führungskräfte gezielt mit Hilfe des Inklusionsleitfadens zu unterstützen und ihnen mehr Sicherheit im Umgang mit psychisch erkrankten Bewerber:innen zu verleihen. Der Inklusionsleitfaden kann bei den Autor:innen dieses Beitrages angefragt werden.

Take-Home-Message

Der Inklusionsleitfaden zur Förderung der beruflichen Teilhabe psychisch erkrankter Beschäftigter ist ausdrücklich empfehlenswert für Führungskräfte.

Literatur

Sechrist, G. B., Stangor, C. (2001): Perceived consensus influences intergroup behavior and stereotype accessibility. Journal of Personality and Social Psychology, 80(4), 645–654. https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.4.645

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

„Familienorientierte Erwachsenenrehabilitation bei psychisch Erkrankten“ (FER) – Welche Erwartungen und Befürchtungen bestehen seitens der Rehabilitand*innen?

Hanah Miluczenko[1]; Helen Bindels[1]; Michael Schuler[1], Daniel Gerlach[2]; Annina Thiller[3]

[1] Hochschule für Gesundheit, Bochum,
[2] Klinik Höhenried gGmbH der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd,
[3] Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Hintergrund und Zielstellung

Die Inanspruchnahme psychosomatischer Rehabilitation hat in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2021). Häufig handelt es sich bei den Rehabilitand*innen um Eltern minderjähriger Kinder. Studien zeigen, dass sich die familiäre Situation und die psychische Erkrankung gegenseitig beeinflussen (Reich, von Boetticher, 2020). Die Erkrankung eines Elternteils kann dabei zum einen Auswirkungen auf Familienangehörige haben, umgekehrt hat die Famili einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung (Reich, von Boetticher, 2020).

Dementsprechend empfehlen Leitlinien den Einbezug Angehöriger in die Behandlung psychisch Erkrankter, allerdings erfolgt die Behandlung psychisch Erkrankter in Deutschland – auch in der Psychosomatischen Rehabilitation – meist individuumszentriert (Wiegand-Grefe, Taczkowski, 2021).

Im rehapro-Projekt „Familienorientierte Erwachsenenrehabilitation bei psychisch Erkrankten (FER)“ wird hingegen ein Behandlungsansatz entwickelt und erprobt, bei welchem die Familienmitglieder intensiver in die Behandlung einbezogen werden. Bislang ist jedoch wenig darüber bekannt, welche Erwartungen und Befürchtungen durch den antizipierten Einbezug der Angehörigen in die Behandlung ausgelöst werden und ob bzw. wie diese durch die Behandlungsmaßnahme adressiert werden können.

Methoden

Insgesamt wurden Daten von N = 32 Rehabilitand*innen der psychosomatischen Klinik Höhenried mittels leitfadengestützter problemzentrierter Interviews erhoben, welche der Zielgruppe des neuen familienorientierten Behandlungsansatzes entsprechen. Um ein möglichst heterogenes Sample zu gewinnen, wurden Rehabilitand*innen mit unterschiedlichen familiären Situationen (z.B. Alleinerziehende, „Patchwork“) und verschiedenen sozioökonomischen Hintergründen rekrutiert. Zusätzlich wurden die Interviews zu verschiedenen Zeitpunkten (vor, während und nach der Rehabilitation) geführt, um unterschiedliche Erfahrungs- und Wissensstände der Teilnehmenden abzubilden. Die Auswertung erfolgte mittels inhaltlich-strukturierender Inhaltsanalyse nach Kuckartz und deduktiv-induktiver Kategorienbildung (Kuckartz, Rädiker, 2024).

Ergebnisse

Insgesamt besteht eine hohe Bereitschaft, an einem familienorientierten Rehabilitationskonzept teilzunehmen, wenngleich Form und Umfang des Familieneinbezugs manchmal als schwer vorstellbar beschrieben werden. Als voraussetzend wird das Einverständnis aller beteiligten Familienmitglieder gesehen. Es zeichnen sich drei unterscheidbare subjektive Vorstellungen des FER-Konzeptes ab: FER als Familienrehabilitation (im Sinne einer Familientherapie), als Unterstützung (im Sinne einer Co-Therapeut*innen Rolle der Angehörigen) und als Screening der Familie (im Sinne einer Diagnostik). Als Mehrwert wird vor allem die Möglichkeit beschrieben, im Rahmen eines geschützten Umfelds mit objektivem Fachpersonal einen Perspektivwechsel anzuregen, um einen langfristigen Rehabilitationserfolg bei dem*der Indexpatient*in sowie bei der ganzen Familie erzielen zu können.

Gleichzeitig besteht die Befürchtung, dass die Rahmenbedingungen nicht ausreichen, um familiären Problemlagen angemessen begegnen zu können und/ oder dass individuelle Therapieziele bei Familieneinbezug zu kurz kommen können. Darüber hinaus wird befürchtet, dass Angehörige – insbesondere Kinder – überfordert werden könnten.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Vorstellungen einer familienorientierten Rehabilitationsmaßnahme stark von den individuellen Bedarfen, Krankheitsüberzeugungen, aber auch der Funktion der Familie innerhalb der Krankheitsbewältigung abhängig sind. Trotz der hohen Teilnahmebereitschaft zeigen sich bei vielen Interviewten Ambivalenzen gegenüber dem Angebot, weil der antizipierte Mehrwert mit einem potentiellen Verlust oder einer Mehrbelastung assoziiert wird, wie beispielsweise der Vernachlässigung individueller Therapieziele oder mögliche Überforderung der Kinder. Allein das Eröffnen der Möglichkeit, die Familie in die psychosomatische Rehabilitation einbeziehen zu können, führt demnach nicht nur zu Hoffnungen, sondern auch zu Unsicherheiten und Sorgen. Diese Ambivalenzen sollten in der Behandlung entsprechend aufgegriffen werden, z. B. durch transparente Informationsvermittlung zu allen Zeitpunkten.

Take-Home-Message

Es besteht eine hohe Bereitschaft, an einer familienorientierten Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen, wenngleich die positiven Behandlungserwartungen von Befürchtungen bezüglich der Überlastung des Familiensystems begleitet werden.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2022): Reha-Bericht 2021. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Kuckartz, U., Rädiker, S. (2024): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz (6. Auflage). Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Reich, G., von Boetticher, A. (2020): Psychodynamische Paar- und Familientherapie. Stuttgart: Kohlhammer.

Wiegand-Grefe, S., Taczkowski, J. (2021): Familie mitdenken – Plädoyer für eine Reform zur Familienmedizin und -psychologie. Psychotherapie im Dialog, 22(01). 19-24.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (rehapro)

Nachbetreuung, die wirkt: Erkenntnisse aus Fokusgruppen mit Leistungserbringenden im rehapro-Projekt JobProtection

Tatjana Levin; Elena Andreeva

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Menschen mit psychischen Erkrankungen stehen auf dem Arbeitsmarkt vor besonderen Herausforderungen, da es ihnen verglichen mit Menschen ohne solche Erkrankungen schwerer fällt, eine Arbeit aufzunehmen und zu erhalten. Obwohl Arbeit einen hohen Stellenwert in ihrem Leben hat, sind die häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen (Kupka et al., 2021; OECD, 2012). Um den Wiedereinstieg in das Erwerbsleben nach einer Erkrankungsphase zu erleichtern und eine nachhaltige Beschäftigung zu fördern wurde von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover das rehapro-Projekt JobProtection durchgeführt. Dabei handelte es sich um eine 24-monatige Nachbetreuung, die im Anschluss an eine berufliche Rehabilitation angeboten wurde. Eine zentrale Neuerung des Projekts lag in der Kombination aus einer verlängerten Nachbetreuungszeit (verglichen mit der Regelleistung) und der flexiblen Unterstützung, die sowohl berufliche als auch private Anliegen umfasste. Die Unterstützung war bedarfsorientiert und selbstgesteuert, sodass die Teilnehmenden Zeitpunkt, Umfang und Themen selbst bestimmen konnten. Die Leistungserbringung erfolgte durch Berufsförderungswerke (BFW), Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK) sowie neuropsycho-logische Einrichtungen. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der qualitativen Fokusgruppeninterviews mit Leistungserbringerinnen der BFW- und RPK- Einrichtungen präsentiert.

Methoden

Es wurden zwei homogene, telefonische Fokusgruppen mit einer Länge von 98 und 108 Minuten durchgeführt, an denen drei Vertreterinnen der RPK- und vier der BFW- Einrichtungen teilnahmen. Die Fokusgruppen fanden im Dezember 2023 und Mai 2024 statt und zielten darauf ab, die tatsächliche Praxis der Leistungserbringung mit deren Inhalten und Herausforderungen zu beleuchten. Diskutiert wurden unter anderem hilfreiche Aspekte für Teilnehmende und Leistungserbringerinnen. Die Analyse sollte Hinweise auf Optimierungsmöglichkeiten liefern und zur Formulierung von Empfehlungen für eine potenzielle Implementierung von JobProtection beitragen. Die Auswertung wurde mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) durchgeführt. Dabei wurde das Kategoriensystem von zwei Forscherinnen deduktiv anhand der Fragestellung und der Interviewleitfäden entwickelt und induktiv um neue Kategorien ergänzt.

Ergebnisse

Die Auswertung hat ergeben, dass die Unterstützung durch JobProtection sich in Form von Einzelgesprächen auf die Bereiche der persönlichen Stabilisierung sowie der Arbeitsplatzstabilisierung konzentrierte. Private Themen standen häufiger als erwartet im Fokus der Nachbetreuung, während Arbeitgebergespräche seltener in Anspruch genommen wurden als ursprünglich vorgesehen. Es zeigte sich, dass die Unterstützung der Teilnehmenden ohne direkte Einbindung der Nachbetreuungseinrichtung in die beruflichen

Angelegenheiten häufig ausreichte, um das eigenständige Bewältigen der beruflichen Herausforderungen zu ermöglichen. Auf der privaten Ebene benötigten die Teilnehmenden häufig Unterstützung bei Konflikten im familiären Umfeld, beim Erkennen der eigenen Ressourcen und beim Aufbau des Selbstbewusstseins. Auf der beruflichen Ebene spielten Konflikte mit dem Kollegium und Vorgesetzten sowie arbeitsplatzbezogene Anpassungen eine große Rolle. Hierzu zählten z. B. die Anpassung der Arbeitszeit an gesundheitliche Einschränkungen. Veränderungen am Arbeitsplatz, wie neue Aufgabenbereiche, führten bei den Teilnehmenden zu Unsicherheiten. In solchen Situationen äußerten sie häufiger Bedarf an Gesprächen und Beratung. Kritisch bewertet wurde der Abbruch der Maßnahme im Falle eines Arbeitsplatzverlusts. Solche Zeiten stellen eine erhebliche psychische Belastung für die Teilnehmenden dar, weshalb sie in diesen Phasen eine intensivere und längere Betreuung benötigen, um einen neuen geeigneten Arbeitsplatz zu finden. Die Mitarbeitenden der RPK und BFW sprachen sich nahezu einstimmig für eine flexible Anpassung der Nachbetreuungsdauer an die Bedürfnisse der betreuten Personen aus.

Diskussion und Fazit

Die Auswertung zeigt, dass JobProtection eine wertvolle Unterstützung für Menschen mit psychischen Erkrankungen bietet, die nach einer beruflichen Rehabilitation eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen. Besonders bei persönlichen Krisen und beruflichen Problemlagen, die durch Konflikte, Erkrankungsrückfälle oder Arbeitsplatzverlust gekennzeichnet sind, wirkt die vertraute Nachbetreuung stabilisierend und kann als Schlüsselfaktor zur Aufrechterhaltung der Beschäftigung gesehen werden. Die Teilnehmenden der Fokusgruppen bewerteten das Angebot einhellig positiv und hoben hervor, dass die kontinuierliche Unterstützung in kritischen Phasen eine zentrale Rolle für berufliche Stabilität und persönliche Entwicklung spielte. Die Nachbetreuung JobProtection hat sich als eine bedarfsorientierte und flexible Maßnahme bewährt, die den besonderen Herausforderungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen gerecht wird.

Take-Home-Message

Die JobProtection-Nachbetreuung wurde von den Leistungserbringerinnen als ein hilfreiches Instrument bei der beruflichen Wiedereingliederung und einer nachhaltigen Beschäftigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bewertet.

Literatur

Kuckartz, U. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. 3., überarbeitete Auflage. (Weinheim: Beltz Juventa).

Kupka, P., Gühne, U., Popp, S., Riedel-Heller, S.G. (2021): Für die meisten psychisch kranken Menschen hat Arbeit einen hohen Stellenwert. IAB-Forum.

OECD (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Mental Health and Work. OECD Publishing. DOI: 10.1787/9789264124523-en.

Nachhaltige Reintegration ins Erwerbsleben bei psychischen Erkrankungen: Die Wirksamkeit der JobProtection-Nachbetreuung aus Teilnehmendensicht

Elena Andreeva; Tatjana Levin

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Studien zeigen, dass berufliche Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen ein Sprungbrett ins Arbeitsleben sein kann. Trotzdem gestaltet sich der Übergang in den Arbeitsmarkt für sie deutlich schwieriger als für Menschen mit anderen Erkrankungen (Reims et al., 2023; Reims, Tophoven, 2018). Eine Nachsorge nach der beruflichen Rehabilitation kann diesen Übergang erleichtern, doch die bisherigen Angebote mit einer 6- monatigen Nachsorge wurden als zu kurz und unflexibel bewertet (Reims et al., 2024). Spätere Herausforderungen wie veränderte Arbeitsabläufe, Personalwechsel oder Vertragsentscheidungen erschweren oft die nachhaltige Reintegration. In solchen Situationen fehlt es den Betroffenen an Unterstützung, wodurch der positive Effekt der Rehabilitation häufig begrenzt bleibt. Im Zeitraum Oktober 2019 bis Ende November 2023 bot das Pilotprojekt JobProtection der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (DRV BS-H) im Rahmen des bundesweiten Förderprogramms rehapro erstmals eine individuell angepasste, längerfristige Nachbetreuung an. Den Teilnehmenden standen bis zu 24 Monate nach der beruflichen Rehabilitation Beratungs- und Unterstützungsleistungen zur Verfügung. Die vorgestellten Ergebnisse beleuchten die innovative Nachbetreuung aus Sicht der Teilnehmenden, insbesondere hinsichtlich der Wirksamkeit der Maßnahmen für die Arbeitsintegration.

Methoden

Das Gesamtkollektiv umfasste 183 Teilnehmende im Erwerbsalter mit Haupt- oder Nebendiagnosen psychischer und Verhaltensstörungen sowie Erkrankungen des Nervensystems und neurologischen Ausfällen infolge von Schlaganfall. Im Rahmen eines Mixed-Methods-Designs wurden Leitfadeninterviews mit 43 Teilnehmenden zu zwei Zeitpunkten durchgeführt, davon 21 Frauen und 22 Männer. Die berufliche Rehabilitation fand bei 19 der Interviewten in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK) sowie in neuropsychologischen Rehabilitationseinrichtungen statt. Die übrigen 24 absolvierten sie in Berufsförderungswerken (BfW). Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von März 2021 bis April 2023. Die Teilnehmerquote betrug 78 % für Erstinterviews und 85 % für Folgeinterviews. Die durchschnittliche Interviewdauer lag bei 55 Minuten. Insgesamt wurden 76 telefonische Interviews durchgeführt, die anschließend transkribiert, anonymisiert und inhaltsanalytisch nach Kuckartz (2016) ausgewertet wurden. Die Kategorien wurden deduktiv-induktiv gebildet. In mehreren Probedurchläufen wurden die Übereinstimmungen der Zuordnungen sowie die Codedefinitionen überprüft und zur höheren Eindeutigkeit überarbeitet. Die Auswertung sowie die Fallzusammenfassungen erfolgten mit der Software MAXQDA (Version 2022).

Ergebnisse

Die Nachbetreuung umfasste, je nach individueller Problemlage, zum einen den Fokus auf die berufliche Stabilisierung wie die Entwicklung von Konfliktlösungsstrategien am Arbeitsplatz, die Beantragung von Hilfsmitteln, die Anpassung der Arbeitszeit und Arbeitsorganisation zur psychischen Entlastung sowie den Abbau von Selbstzweifeln bei Arbeitsplatzunsicherheiten. Zum anderen zielte JobProtection auf die persönliche Stabilisierung durch besseren Umgang mit Symptomen, die Arbeit an dysfunktionalen Denkmustern, den Einsatz von Selbstregulationstechniken, die Teilnahme an sozialen Aktivitäten, eine optimierte Work-Life-Balance sowie die Bewältigung persönlicher Krisen und Alltagsprobleme ab. Für Interviewte mit besonders starken psychischen Beeinträchtigungen war eine nachhaltige Beschäftigung nur unter besonderen Bedingungen möglich, etwa durch die Kombination regelmäßiger Nachbetreuung, Berentung, Gleichstellung oder Förderung der Arbeitsstelle durch das Integrationsamt. Fast ausnahmslos wurde die Nachbetreuung als wirksam für die Arbeitsintegration bewertet. Besonders wichtig war für die Befragten die Unterstützung bei Arbeitsplatzverlust, prekären Beschäftigungen oder zeitlich befristeten Verträgen. Der Abbruch der Nachbetreuung nach einem Arbeitsplatzverlust wurde als problematisch empfunden. JobProtection wurde als praktische Unterstützung in herausfordernden beruflichen Situationen betrachtet und als Quelle der Resilienz angesehen. Auf persönlicher Ebene vermittelte die Nachbetreuung Gefühle von Sicherheit, Stabilität und emotionaler Unterstützung.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass bedarfsorientierte Maßnahmen zur persönlichen Stabilisierung und Arbeitsplatzstabilisierung im Rahmen der Nachbetreuung die arbeitsbezogene Resilienz von Menschen mit psychischen Erkrankungen stärken können. Bei erkrankungsbedingten Beeinträchtigungen sind diese Maßnahmen nach längerer beruflicher Inaktivität entscheidend für einen nachhaltigen Verbleib im Arbeitsleben. Die vorliegenden Ergebnisse können zur Interpretation der Analyse der anonymisierten Kontendaten der DRV BS-H herangezogen werden.

Take-Home-Message

Aus Sicht der Teilnehmenden erwies sich die bedarfsorientierte Nachbetreuung als wirksam für die Arbeitsintegration.

Literatur

Kuckartz, U. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (3. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Reims, N., Rauch, A., Nivorozhkin, A. (2023): Herausforderungen und Anpassungsstrategien von Leistungserbringern in der beruflichen Rehabilitation – Eine gemischt-methodische Analyse. Die Rehabilitation, 62. 207-215.

Reims, N., Tophoven, S. (2018): Eine Längsschnittstudie zu Arbeitsmarktübergängen und Beschäftigungsnachhaltigkeit nach beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Rehabilitation, 57. 184-192.

Reims, N., Tophoven, S., Rauch, A. (2024): Bedingungen für gelingende berufliche Reha-Verläufe von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Perspektive verschiedener Akteure. Zeitschrift für Sozialreform, 70. 1-25.

Wie unterscheidet sich die psychologische Ausgangslage von Abbrechern und Programm-Absolventen im rehapro-Projekt FREEMI?

Jens Knispel; Fee Kahlhofer; Viktoria Arling

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Die Anzahl der neu bewilligten Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) bleibt mit rund 180.000 Fällen pro Jahr seit über einem Jahrzehnt stabil, wobei psychische Erkrankungen inzwischen fast die Hälfte der Zugänge ausmachen (Gross et al., 2022). Derzeit kehren nur ein Prozent der Empfänger neun Jahre nach dem ersten Bezug einer EM-Rente ins Erwerbsleben zurück (Gross et al., 2022).

Das Projekt FREEMI (Fallmanagement zur Rückkehr in das Erwerbsleben bei EM- Rentenbezug mit Intervallreha; vgl. BMAS, 2020) der DRV Rheinland verfolgt das Ziel, die Erwerbsfähigkeit von Versicherten mit befristeter EM-Rente aufgrund psychischer Erkrankungen wiederherzustellen. Im Rahmen des rehapro-Projekts absolvieren Teilnehmer:innen während ihrer EM-Rente bis zu drei zweiwöchige Intervall-Rehabilitationen in kooperierenden Kliniken. Dort arbeiten multiprofessionelle Teams und ein medizinisches Fallmanagement gemeinsam mit den Betroffenen daran, ihre Gesundheit zu stabilisieren und das Vertrauen in ihre beruflichen Fähigkeiten wiederherzustellen. Die Begleitung durch Reha- Fallmanager:innen der DRV Rheinland spielt dabei eine Schlüsselrolle: Sie unterstützen teilnehmende Versicherte bei den Bemühungen um ihre berufliche Wiedereingliederung. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation von FREEMI erfolgt durch die RWTH Aachen.

Ein Erfahrungswert aus FREEMI ist, dass sich die Auswahl von geeigneten Versicherten, die trotz ihrer gesundheitlichen Situation von dem Angebot profitieren können, als Herausforderung gestaltet. Im vorliegenden Beitrag wird daher untersucht, ob sich die psychologische Ausgangslage von FREEMI-Abbrechern und -Absolventen unterscheidet und ob sich hieraus Ansatzpunkte für ein Pre-Screening bei dem Einschluss zukünftiger FREEMI- Kandidat:innen ergeben können.

Methoden

Gegenstand der Auswertung sind 80 Abbrüche und 26 Programm-Abschlüsse; aktuell noch laufende Teilnahmen wurden für die vorliegende Analyse nicht weiter berücksichtigt (Datenstand August 2024). Für die Abbrecher gilt: In 67.5% der Fälle erfolgte der Ausschluss aus FREEMI durch die betreuende Instanz, 32.5% waren durch Versicherte initiierte Abbrüche. Abbruchsgrund war vornehmlich eine zu belastete gesundheitliche Situation. Bzgl. der Soziodemografie waren 56.7% der Befragten weiblich und hatten im Mittel ein Alter von 49 Jahren.

Im Rahmen der ersten Intervall-Reha waren FREEMI-Teilnehmer:innen dazu angehalten, validierte Fragebögen auszufüllen (vgl. Tab. 1). Dazu gehörten unter anderem die allgemeine und berufliche Selbstwirksamkeit, die Einschätzung der subjektiven Prognose der

Erwerbstätigkeit und Reintegrationswahrscheinlichkeit, die psychische Gesundheit und die allgemeine Lebenszufriedenheit.

Tab. 1: Fragebögen und Beispielitems

Fragebogen	Beispielitem
Allgemeine Selbstwirksamkeit (ASKU; Beierlein et al., 2014; Skalierung von 1 = ‚trifft gar nicht zu' bis 5 = ‚trifft voll und ganz zu')	
Allgemeine Selbstwirksamkeit	In schwierigen Fällen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.
Berufliche Selbstwirksamkeit (BSW-5-Rev; Knispel et al., 2021; Skalierung von 1 = ‚stimmt nicht' bis 4 = ‚stimmt')	
Berufliche Selbstwirksamkeit (Motivation / Fähigkeiten)	Ich weiß genau, dass ich die gestellten Anforderungen im Rahmen einer beruflichen Reintegration erfüllen kann, wenn ich nur will. / Ich weiß, dass ich die für die berufliche Reintegration erforderlichen Fähigkeiten wirklich habe.
Subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE; Mittag & Raspe, 2003; Summenwert von 0 bis 3, ungefährdete Erwerbsfähigkeit bei < 2)	
Subjektive Erwerbstätigkeitsprognose	Glauben Sie, dass Sie Ihre letzte Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters ausüben können?
Subjektive Reintegrationsprognose (sPR; Arling, 2016; 1 Item; Skalierung von 0% bis 100%)	
Subjektive Reintegrationsprognose	Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit für Ihre berufliche Wiedereingliederung ein?
Patient Health Questionnaire (PHQ-2; Kroenke et al., 2003; Skalierung von 0 = ‚überhaupt nicht' bis 3 = ‚fast jeden Tag', Summenwert von 0 bis 6, unauffällige psychische Gesundheit bei < 3)	
Psychische Gesundheit/ Depression	Wie häufig fühlten Sie sich in den letzten zwei Wochen niedergeschlagen, traurig, bedrückt, oder hoffnungslos?
Kurzskala Lebenszufriedenheit (L-1; Beierlein et al., 2014; Skalierung von 0 = ‚überhaupt nicht zufrieden' bis 10 = ‚völlig zufrieden')	
Allgemeine Lebenszufriedenheit	Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?

Ergebnisse

Vorab gilt der Hinweis, dass sich keine relevanten Unterschiede bzgl. der soziodemografischen Merkmale von Abbrechern und Absolventen zeigten (z.B. Alter, Geschlecht, Bildung). Bzgl. der psychologischen Ausgangslage (vgl. Tab. 2) berichteten FREEMI-Absolventen im Vergleich zu Abbrechern eine höhere allgemeine und berufliche Selbstwirksamkeit, eine bessere subjektive Reintegrationsprognose, eine geringere Gefährdung der Erwerbstätigkeit, eine weniger auffällige psychische Gesundheit und eine höhere allgemeine Lebenszufriedenheit. Nicht unerwähnt bleiben darf neben den Unterschieden im direkten Vergleich, dass die Einschätzungen beider Gruppen unterdurchschnittlich ausfielen, d.h. dass auch die Absolventen eine problematische psychologische Ausgangslage mit Start in FREEMI angaben.

Tab. 2: Deskriptive Statistiken und Unterschiede zwischen FREEMI-Absolventen und FREEMI-Abbrechern

	Absolventen		Abbrecher		Unabhängiger t-Test	Effektstärke Cohens *d*
	AM	SD	AM	SD		
ASKU	2.65	1.17	1.85	0.85	$t(33.82) = 2.81$, $p = .008$	0.82
BSW-5-Rev	2.58	0.74	1.84	0.72	$t(56) = 3.79$, $p < .001$	1.02
SPE	1.87	0.97	2.49	0.68	$t(35.08) = 2.69$, $p = .011$	0.77
sPR	51.60	25.00	26.50	25.81	$t(51) = 3.43$, $p = .001$	0.98
PHQ-2	3.57	1.93	4.79	1.44	$t(59) = 2.83$, $p = .006$	0.75
L-1	4.50	2.20	2.70	2.09	$t(57) = 3.13$, $p = .003$	0.84

Anmerkungen: *t*-Test für unabhängige Stichproben (zweiseitig); Effektstärke = Cohens *d*

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse belegen, dass FREEMI-Teilnehmer:innen gemäß ihrer Grundproblematik deutlich belastet sind. Dies trifft in besonderem Maße für FREEMI-Abrecher:innen zu. Möglicherweise ist dieser Teil der FREEMI-Kandidat:innen gesundheitlich so stark beeinträchtigt, dass sie von dem Programmangebot nicht sinnvoll profitieren können. Dies schlägt sich wiederum in der relativ hohen Abbruchsquote von FREEMI-Teilnahmen nieder.

Entsprechende Abbrüche wirken sich nachteilig auf alle Beteiligten aus: Werden sie von den Betroffenen als frustrierend und bestätigend für ihre aktuelle Situation gesehen, kosten sie den Rentenversicherungsträger finanzielle und personelle Ressourcen. Die Entscheidung zur Fortführung von FREEMI als Regelangebot wird die Geschäftsführung der DRV Rheinland voraussichtlich Ende November 2024 treffen. Sollte die Fortführung von FREEMI als Regelangebot in Betracht gezogen werden, kann es sinnvoll sein, die psychologische Ausgangslage bei der Selektion von geeigneten FREEMI-Kandidat:innen mit einzubeziehen. Besonders ungünstige Selbsteinschätzungen könnten als Warnsignal für einen wahrscheinlichen Abbruch gewertet werden und ggf. einen Indikator für eine Nicht- Bewilligung von FREEMI darstellen.

Ungeachtet dessen gilt, dass die Selektion von FREEMI-Kandidat:innen ein komplexes Unterfangen bleibt und die psychologische Ausgangslage selbstverständlich nur einen Baustein im Screening darstellen darf. Ebenfalls mit einzubeziehen sind sozialversicherungsrechtliche Informationen über den Versicherten und dessen grundsätzliche Motivation, sich für eine mögliche Wiederkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu interessieren.

Take-Home-Message

Um bereits frühzeitig geeignete Versicherter mit EM-Rentenbezug zu identifizieren, die trotz umfassender psychischer Probleme tatsächlich von FREEMI profitieren können, kann es helfen, die psychologische Ausgangsbasis in Form eines Pre-Screenings bei der Auswahl von FREEMI-Kandidaten mit einzubeziehen.

Literatur

BMAS (2020): Rehabilitation fördern, stärken, besser machen! Modellprojekte im Bundesprogramm rehapro (Erster Förderaufruf). Abgerufen unter: https://bundesprogramm-rehapro.de/Broschuere_rehapro_Selbstausdruck_Auflage2.pdf

Gross, B., Brüggemann, S., Streibelt, M. (2022): Überblick zu Trends und Entwicklungen von Erwerbsminderungsrenten. Deutsche Rentenversicherung, 3/2022. Abgerufen unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Zeitschriften/DRV_Hefte_deutsch/2022/ausgewaehlter_artikel_heft_3_gross_et_al.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz bei Post-COVID-Rehabilitations-Patienten

Alexa Kupferschmitt[1]; Judit Kleinschmidt[1]; Volker Köllner[1], Lilian Sipp[2]; Gorden Sudeck[3]; Stefan Peters[4]

[1] Reha-Zentrum Seehof, Teltow, [2] Charité – Universitätsmedizin Berlin,
[3] Eberhard Karls Universität Tübingen, [4] Universität der Bundeswehr München

Hintergrund und Zielstellung

Personen sind vom Post-COVID-Syndrom (PCS) betroffen, wenn drei Monate nach einer SARS-CoV-2-Infektion entsprechende Symptome von mindestens zweimonatiger Dauer auftreten und nicht durch eine andere Grunderkrankung erklärt werden können (Gogoll et al., 2023). Die Vielzahl an unterschiedlichen anhaltenden, teils fluktuierend auftretenden Symptome beeinträchtigen die Leistungs- und Funktionsfähigkeit im täglichen Leben. In der Rehabilitation spielt individuell angepasste körperliche Aktivität eine wichtige Rolle, wozu die bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz (BGK) Anhaltspunkte liefern könnte. Diese umfasst die Teilkompetenzen Bewegungskompetenz, Steuerungskompetenz und Selbstregulationskompetenz, welche im Zusammenspiel ein gesundheitswirksames und somit individuell angepasstes Bewegungsverhalten ermöglichen (Naber et al., 2022).

Methoden

Im Rahmen der prospektive Multicenter-Kohortenstudie PoCoRe (Kupferschmitt et al., 2022) wurden n = 793 PCS-Patienten mittels standardisierter Untersuchungen von BGK, Fatigue, Depression und der funktionalen Gesundheit (WHODAS) zu Beginn und am Ende der PCS-Rehabilitation untersucht. Häufigkeitsanalysen, Mittelwertvergleiche, Korrelations- und Regressionsanalysen kamen zum Einsatz. Die Daten wurden in vier Reha-Indikationen, die ein PCS-Konzept umgesetzt haben, erhoben: Duale Reha (Psychopneumologie, Psychokardiologie), Psychosomatik, Neurologie und Pneumologie.

Ergebnisse

PCS-Patienten waren im Mittel in allen Aspekten der BGK eingeschränkt, die Einschränkungen bessern sich über den Reha-Verlauf (Tab. 1). Zwischen den vier Indikationen lagen nur geringe Unterschiede hinsichtlich der BGK vor, insgesamt waren die Effekte der Reha positiv (bis zu d = 1.02) (Tab. 2). Für die 68% der PCS- Rehabilitationspatienten, die Kriterien einer Major Depression erfüllen, zeigten sich negative Assoziationen mit der BGK. Auch die Fatigue-Symptomatik hing mit Einschränkungen der BGK zusammen. Ein Regressionsmodell zur Aufklärung des Kernsymptoms Fatigue mittels BGK klärte 33% der Varianz auf ($F (5,1335) = 132,926$, $p < .001$, $R^2 = .332$), wobei die Kompetenzen zur Bewältigung von Ausdaueranforderungen ($ß = .304$, $p < .001$) und Kraftanforderungen ($ß = .275$, $p < .001$) bedeutsam waren.

Zusammenhänge zeigten sich ebenso zwischen BGK und den WHODAS-Dimensionen der Mobilität, der Aktivitäten des alltäglichen Lebens sowie der Teilhabe an der Gesellschaft.

Tab. 1: BKG - Unterschiede innerhalb der Gesamt-Stichprobe von der Aufnahme bis zur Entlassuung

	Gesamtstichprobe n = 793			
	T1	T2		
Skalen BKG	**M(SD)**	**M(SD)**	**p**	**d**
Bewegungskompetenz				
Ausdauer-Anforderungen*	13.67 (4.62)	12.19 (5.02)	<.001	.30
Kraft-Anforderungen*	12.35 (4.46)	11.89 (4.79)	.049	.10
Gleichgewichts-Anforderungen**	16.00 (5.87)	16.47 (5.98)	.120	-
Steuerungskompetenz**				
Körperliches Training und Belastung	17.49 (.73)	19.78 (5.48)	<.001	.49
Bewegungsspeziofische Affektregulation	11.33 (4.44)	12.34 (4.33)	<.001	.23

Anmerkung. T1 = Aufnahme, T2 = Entladung, M = Median, SD = Standardabweichung, p = Signifikanzniveau, Cohen-d-Effektgrößen: .2 klein, .5 mittel, .8 groß; * niedrigere Werte = bessere Kompetenz, ** höhere Werte = bessere Kompetenz

Tab. 2: BKG - Unterschiede zwischen den Indikationen von der Aufnahme bis zur Entlassung

Variable	Psychosomatik n = 145				Neurologie n = 383				Pneumologie n = 111				Duale Reha n = 154			
	T1 M (SD)	T2 M (SD)	p	d	T1 M (SD)	T2 M (SD)	p	d	T1 M (SD)	T2 M (SD)	p	d	T1 M (SD)	T2 M (SD)	p	d
BKG: Bewegungskompetenz																
Ausdauer-Anforderungen	14.33 (4.49)	12.26 (4.83)	<.001	.44	13.37 (4.27)	12.82 (5.32)	.026	.17	14.45 (3.93)	12.42 (4.28)	<.001	.49	12.45 (4.36)	10.54 (4.62)	.016	.45
Kraft-Anforderungen	13.37 (4.27)	12.80 (4.79)	.265	-	11.85 (4.61)	11.70 (4.98)	.695	-	12.83 (3.91)	11.62 (4.04)	.012	.30	11.59 (4.19)	10.04 (4.75)	.025	.34
Gleichgewichts-Anforderungen	13.73 (5.49)	14.62 (5.70)	.159	-	16.46 (6.12)	17.02 (6.10)	.235	-	17.33 (5.04)	17.36 (5.52)	.483	-	17.04 (4.93)	17.65 (5.26)	.703	-
BKG: Steuerungskompetenz																
Körperliches Training und Belastung	16.24 (5.76)	18.23 (5.43)	.002	.35	17.98 (5.87)	19.84 (5.74)	<.001	.31	16.89 (5.23)	20.56 (4.40)	<.001	1.02	19.13 (4.06)	21.34 (4.20)	.040	.53
Bewegungsspezifische Affektregulation	10.36 (4.30)	11.91 (4.19)	.001	.36	11.66 (4.51)	12.25 (4.61)	.089	-	11.23 (4.52)	12.16 (3.78)	.047	.48	12.90 (3.82)	12.95 (3.43)	.959	-

Anmerkung. T1 = Aufnahme, T2 = Entladung, M = Median, SD = Standardabweichung, p = Signifikanzniveau, Cohen-d-Effektgrößen: .2 klein, .5 mittel, .8 groß; * niedrigere Werte = bessere Kompetenz, ** höhere Werte = bessere Kompetenz

Diskussion und Fazit

Die BGK scheint ein relevantes Konstrukt für PCS-Rehabilitanden zu sein. Depressive Symptome haben eine einschränkende Wirkung auf die BGK und deren Verbesserung. Es kann gefolgert werden, dass bei depressiven PCS-Patienten insbesondere die Förderung der Affektregulation durch Bewegung sinnvoll und erforderlich ist, um symptomaufrechterhaltende Aspekte zu reduzieren. Die BGK klärt einen relevanten Anteil der Varianz an Fatigue auf. In künftigen Studien sollte allerdings noch weiter untersucht werden, welche Aspekte die PCS- Fatigue neben der BGK bedingen (z.B. Einfluss von Depression, Einfluss von gesundheitsbezogenem Verhalten z.B. Avoidance-Endurance).

Take-Home-Message

Die BGK Teilkompetenzen Bewegungskompetenz, Steuerungskompetenz und Selbstregulationskompetenz, welche im Zusammenspiel ein gesundheitswirksames und somit individuell angepasstes Bewegungsverhalten ermöglichen haben einen relevanten Einfluss auf die Post-COVID Symptomatik.

Literatur

Gogoll, C., Peters, E. M. J., Köllner, V., Koczulla, A. R. (2023): S1 Leitlinie Long-/Post-COVID Syndrom. Pflegezeitschrift 2023 76:6, 76(6), 30–33. https://doi.org/10.1007/S41906-023-2076-8

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.

Naber, I., Klamroth, S., Weissenfels, A., Geidl, W., Streber, R., Mino, E., Gelius, P., Abu-Omar, K., Pfeifer, K. (2022): Förderung von bewegungsbezogener Gesundheits-kompetenz in ärztlich verordneten Bewegungsinterventionen – Aufbau des Interventionskonzeptes im Forschungsprojekt BewegtVersorgt. B&G Bewegungstherapie Und Gesundheitssport, 38(02), 44–54. https://doi.org/10.1055/A-1745-2705

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Bewegungsverhalten von Menschen mit nicht-übertragbaren Erkrankungen (NCD): Trendanalysen für Deutschland

Lars Gabrys[1]; Jonathan Graf[2]; Andrea Teti[2]; Benjamin Wenz[2], Gorden Sudeck[3]; Wolfgang Geidl[4]; Kristin Manz[5]; Susanne Jordan[5];

[1] Fachhochschule für Sport und Management Potsdam, [2] Universität Vechta, [3] Universität Tübingen, [4] Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), [5] Robert Koch-Institut

Hintergrund und Zielstellung

Körperliche Aktivität (kA) trägt maßgeblich zu einem gesunden gesunden Lebensstils sowie zur Prävention und Rehabilitation nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) bei (Warburton 2017; Pedersen; Saltin, 2016). Für ein systematisches Monitoring zur Einhaltung der WHO- Aktivitätsempfehlungen wurden Trendanalysen des Aktivitätsverhaltens von Erwachsenen mit NCD für den Zeitraum 2014/15 bis 2019/20 für Deutschland durchgeführt.

Methoden

Basierend auf zwei bevölkerungsbasierten Querschnittsbefragungen des Robert Koch-Instituts (GEDA 2014/15-EHIS und GEDA 2019/20-EHIS) mit insgesamt 46.724 eingeschlossenen Personen (Allen, Bern et al. 2021) wurde die Prävalenz der Erfüllung der WHO-Aktivitätsempfehlungen (150 Min. aerobe kA + zweimal pro Woche muskelkräftigende Aktivitäten) bei Erwachsenen mit unterschiedlichen NCD im Vergleich zur Personen ohne entsprechende Erkrankungen analysiert. Trendanalysen und logistische Regressionsmodelle wurden angewandt, um krankheitsspezifische Odds Ratios (OR) für die Erfüllung der Aktivitätsempfehlungen zu berechnen.

Ergebnisse

Personen mit NCD erreichen zu beiden Zeitpunkten seltener die WHO- Aktivitätsempfehlungen für aerobe körperliche Aktivität als die Allgemeinbevölkerung. Dies betrifft insbesondere Personen mit Schlaganfall (OR 0.46; 95% KI 0.26-0.58),

Typ- 2- Diabetes mellitus (OR 0.49; 95% KI 0.49-0.58), chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (OR 0.58; 95% KI 0.51-0.65), Adipositas (OR 0.52; 95% KI 0.48-0.56) und koronarer Herzkrankheit (OR 0.67; 95% KI 0.59-0.76). Die Quoten für das Erreichen der Empfehlungen für muskelkräftigende Aktivitäten waren bei Personen mit muskuloskelettalen Erkrankungen wie Arthrose (OR 1.25; 95% KI 1.16-1.34), Rückenschmerzen (OR 1.16; 95% KI 1.09-1.23) und Nackenschmerzen (OR 1.10; 95% KI 1.03-1.18) höher als im Vergleich zu Erwachsenen ohne diese Erkrankungen. Generell konnte eine Abnahme der gesundheitsförderlichen aeroben körperlichen Aktivität bei Erwachsenen mit NCD von 2014/15 bis 2019/20 beobachtet werden, während die Quoten für muskelkräftigende Aktivitäten im gleichen Zeitraum zunahmen.

Diskussion und Fazit

Es wurden niedrigere Raten im Erreichen der WHO-Aktivitätsempfehlungen für die meisten NCD im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung festgestellt. Ein positiver Trend von 2014/15 bis 2019/20 ist nur bei Erwachsenen mit Arthrose zu erkennen. Basierend auf den Ergebnissen wird die Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität und krankheitsspezifische Interventionsmaßnahmen nachdrücklich empfohlen, um die Prävention und die ambulante Gesundheitsversorgung für Erwachsene mit NCD zu verbessern.

Take-Home-Message

Obwohl körperliche Aktivität und körperliches Training geeignet sind den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen und zu einer besseren und schnelleren Genesung beitragen können, erreichen Personen mit NCD noch seltener die Aktivitätsempfehlungen der WHO für gesundheitsförderliche körperliche Aktivität als Personen ohne diese Erkrankungen. Dies ist vor dem Hintergrund steigender Prävalenzen bei zahlreichen NCD kritisch zu bewerten und erfordert neue Konzepte in der Patientenversorgung.

Literatur

Allen, J., Born, S., Damerow, S., Kuhnert, R., Lemcke, J., Müller, A., Weihrauch, T., Wetzstein, M. (GEDA 2019/2020-EHIS): Gesundheit in Deutschland aktuell - Hintergrund und Methodik. Journal of Health Monitoring 2021;6(3): 72-87. doi:10.25646/8558

Pedersen, B.K., Saltin, B. (2015): Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. Scand J Med Sci Sports. 2015;25 Suppl 3:1-72. doi:10.1111/sms.12581

Warburton, D.E.R., Bredin, S.S.D. (2019): Health Benefits of Physical Activity: A Strengths-Based Approach. J Clin Med. 2019;8(12):2044. doi:10.3390/jcm8122044

Effekte eines bewegungsfördernden digitalen Reha-Nachsorgeprogramms für Rehabilitandinnen mit Brustkrebs – Ergebnisse einer quasi-randomisierten Multicenter-Studie

Mercedes Rutsch[1]; Ruth Deck[1], Andreas-Claudius Hoffmann[2]; Monika Steimann[3]; Kerstin Knauth[4]; Heike Fritsche-Huth[5]; Corinna Doll[6]

[1] Universität zu Lübeck, [2] KMG Klinik Silbermühle GmbH,
[3] Strandklinik Boltenhagen GmbH & Co. KG, [4] AMEOS Reha Klinikum,
[5] Klinik Graal-Müritz GmbH, [6] Asklepios Klinik Am Kurpark

Hintergrund und Zielstellung

Internationale Studien belegen den positiven Einfluss körperlicher Aktivität im Zusammenhang mit einer Brustkrebsdiagnose (Lahart et al., 2018). Deshalb nimmt die Bewegungstherapie einen großen Stellenwert in der onkologischen Rehabilitation ein. Auch danach ist die Aufrechterhaltung der körperlichen Aktivität für den weiteren Krankheitsverlauf von Bedeutung. Mit Ausnahme von Rehabilitationssport existiert kein Nachsorgeprogramm für diese Zielgruppe, das auf die langfristige und eigenverantwortliche Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität abzielt.

Die Nachsorgephilosophie „Neues Credo“ (Deck et al., 2009), basierend auf dem Health Action Process Approach (Schwarzer, 2004), adressiert die Beibehaltung körperlicher Aktivität. Die Rehabilitand*innen werden mit einem Beobachtungsheft und einer Gruppenstunde auf die Reha-Nachsorge vorbereitet und nutzen im Nachsorgezeitraum ein Bewegungstagebuch. Darin soll körperliche Aktivität eigenverantwortlich geplant und dokumentiert werden. In der vorliegenden Studie wurde das Bewegungstagebuch in eine Reha-Nachsorge-App (ReNaApp) überführt (Rutsch et al., 2020) und für die Indikation Brustkrebs evaluiert. Ein Jahr nach der Reha wurden Effekte der Intervention auf die Teilhabe, Lebensqualität und Return to Work (RTW) zwischen Interventions- (IG) und Kontrollgruppe (KG) überprüft. Ob die Nutzung der App zur Steigerung körperlicher Aktivität und Inanspruchnahme von Sportangeboten beiträgt, wurde untersucht.

Methoden

In der quasi-randomisierten Multicenter-Studie wurden erwerbsfähige Rehabilitandinnen in einer Anschlussrehabilitation im Alter von 18-60 Jahren in fünf Reha-Einrichtungen rekrutiert. Die KG durchlief die herkömmliche Rehabilitation und Reha-Nachsorge. Die IG wurde auf die Nachsorge vorbereitet und ein Jahr von der ReNaApp begleitet.

Die schriftliche Befragung erfolgte zu Reha-Beginn, Reha-Ende und 12 Monate nach der Rehabilitation. Der Fragebogen umfasste standardisierte Messinstrumente (u.a. IMET, EORTC QLQ-C30). Der Umfang körperlicher Aktivität wurde mit einer fünfstufigen Skala („nie“ bis „regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche“) gemessen. Es wurde eine Complete-Case-Analysis durchgeführt und Varianzanalysen mit Messwiederholungen berechnet.

Ergebnisse

Von N=493 Teilnehmerinnen (IG: 199; KG: 294) lagen komplette Datensätze vor. Die Rehabilitandinnen beider Gruppen waren Ø51 Jahre alt (SD: 6,3; Range: 30-60) und hatten

im Median 9 Monate vor Reha-Beginn die Diagnose Brustkrebs erhalten. Zu Reha-Beginn waren drei Viertel der Befragten (76%) berufstätig. Beide Gruppen unterschieden sich hinsichtlich soziodemographischer Merkmale nicht.

In den Verlaufsanalysen zeigten sich keine Unterschiede in der Teilhabe, Lebensqualität und im RTW zwischen IG und KG. Während die KG im Follow-up einen unveränderten Umfang körperlicher Aktivität aufwies, erhöhte die IG ein Jahr nach der Reha ihre körperliche Aktivität statistisch signifikant ($p < 0{,}01$). Außerdem achteten IG-Teilnehmerinnen im Follow-up häufiger auf körperliche Aktivität als die KG ($p=0{,}034$). Neben der Nutzung der ReNaApp nahm die IG häufiger Reha-Nachsorgeangebote in Anspruch, war häufiger im Fitessstudio und beim Rehasport aktiv (jeweils $p < 0{,}01$).

Jede zweite Teilnehmerin der IG nutzte im Jahr nach der Rehabilitation die ReNaApp. Der meistgenannte Grund für eine Nichtnutzung, war, dass die ReNaApp zur Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität nicht benötigt wurde (53%). Drei Viertel der App-Nutzerinnen motivierte die Verwendung der ReNaApp zur körperlichen Aktivität. 69% würden die ReNaApp bei einem erneuten Reha-Aufenthalt wieder nutzen.

Diskussion und Fazit

Die körperliche Aktivität der IG konnte nachhaltig gesteigert werden. In den Outcomes zum Gesundheitsverlauf und RTW konnte keine Überlegenheit der IG nachgewiesen werden. Ähnliche Befunde zeigten bereits andere rehabilitationswissenschaftliche Studien (Adams et al., 2021). Der Nichtgebrauch der Nachsorge-App deutet darauf hin, dass die Zielgruppe spezifiziert werden muss und die digitale Applikation entsprechend der patientenseitig geäußerten Wünsche weiterentwickelt werden sollte, um die Nutzungsbereitschaft zu erhöhen. Dennoch kann die Nachsorge-App bestehende Nachsorgeangebote zur Bewegungsförderung sinnvoll ergänzen.

Take-Home-Message

Die Nutzung der ReNaApp zeigte keine Überlegenheit der IG in der Entwicklung der Teilhabe, Lebensqualität und RTW, weist jedoch auf einen erhöhten Umfang von und ein gesteigertes Bewusstsein für körperliche Aktivität hin.

Literatur

Adams, L., Feicke, J., Eckert, T., Spörhase, U., Göhner, W., Bitzer, E.-M. (2021): Ein motivational-volitionales Programm für Frauen nach Brustkrebs verbessert die sportliche Aktivität 12 Monate nach der Rehabilitation – Ergebnisse einer prospektiven kontrollierten Studie. Rehabilitation, 60(02), 110-123.

Deck, R., Hüppe, A., Arlt, A.C. (2009): Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden – Ergebnisse einer Pilotstudie. Rehabilitation, 48(01), 39-46.

Lahart, I.M., Metsios, G.S., Nevill, A.M., Carmichael, A. R. (2018): Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews(1).

Rutsch, M., Jochems, N., Schrader, A., Brandes, I., Weier, L., Deck, R. (2020): ReNaApp: increasing the long-term effects of oncological rehabilitation through an application after

medical rehabilitation (ReNaApp): a quasi-randomized longitudinal study of prospective design. BMC Health Services Research, 20(1), 378.
Schwarzer, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Gelingt es primär inaktive Personen mit chronischen Mehrfacherkrankungen an einen sportlichen Lebensstil heranzuführen? Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Überlegenheitsstudie im Kontext der Gesundheitsversorgung

Inga Krauß

Universitätsklinikum Tübingen

Hintergrund und Zielstellung

Nicht-ansteckende chronische Erkrankungen gehören zu den häufigsten lebensstilassoziierten Krankheitsbildern (Furman et al., 2019). Trotz Kenntnis über die positiven Wirkungen körperlicher Aktivität zur Prävention und Behandlung chronischer Erkrankungen (Pedersen, Salting, 2015; McLeod et al., 2019) kommt der Großteil der Bevölkerung den nationalen Bewegungsempfehlungen nicht nach, dies gilt in besonderem Maße für Personen mit chronischen Mehrfacherkrankungen (Sudeck et al., 2021). Multipill- Exercise (IG) ist eine 24-wöchige komplexe Sportintervention, die diese Zielgruppe an körperliche Aktivität heranführen soll (Schweda et al., 2022). Primäre Zielsetzung der vorliegenden Studie war die Überprüfung der Wirksamkeit der Intervention im Vergleich zu bestehenden Versorgungsangeboten der AOK-Baden-Württemberg (KG) in Hinblick auf die Steigerung der sportlichen Aktivität.

Methoden

An sieben Standorten in Baden-Württemberg wurden 257 körperlich inaktive AOK-Versicherte mit ≥ zwei chronischen Erkrankungen bzw. Risikofaktoren (Diabetes Mellitus Typ 2, Übergewicht, Cox-/Gonarthrose, Herz-Kreislauf-Erkrankung) eingeschlossen. Als Zielmessgröße wurde der HEPA-Index zur gesundheitsförderlichen Aktivität 24 Wochen nach Interventionsbeginn (t6) definiert und nach multipler Imputation fehlender Werte mittels ANCOVA analysiert.

Ergebnisse

Beide Gruppen (IG: n = 128, KG: n= 129; ♀: 160, ♂: 97; Alter: 56.5 (SD 9.7), BMI: 33,4 (SD 6.0)) zeigten eine statistisch signifikante Steigerung der sportlichen Aktivität (Minuten/Woche) von t0 zu t6 (IG: 97.1 (SD 137.6) zu 196.4 (SD 147.3), $p < 0.001$; KG: 85.6 (SD 121.8) zu 157.2 (SD 155.1), $p < 0.001$). IG ist dabei KG tendenziell überlegen (35 (95%-CI -4.2 – 70.2, $p = 0.082$).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass sowohl bestehende Versorgungsangebote, als auch das zielgruppenspezifische Angebot Multipill-Exercise das Aktivitätsverhalten primär inaktiver Personen mit Mehrfacherkrankungen signifikant steigern können. Die gezielte Ansprache dieser Personengruppe zur Teilnahme an aktivitätsbezogenen Versorgungsangeboten kann demnach im Sinne der Sekundärprävention einen relevanten Beitrag zur Gesundheitsversorgung darstellen. Die Analyse der mittel- und langfristigen Behandlungseffekte sowie die Auswertung weiterer Zielmessgrößen werden diesbezüglich weitere Erkenntnisse liefern.

Take-Home-Message

Angeleitete Sport- und Gesundheitsangebote können zu einer relevanten Steigerung der körperlichen Aktivität bei Personen mit Mehrfacherkrankung führen, komplexe Interventionen scheinen diesbezüglich einen zusätzlichen Benefit mit sich zu bringen.

Literatur

Furman, D., Campisi, J., Verdin, E., Carrera-Bastos, P., Targ, S., Franceschi, C., Ferrucci, L., Gilroy, D. W., Fasano, A., Miller, G. W., Miller, A. H., Mantovani, A., Weyand, C. M., Barzilai, N., Goronzy, J. J., Rando, T. A., Effros, R. B., Lucia, A., Kleinstreuer, N., Slavich, G. M. (2019): Chronic inflammation in the etiology of disease across the life span. Nat Med, 25(12). 1822-1832.

Mcleod, J. C., Stokes, T., Phillips, S. M. (2019): Resistance Exercise Training as a Primary Countermeasure to Age-Related Chronic Disease [Mini Review]. Frontiers in Physiology, 10.

Pedersen, B. K., Saltin, B. (2015): Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. Scand. J. Med. Sci. Sports, 25 Suppl 3. 1-72.

Schweda, S., Muller, G., Munz, B., Sudeck, G., Martus, P., Dierkes, K., Krauss, I. (2022): Implementation and evaluation of an individualized physical exercise promotion program in people with manifested risk factors for multimorbidity (MultiPill-Exercise): a study protocol for a pragmatic randomized controlled trial. BMC Public Health, 22(1). 1174.

Sudeck, G., Geidl, W., Abu-Omar, K., Finger, J.D., Krauß, I., Pfeifer, K. (2021): Do adults with non-communicable diseases meet the German physical activity recommendations? A cross-sectional analysis of the GEDA 2014/2015 Survey. German Journal of Exercise and Sport Research, 37(1). 30-36.

Förderung: AOK Baden-Württemberg, Kooperationsstudie

Intention, Habit and Health Behavior as Dynamic Constructs: A Multilevel Analysis of Longitudinal Data

Jakob Hedin[1]; Susanne Weyland[1]; Anna Pelegrina[1]; Constantin Rausch[1]; Darko Jekauc[1], Emily Finne[2]

[1] Karlsruher Institut für Technologie, [2] Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Dual-process theories suggest that health behavior is governed by both reflective and automatic processes. Reflective (explicit) processes involve conscious planning, whereas automatic (implicit) processes operate without conscious awareness and are driven by learned associations (Hagger, 2016). Intention represents the reflective processes, while habit reflects the automatic processes involved in behavior regulation. Previous research shows that intention and habit predict health behavior, that habit increases with repeated behavior, and may reduce the influence of intention on health behavior (Gardner et al., 2020). Both intention and habit are continuously influenced by situational and temporal factors. However, research on intention and habit tends to rely on cross-sectional methods. Evidently, these methods are inherently incapable of capturing variations over time. The analysis of longitudinal data is required to separate between-person differences and within-person variation (Knapova et al., 2024). This study examines how temporal dynamics in intention and habit influence the development of health behavior. Specifically, it seeks to understand how intention and habit evolve and influence one another over time, emphasizing the importance of within-person variance in the predictors of health behavior.

Methoden

The sample consisted of 182 participants (61 % female and mean age 24 years) attending weekly sports classes at two German universities. The participants were monitored over a 13- week period, with class attendance as the dependent variable. Habit and Intention were measured weekly with attending participants answering one automaticity item derived from the automaticity subscale of the Self-Report Habit Index (SRHI) (Gardner et al., 2012.) for habit, and one intention item measuring the intention to participate in the next session (Finne et al., 2019). Thus, intention and habit were measured only if a participant attended the session.

Ergebnisse

Three Multilevel models were constructed to investigate the influence of time, intention and habit on attendance, accounting for the hierarchical structure of the data, (1) time (between- person), (2) time and intention (within-person), and (3) time, intention and habit (within-person). There was a decrease of 0.27 in the log odds of attendance per week ($SE = 0.02$, $z = -17.72$, $p < .001$) in the first model, reflecting a stark decline in attendance over time. Therefore, although 182 participants were included in every analysis, the total number of observations was reduced from 2224 to 1175 when intention and habit were included (model 2 and 3). Unsurprisingly then, there was no significant effect of intention, habit, or their interaction in the second and third model.

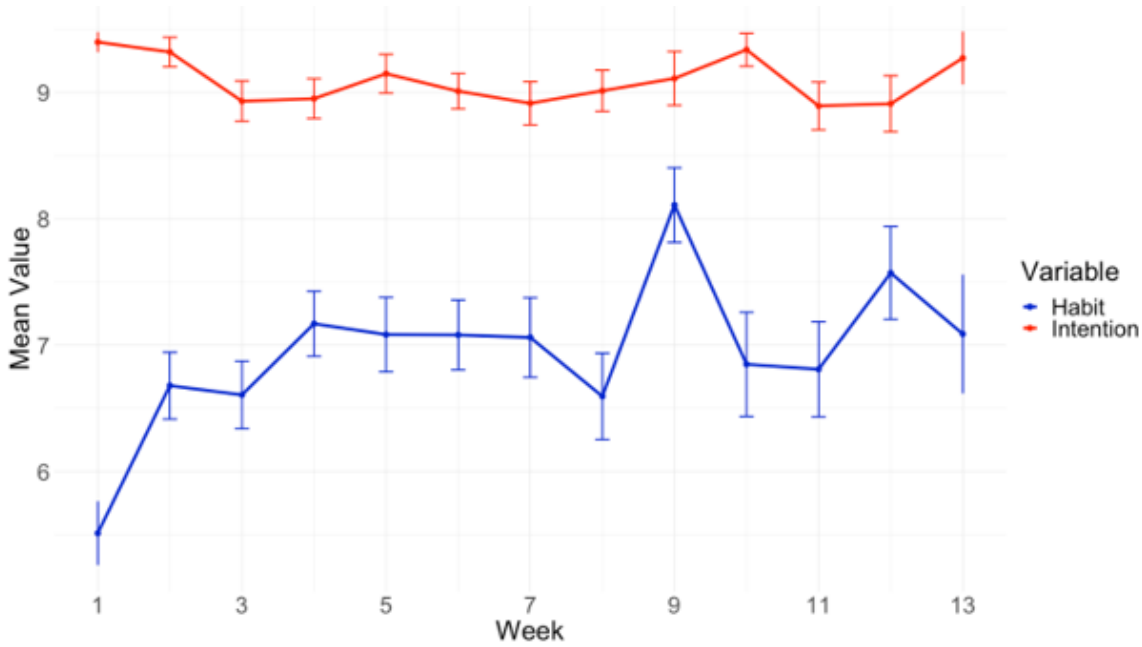


Fig. 1: Mean of Intention and Habit over 13 Weeks for Attending Participants

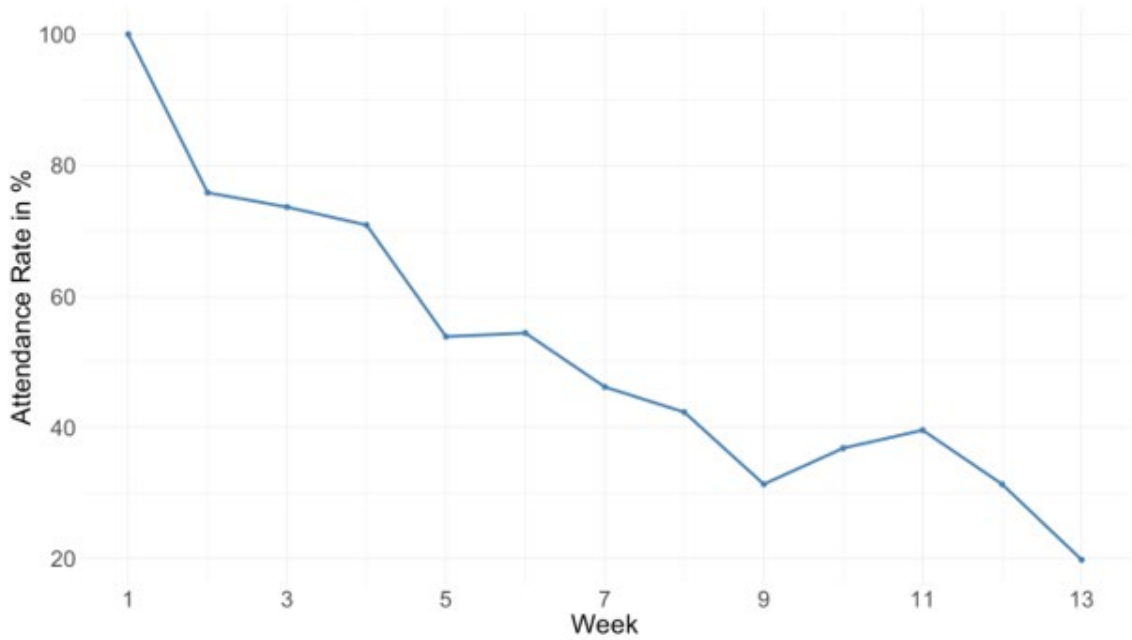


Fig. 2: Attendance Rate over 13 Weeks

Diskussion und Fazit

The results showed a decline om attendance over time, unfortunately leading to systematically missing data. Thus, there was no effect of intention or habit on attendance among participants who regularly attended the sports classes. The study highlights the importance of longitudinal designs and multilevel methods for capturing the complex dynamics of intention and habit. By modeling time and individual predictors, within-person effects (week-to-week changes) and between-person differences can be disentangled. The study shows that attendance decreases even amongst healthy students, thus highlighting the importance of understanding attendance and health behavior maintenance in rehabilitation.

Take-Home-Message

These findings show how multilevel models can enable a nuanced understanding of temporal and individual variability, emphasizing the need for longitudinal designs in future research.

Literatur

Finne, E., Englert, C., Jekauc, D. (2019): On the importance of self-control strength for regular physical activity. Psychology of Sport and Exercise 43, 165-171.

Gardner, B., Abraham, C., Lally, P., de Bruijn, G.-J. (2012): Towards parsimony in habit measurement: Testing the convergent and predictive validity of an automaticity subscale of the Self-Report Habit Index. The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9. 102.

Gardner, B., Lally, P., Rebar, A.L. (2020): Does habit weaken the relationship between intention and behaviour? Revisiting the habit-intention interaction hypothesis. Social and Personality Psychology Compass, 14(8).

Hagger, M. S. (2016): Non-conscious processes and dual-process theories in health psychology. Health Psychology Review, 10(4), 375–380.

Knapova, L., Cho, Y. W., Chow, S.-M., Kuhnova, J., Elavsky, S. (2024): From intention to behavior: Within- and between-person moderators of the relationship between intention and physical activity.

Partizipative Weiterentwicklung der Bewegungstherapie zur Stärkung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (STABEKO)

Eva Grüne[1]; Klaus Pfeifer[1], Wolfgang Geidl[1]; Johanna Popp[1]; Johannes Carl[2]; David Victor Fiedler[3]; Gorden Sudeck[3]

[1] Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), [2] Deakin University, [3] Eberhard Karls Universität Tübingen

Hintergrund und Zielstellung

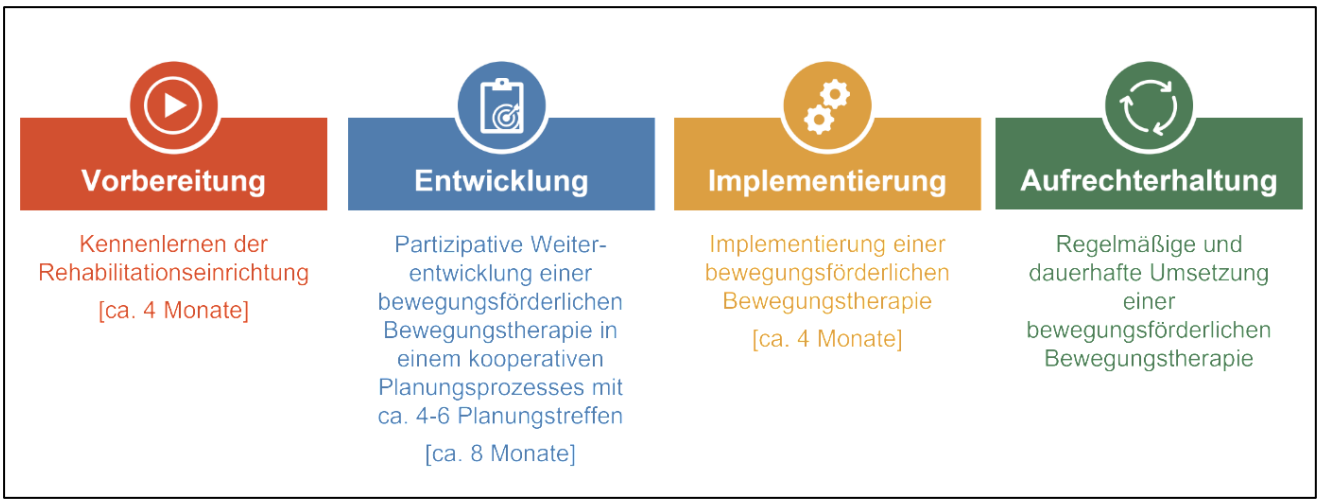
Ein wichtiges Ziel der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation ist es, Menschen zu befähigen, eigenständig körperlich aktiv zu sein. Doch oftmals gelingt es Rehabilitand*innen nach einer medizinischen Rehabilitation nicht, ihre körperliche Aktivität im Alltag aufrechtzuerhalten oder zu steigern. Ein möglicher Grund dafür ist, dass bewegungstherapeutische Konzepte häufig auf die körperliche Funktionsfähigkeit ausgerichtet sind und weniger auf eine langfristige Bewegungsförderung (Geidl et al., 2022). Folglich besteht ein Bedarf, bewegungstherapeutische Konzepte stärker auf die Förderung individueller Kompetenzen zur Aufrechterhaltung eines körperlich aktiven Lebensstils auszurichten. Um dies zu erreichen, bedarf es sowohl der Nutzung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Bewegungsförderung als auch des direkten Einbezugs der in der Rehabilitationspraxis vorhandenen Expertise, Bedarfe und Rahmenbedingungen.

Entsprechend zielt das Projekt STABEKO darauf ab, die Bewegungstherapie im Rahmen eines Beteiligungsansatzes mit drei bayerischen Rehabilitationseinrichtungen im Hinblick auf eine stärkere Förderung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz

(BGK; Carl et al., 2020; Sudeck, Pfeifer, 2016) von Rehabilitand*innen weiterzuentwickeln und so die körperliche Aktivität von Rehabilitand*innen langfristig zu fördern.

Methoden

Als Beteiligungsansatz wird auf die sogenannte kooperative Planung zurückgegriffen, bei der relevante Akteur*innen aus Praxis (z. B. Bewegungstherapeut*innen, Psycholog*innen, ärztliches Personal, Verwaltungspersonal), Politik (z. B. Klinikleitung) und Wissenschaft (d. h. Wissenschaftler*innen) in einen gleichberechtigten Entscheidungsprozess in die Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Bewegungstherapie einbezogen werden (Gelius et al., 2021). Dabei durchläuft jede Rehabilitationseinrichtung sukzessive und mit einem zeitlichen Abstand von etwa fünf Monaten die folgenden vier Phasen: Vorbereitungsphase, Entwicklungsphase, Implementierungsphase, Aufrechterhaltungsphase (siehe Abbildung).



Parallel zu diesen Phasen werden im Rahmen einer kontrollierten hybriden Typ- II- Effektivitäts-Implementierungsstudie (Curran et al., 2012) zum einen die Implementierung der weiterentwickelten Bewegungstherapie und Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Implementierung untersucht. Zum anderen wird die kurz- und langfristige Wirksamkeit der weiterentwickelten Bewegungstherapie auf die BGK und körperliche Aktivität der Rehabilitand*innen evaluiert. Zur Evaluation der Implementierung werden Daten aus Dokumenten, Fragebögen und semistrukturierten Interviews gesammelt, analysiert und trianguliert. Um die kurz- und langfristige Wirksamkeit der weiterentwickelten Bewegungstherapie auf die BGK und körperlicher Aktivität der Rehabilitand*innen zu ermitteln, wird diese mit jener Bewegungstherapie verglichen, die vor der Weiterentwicklung durchgeführt wurde (d.h. mithilfe eines kontrollierten Designs). Dazu werden die Daten mithilfe standardisierter Fragebögen zu Beginn (T0), am Ende (T1) und ein Jahr nach Beginn der medizinischen Rehabilitation (T2) erhoben. Die angestrebte Stichprobengröße liegt bei jeweils 48 Rehabilitand*innen für die Kontroll- und Interventionsgruppe pro Rehabilitationseinrichtung (gesamt NSoll = 288).

Ergebnisse

Mithilfe des kooperativen Planungsansatzes werden an jeder der drei Rehabilitationseinrichtungen verschiedene Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Bewegungstherapie entwickelt und implementiert. Während die Implementierungsstudie aufzeigen wird, welche

Weiterentwicklungen mithilfe des Beteiligungsansatzes erreicht werden konnten und welche Faktoren die Entwicklung und Implementierung beeinflusst haben, wird die Effektivitätsstudie untersuchen, ob die Weiterentwicklungen der Bewegungstherapie zu Veränderungen der BGK und körperlichen Aktivität der Rehabilitand*innen geführt hat.

Diskussion und Fazit

Das Projekt STABEKO wird umfassende Erkenntnisse über die Implementierung und Effektivität einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation liefern, die mittels eines Beteiligungsansatzes weiterentwickelt wurde, um die körperliche Aktivität von Rehabilitand*innen langfristig zu fördern. Basierend auf diesen Erkenntnissen wird in Zusammenarbeit mit Expert*innen eine Disseminationsstrategie erarbeitet. Damit wird die Grundlage für eine überregionale Verbreitung von Erkenntnissen geschaffen, die eine langfristige Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie stärken kann.

Take-Home-Message

Das Projekt STABEKO wird umfassende Erkenntnisse liefern, ob und inwiefern ein Beteiligungsansatz geeignet ist, um die Bewegungstherapie so weiterzuentwickeln, dass die BGK und somit auch die körperliche Aktivität zum Rehabilitand*innen langfristig gefördert werden.

Literatur

Carl, J., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2020): Competencies for a healthy physically active lifestyle – Reflections on the Model of Physical Activity-related Health Competence (PAHCO). Journal of Physical Activity and Health, 17(8). 853.

Curran, G.M., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J.M., Stetler, C. (2012): Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. Medical care, 50. 217.

Geidl, W., Sudeck, G., Wais, J., Pfeifer, K. (2022): Bewegungsförderliche Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Konsequenzen der bundesweiten Bestandsaufnahme für die Qualitätsentwicklung. Rehabilitation, 61. 336-343.

Gelius, P.C., Jansen, M., King, A.C. (2021): Cooperative planning and its utilization in German physical activity promotion: a brief introduction. Health Promotion International, 36. ii1-ii7.

Sudeck, G, Pfeifer K. (2016): Physical activity-related health competence as an integrative objective in exercise therapy and health sports – conception and validation of a short questionnaire. German Journal of Exercise and Sport Research, 46. 74-87.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd, Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Prädiktoren der Nichtinanspruchnahme eines berufsbezogenen App-Trainings in der beruflichen Rehabilitation: Erkenntnisse aus der WORKout-Studie

David Bühne; Mathis Elling; Torsten Alles

iqpr - Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH
an der Deutschen Sporthochschule Köln

Hintergrund und Zielstellung

Eine nachhaltige Wiedereingliederung in Arbeit nach beruflicher Rehabilitation setzt neben qualifikatorischen Fähigkeiten auch ein körperliches Leistungsvermögen voraus, das den Anforderungen des Zielberufes mindestens entspricht. Die körperlichen Anforderungen der Qualifizierungen selbst können sich jedoch deutlich von denen des späteren Berufslebens unterscheiden. Liegt der Fokus in der Ausbildung auf Wissensvermittlung, kann dies mit einem Rückgang der motorischen Leistungsfähigkeit einhergehen, wenn unzureichende körperliche Reize nicht beispielsweise durch Bewegungsaktivitäten und Sport kompensiert werden. Doch auch bei Personen mit primär geistigen Arbeitsanforderungen ist eine geringe körperliche Leistungsfähigkeit sowie ein bewegungsarmer Lebensstil mit einer erhöhten Anzahl an Krankheitstagen und -fällen assoziiert (Drake et al., 2020). Vor diesem Hintergrund wurde eine berufsbezogene Fitness-App für berufliche Rehabilitandinnen und Rehabilitanden entwickelt („WORKout-App“). Da hohe Dropout-Raten im Kontext von Fitness-Apps eine zentrale Herausforderung darstellen (Laranjo et al., 2020), zielte die vorliegende Analyse darauf ab, Prädiktoren einer Nichtinanspruchnahme des WORKout-Trainings zu identifizieren.

Methoden

Fünf Berufsförderungswerke beteiligten sich an einer cluster-randomisierten Kohortenstudie. Die der Interventionsgruppe zugewiesenen Maßnahmen wurden zunächst in einer Eingangsveranstaltung über den Gesundheitsnutzen körperlich-sportlicher Aktivitäten sowie die Funktionsweise der WORKout-App informiert. Anschließend wurde eine Registrierungsmail zugestellt, sodass ein individuelles WORKout-Konto eingerichtet werden konnte. Im Rahmen der Eingangsbefragung wurden diverse soziodemografische, gesundheitsbezogene und motivationale Variablen erhoben. Hinsichtlich einer differenzierten Darstellung sei auf das Protokoll zur WORKout-Studie verwiesen (Bühne et al., 2024). Zielgrößen waren 1) die Einrichtung eines WORKout-Kontos sowie 2) die Durchführung des initialen motorischen Tests der WORKout-App. Die Identifikation der jeweiligen Prädiktoren erfolgte anhand logistischer Regressionsmodelle.

Ergebnisse

Bei 176 (49%) von 356 Personen konnte kein zugehöriges WORKout-Konto identifiziert werden, und von den verbleibenden 180 Personen absolvierten 59 (33%) den initialen WORKout-Test. Die Angabe, nicht sportlich aktiv zu sein, war mit einer geringeren Chance für eine ausbleibende Registrierung assoziiert (OR=0.45, p=.048). Dasselbe galt für eine größere Bedeutung des Erhalts von Gesundheit und Fitness als Motiv für sportliche Aktivitäten (OR=0.48; $p < .001$). Eine stärkere Ausprägung dieses Motivs war zugleich auch mit einer

geringeren Chance für einen ausbleibenden Übergang in das aktive Training verbunden (OR=0.53; p=.031). Ein gegensätzlicher Einfluss bestand für das Motiv des sozialen Zusammenseins (OR=1.47; p=.023) und die wahrgenommene berufliche Selbstwirksamkeit (OR=1.10; p=.037).

Diskussion und Fazit

Nur eine Minderheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden konnte für das WORKout-Training gewonnen werden. In der Prädiktion der Nichtinanspruchnahme erwiesen sich hierbei insbesondere zwei Motive als bedeutsam: Vor allem wurden jene Personen nicht erreicht, die angaben, dem Erhalt von Gesundheit und Fitness als Motiv für sportliche Aktivitäten einen geringen Stellenwert beizumessen, und solche, für die soziale Aspekte im Sport eine hohe Bedeutung haben.

Take-Home-Message

Wird die Einführung einer Fitness-App intendiert, sollten berufliche Rehabilitandinnen und Rehabilitanden möglichst aktiv begleitet werden, um hohen Dropout-Quoten entgegenzuwirken.

Literatur

Bühne, D., Elling, J.M., Hetzel, C., et al. (2024): Promoting Return to Work After Vocational Rehabilitation Using a Work-Related Fitness App: Protocol for a Cluster-Randomized Controlled Trial. JMIR Res Protoc 2024; 13: e50200. doi:10.2196/50200

Drake, E., Ekblom, M.M., Ekblom, Ö., et al. (2020): Cardiorespiratory Fitness and Device-Measured Sedentary Behaviour are Associated with Sickness Absence in Office Workers. Int J Environ Res Public Health 2020; 17. doi:10.3390/ijerph17020628

Laranjo, L., Ding, D., Heleno, B., et al. (2021): Do smartphone applications and activity trackers increase physical activity in adults? Systematic review, meta-analysis and metaregression. Br J Sports Med 2021; 55: 422–432. doi:10.1136/bjsports-2020-102892

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Sport-/Bewegungstherapie in der Onkologie – ein Leitlinienüberblick

Jana Müller

Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg

Hintergrund und Zielstellung

Medizinische Leitlinien unterstützen Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung ihrer Patient*innen, indem sie Handlungsempfehlungen zur Auswahl geeigneter Diagnose- und Therapieverfahren für spezifische Erkrankungen bereitstellen. Empfehlungen der höchsten Leitlinienklassifikationsstufe (S3-Leitlinie) basieren auf wissenschaftlicher Evidenz und werden in einem strukturierten Konsensusprozess von interdisziplinären Expert*innenteams sowie Patient*innenvertretungen erarbeitet. Demensprechend dienen auch in der Onkologie Leitlinien dazu, Behandlungsstandards für Krebserkrankungen zu definieren und die

Versorgungsqualität in Deutschland zu gewährleisten. Sie umfassen neben spezifischen diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen auch supportive Maßnahmen. Die Sport- und Bewegungstherapie spielt hierbei eine zentrale Rolle, da sie als Teil der supportiven Therapie gezielt zur Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit von Krebspatient beitragen kann (Campbell et al., 2019; Sturgeon et al., 2023).

Diese Präsentation wird im Rahmen der Session „Sport- und Bewegungstherapie in der onkologischen Rehabilitation und Reha-Nachsorge“ aufzeigen, in welchem Umfang und mit welcher inhaltlichen Tiefe Sport- und Bewegungstherapie in den aktuellen onkologischen Leitlinien berücksichtigt wird und welche wissenschaftliche Evidenz diesen Empfehlungen zugrunde liegt.

Methoden

Zur Ermittlung des Stellenwerts der Sport- und Bewegungstherapie in den onkologischen Leitlinien wurde die Suchmaschine des Leitlinienprogramms Onkologie (https://www.onkospace.de/) verwendet, die eine Stichwortsuche in allen unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und die Deutsche Krebshilfe (DKH) veröffentlichten Leitlinien ermöglicht. Es wurde nach den Begriffen „Sporttherapie“, „Bewegungstherapie“, „Trainingstherapie“ und „Rehabilitation“ gesucht, um relevante Passagen und Empfehlungen in den Leitlinien zu identifizieren und deren thematische Tiefe zu analysieren.

Ergebnisse

Das Leitlinienprogramm Onkologie umfasst insgesamt 34 deutsche Leitlinien. In 65 % (22/34) der Leitlinien wird mindestens einer der Begriffe „Sporttherapie“, „Bewegungstherapie“ oder „Trainingstherapie“ in spezifischen Empfehlungen oder im Hintergrundtext erwähnt. Bei Hinzunahme des Begriffs „Rehabilitation“ erhöht sich der Anteil auf 88% (30/34). Insgesamt beinhalten 12 Leitlinien 15 konkrete Empfehlungen zur Sport-, Bewegungs- oder Trainingstherapie, während der Bereich Rehabilitation in 66 Empfehlungen über 24 Leitlinien hinweg adressiert wird. Zusammengefasst enthalten 76% (26/34) der Leitlinien Handlungsempfehlungen zur Sport- und Bewegungstherapie oder zur onkologischen Rehabilitation. Allerdings sind die meisten dieser Empfehlungen wenig detailliert, wie beispielsweise die Formulierung: „Patienten mit einem Weichgewebesarkom sollte eine frühzeitige systematische Bewegungstherapie angeboten werden.“

Diskussion und Fazit

Sport- und Bewegungstherapie werden in knapp 90% aller deutschen onkologischen Leitlinien angesprochen, wobei etwa drei Viertel der Leitlinien konkrete Empfehlungen zur Sport- und Bewegungstherapie im Allgemeinen oder zur onkologischen Rehabilitation im Spezifischen enthalten. Die Spezifität dieser Empfehlungen bleibt jedoch oft unzureichend. In keiner der geprüften Leitlinien finden sich detaillierte Angaben zur Art, Dauer, Intensität oder Häufigkeit der empfohlenen Interventionen – weder für die onkologische Rehabilitation noch für die Nachsorge.

Ein möglicher Grund hierfür ist die rasch wachsende Studienlage im Bereich der „exercise oncology“ in der letzten Dekade, deren Erkenntnisse teilweise noch nicht in die aktuellen

Leitlinien integriert wurden. Ein weiterer Faktor könnte der bisher fehlende sport- und bewegungswissenschaftliche Fokus in der Leitlinienentwicklung sein. Diese Lücke verdeutlicht den Bedarf an präziseren und evidenzbasierten Empfehlungen zur Sport- und Bewegungstherapie in der Onkologie.

Vor diesem Hintergrund wird derzeit an einer spezifischen S3-Leitlinie „Bewegungstherapie bei onkologischen Erkrankungen“ gearbeitet, deren Struktur am Ende des Vortrags als Ausblick auf die zukünftige Leitlinienlandschaft vorgestellt wird.

Take-Home-Message

Sport- und Bewegungstherapie ist ein wesentlicher Bestandteil der onkologischen Versorgung und wird in den meisten deutschen Behandlungsleitlinien ausdrücklich empfohlen.

Literatur

Campbell, K. L., Winters-Stone, K. M., Wiskemann, J., May, A. M., Schwartz, A. L., Courneya, K. S., Zucker, D. S., Matthews, C. E., Ligibel, J. A., Gerber, L. H., Morris, G. S., Patel, A. V., Hue, T. F., Perna, F. M., Schmitz, K. H. (2019): Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. Medicine and Science in Sports and Exercise, 51(11), 2375-2390. https://doi.org/10.1249/mss.0000000000002116

Sturgeon, K. M., Kok, D. E., Kleckner, I. R., Guertin, K. A., McNeil, J., Parry, T. L., Ehlers, D. K., Hamilton, A., Schmitz, K., Campbell, K. L., Winters-Stone, K. (2023): Updated systematic review of the effects of exercise on understudied health outcomes in cancer survivors. Cancer Med, 12(24), 22278-22292. https://doi.org/10.1002/cam4.6753

Stellenwert der Sport- und Bewegungstherapie in der onkologischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

Lukas Born

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Nachsorge im Anschluss an eine onkologische Erst- oder Rezidivbehandlung. Ziel ist es, die physischen und psychischen Folgen einer Tumorerkrankung zu lindern oder zu beseitigen. Je nach Erkrankung und in Abhängigkeit von den Folgestörungen der Vorbehandlung ergeben sich individuelle Therapieschwerpunkte. Entitätenübergreifend nimmt die Sport- und Bewegungstherapie in der onkologischen Rehabilitation eine zentrale Rolle in der therapeutischen Versorgung ein (Brüggemann et al., 2010, 2018). Um den Erfolg einer onkologischen Rehabilitation zu verstetigen, bietet die Deutsche Rentenversicherung Leistungen zur Reha-Nachsorge an.

Fragestellungen

In welchem Umfang und in welcher Form erfolgt die Sport- und Bewegungstherapie aktuell in der onkologischen Rehabilitation? In welchem Umfang wird im Anschluss einer onkologischen Rehabilitation die Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch genommen? Wie zufrieden sind die Rehabilitand*innen mit den sport- und bewegungstherapeutischen Leistungen der Deutschen Rentenversicherung?

Methoden

Die Auswertung basiert auf Routinedaten, welche durch die Deutschen Rentenversicherung im Rahmen der Qualitätssicherung erhoben wurden. Es werden Daten zu den therapeutischen Leistungen (KTL) (DRV Bund, 2015) aus den Reha-Entlassungsberichten sowie Daten der Rehabilitandenbefragung (DRV Bund, o.D.) und Rehabilitandenstruktur aus den Jahren 2021, 2022, 2023, und 2024 ausgewertet. Die KTL-Daten aus dem Jahr 2023 beziehen sich auf die Entlassungsberichte von 99.235 Rehabilitationen aus 125 onkologischen Fachabteilungen. Die Daten zur Zufriedenheit mit der Sport- und Bewegungstherapie umfassen 11.021 Befragte, die eine onkologische Rehabilitationsleistung zwischen August 2021 und Juli 2022 abgeschlossen haben. Daten der Rehabilitandenstruktur umfassen 109.842 Rehabilitand*innen aus 136 onkologischen Fachabteilungen aus dem Jahr 2023.

Ergebnisse

Basierend auf den Auswertungen der Daten der aktuellen therapeutischen Versorgung, bestätigt sich der große Stellenwert der sport- und bewegungstherapeutischen Leistungen in der onkologischen Rehabilitation. So nahmen 98 % der onkologischen Rehabilitand*innen im Jahr 2022 mindestens eine Leistung aus dem Kapitel A (Sport- und Bewegungstherapie) wahr. Der Anteil der Sport- und Bewegungstherapie lag 2022 bei über 44% aller therapeutischen Leistungen in der onkologischen Rehabilitation. Im Durchschnitt wurden 2022 pro Woche 6,8 Stunden bewegungstherapeutische Leistungen (Kapitel A+B) erbracht.

Dabei wurde die Mehrheit der Leistungen in Form eines Ausdauertrainings (2,1 Stunden pro Woche) erbracht, gefolgt vom Krafttraining (1,7 Stunden pro Woche) und Koordinationstraining (1 Stunde pro Woche). Bezogen auf die wöchentliche Leistungsdauer, fanden 70% der sport- und bewegungstherapeutischen Therapien (Kap. A und B) in Gruppentherapien statt.

Die Rehabilitandenbefragung weist eine hohe Zufriedenheit mit der Sport- und Bewegungstherapie auf. Insgesamt beurteilen 87,9 % aller Rehabilitand*innen diese mit sehr gut oder gut. Ähnliche Werte stellen sich für die Krankengymnastik (88,1 %) und die Zufriedenheit mit Schulungen zum Thema Sport und Herz-Kreislauf-System (83,6 %) dar.

In der Rehabilitandenbefragung gaben 52,5 % der Befragten an, durch die onkologische Rehabilitation dazu angeregt worden zu sein, im Reha-Sport aktiv zu sein. Mit Ausdauersport nach der Rehabilitation aktiv zu sein beantworteten 64,1 % der Befragten positiv. 16,3 % gaben an, ein Programm zur intensiven Nachsorge in Erwägung zu ziehen. Im Jahr 2023 erhielten allerdings nur fünf Prozent der onkologischen Rehabilitand*innen eine Reha-Nachsorgeleistung in Kostenträgerschaft der Deutschen Rentenversicherung.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse unterstreichen den anhaltend hohen Stellenwert der Sport- und Bewegungstherapie in der onkologischen Rehabilitation und Nachsorge (vgl. Brüggemann et al., 2010, 2018). In der Verteilung zwischen Gruppen- und Einzeltherapien (Leistungsdauer in Stunden pro Woche), zeigt sich in den aktuellen Auswertungen mit einem Anteil von 70 % Gruppentherapie, eine leichte Reduktion gegenüber den Auswertungen von Brüggemann et al., (2018) (84 % Gruppentherapie). Die geringe Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen (fünf Prozent), im Vergleich zum indikationsübergreifenden Durchschnitt (16,6 %) (DRV 2023) wirft Fragen nach einem bisher nicht ausgeschöpften Versorgungspotenzial auf.

Take-Home-Message

Sport- und Bewegungstherapie sind zentrale therapeutische Leistungen in der rehabilitativen Versorgung onkologischer Rehabilitand*innen, welche von diesen als sehr positiv wahrgenommen werden. Möglicherweise gibt es Ansatzpunkte zur Optimierung der Reha- Nachsorgeleistungen.

Literatur

Brüggemann, S., Sewöster, D. (2010): Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 26(06), 266-269.

Brüggemann, S., Sewöster, D., Kranzmann, A. (2018): Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung–eine Analyse auf Basis quantitativer Routinedaten. Die Rehabilitation, 57(01), 24-30.

Deutsche Rentenversicherung Bund, (Hrsg.). (2015): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen. Abruf unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/ktl_therapeutische_versorgung.html

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2024): (o. D.) Rehabilitandenbefragung. Fragebogen zur medizinischen Rehabilitation, Somatische Indikationen. Abgerufen am 06.11.2024 unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha- Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-qualitaetssicherung/rehabilitandenbefragung.html

Subjektiver Reha-Erfolg und Bedeutung von Bewegung in der VOR-Behandlung in geschlossenen und offenen Therapiegruppen

Meike Südmeier[1]; Christopher Arnold[1]; Beate Muschalla[1], Kai Lorenz[2]; Scott Gissendanner[2]; Gorden Sudeck[3]

[1] Technische Universität Braunschweig, [2] Berolina Klinik GmbH & Co. KG,
[3] Universität Tübingen

Hintergrund und Zielstellung

Das Anforderungsprofil für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) sieht die Durchführung von Bewegung und Psychotherapie in geschlossenen Therapiegruppen vor

(DRV Bund, 2018). Ziel der Therapie ist, den RehabilitandInnen indikationsspezifische „Krankheitsbewältigungskompetenzen“, „einen positiven Zugang zur Bewegung“, „Selbstmanagementkompetenz“ und „den Alltagstransfer“ zu vermitteln (DRV Bund, 2018: 8,11). Das Gemeinschaftsgefühl in geschlossenen Gruppen sahen Rehabilitanden als förderlich für die Bewegungstherapie und, weniger deutlich, für die Psychotherapie (Lorenz et al., 2019). Es fehlen jedoch Studien mit direktem Vergleich geschlossener und offener Therapiegruppen, obwohl beide Gruppenformate Vor- und Nachteile haben (Melicherova, Köllner, 2020).

Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach Gemeinsamkeiten bzw. Unterschieden geschlossener und offener Therapiegruppen in Bezug auf den subjektiven Reha-Erfolg, die Bedeutung verschiedener Behandlungsbausteine und die Wahrnehmung der Gruppenerfahrungen nach.

Methoden

Die Daten entstammen einer quasi-experimentellen Untersuchung im naturalistischen Klinik- Setting der Berolina Klinik Löhne und bieten neben dem Vergleich geschlossener und offener Therapiegruppen einen Vergleich der geschlossenen Treatment-as-usual-Gruppe ohne vs. mit Corona-Schutzmaßnahmen. VOR-RehabilitandInnen waren entsprechend ihres Anreisedatums drei Gruppen zugeordnet: im Herbst 2022 erfolgte die Befragung der geschlossenen Gruppe (unter Corona-Schutzbedingungen, gG - IG), im Frühjahr 2023 der offenen Interventionsgruppe (ohne Corona-Schutzbedingungen, oG - IG) und im Herbst 2023 der geschlossenen Kontrollgruppe (ohne Corona-Schutzbedingungen, gG - KG). Die RehabilitandInnen füllten zum Reha-Ende einen Fragebogen aus, der den Reha-Erfolg erfasst. Daraufhin sollten sie aus 13 vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten drei Therapie-angebote auswählen, die maßgeblich zum Reha-Erfolg beigetragen haben. Außerdem wurden Gruppenerfahrungen wie Kohäsion / Kooperation (GQ-D), zuversichtliche Zusammenarbeit (STA-R) sowie Nebenwirkungen der Gruppentherapie (UE-G Checkliste) abgefragt.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasst N=122 (N=112 6-Monats-Katamnese) RehabilitandInnen in der geschlossenen Gruppe unter Corona-Bedingungen, N=159 (N=145 6-Monats-Katamnese) RehabilitandInnen in der offenen Gruppe sowie N=138 (N=121 6-Monats-Katamnese) in der geschlossenen Kontrollgruppe. Zum Messzeitpunkt am Reha-Ende liegt die Dropout-Rate bei 5,8 % (Katamnesemesszeitpunkt 15,1 %). 82,5 % der Stichprobe sind weiblich, 84,1 % sind 50+ Jahre alt.

Im Mittel wurde der Reha-Erfolg in allen drei Gruppen als „gut“ bewertet (oG (IG): M(SD)=3,03(0,95); gG (IG): M(SD)=3,25(0,87); gG (KG): M(SD)=3,18(0,84)). Die Beurteilung unterschied sich nicht signifikant zwischen den drei Gruppen ($F(2, 393) = 2,138$, $p>.05$). In einer Substichprobe der RehabilitandInnen mit mindestens gutem Reha-Erfolg, die Erfolgsgründe benannt haben (N=266), nahmen 92,2 % bzw. 88,3 % der Teilnehmer geschlossener Gruppen die Bewegungstherapie in der Gruppe als einen der wichtigsten Erfolgsgründe wahr, während dieser Anteil in den offenen Gruppen 75,3 % betrug. In den offenen Gruppen wurden hingegen mit 36,1 % im Vergleich zu den geschlossenen Gruppen (14,3 % bzw. 20,2 %) häufiger die Krankengymnastik im Einzelsetting als Erfolgsgrund

genannt (Abb. 1). Gleichzeitig gaben die Teilnehmer der geschlossenen Gruppen signifikant mehr positive Gruppenerfahrungen an. Bezüglich der Wahrnehmung der Zusammenarbeit unterschieden sich lediglich die geschlossene Gruppe unter Corona-Bedingungen von der offenen Gruppe. Es wurden mehr Nebenwirkungen in der offenen Gruppe als in der geschlossenen Gruppe unter Corona-Bedingungen und in der geschlossenen Kontrollgruppe berichtet. (Tab. 1).

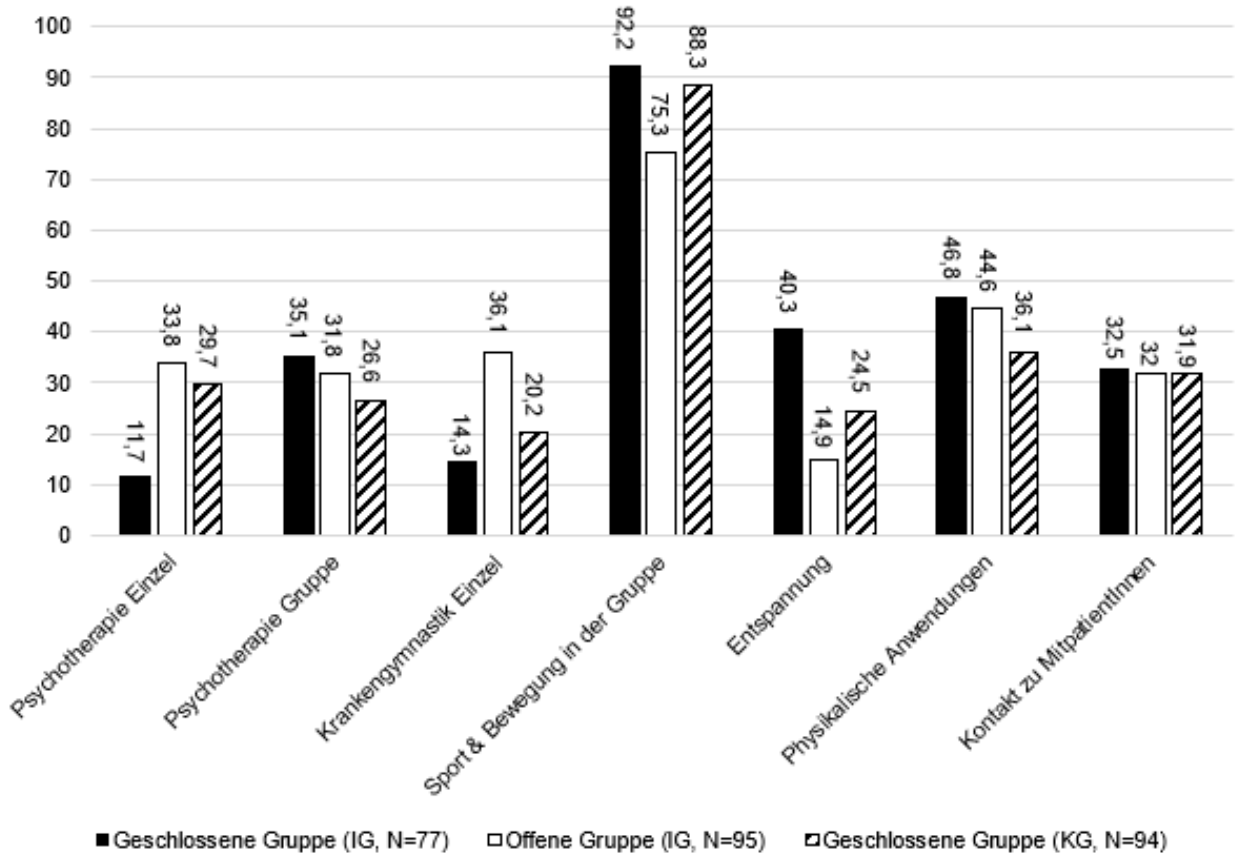


Abb. 1: Subjektive Erfolgsgründe der Patienten mit mindestens gutem Reha-Erfolg in geschlossenen und offenen VOR-Gruppen in Prozent

Tab. 1: Unterschiede im Erleben von Gruppenerfahrungen (GQ-D), zuversichtlicher Zusammenarbeit (STA-R) und Nebenwirkungen (UE-G) zwischen den Gruppen

	M (SD) am Ende der Reha						
	gG (IG)	oG (IG)	gG (KG)	df	F	*f*	Post-hoc
GQ-D	5,98 (0,98)	4,78 (1,37)	5,84 (1,16)	2, 399	42,402***	0,46+++	gG (IG) > oG (IG)*** gG (KG) > oG (IG)***
STA-R	3,76 (1,01)	3,46 (1,02)	3,74 (0,98)	2, 406	4,02*	0,14+	gG (IG) > oG (IG)*
UE-G	0,23 (0,35)	0,38 (0,43)	0,21 (0,33)	2, 402	8,71***	0,21+	gG (IG) < oG (IG)** gG (KG) < oG (IG)***

Anmerkungen: gG (IG) = Geschlossene Interventionsgruppe unter Corona-Bedingungen, oG (IG) = Offene Interventionsgruppe, gG (KG) = Geschlossene Kontrollgruppe; *p<.05, **p<.01, ***p<.001; +kleiner Effekt, +++starker Effekt

Diskussion und Fazit

Der subjektive Reha-Erfolg unterscheidet sich nicht zwischen offenen und geschlossenen VOR-Therapiegruppen. Bei RehabilitandInnen mit gutem Reha-Erfolg, die an geschlossenen VOR-Gruppen teilgenommen haben, stellt die Bewegungstherapie in der Gruppe den wichtigsten Bezugspunkt dar, sie erleben eine stärkere Kohäsion und Kooperation als RehabilitandInnen im offenen Therapiesetting. Bei RehabilitandInnen offener Gruppen verschiebt sich die Bedeutung der Bewegung stärker in Richtung des einzeltherapeutischen Kontextes. Die jeweiligen Vor- und Nachteile beider Formate können in der Praxis bei der Auswahl und Gestaltung von Gruppen je nach therapeutischer Indikation genutzt werden. Die Stärke der Studie liegt im Vergleich zwischen zwei Interventions- und einer Kontrollgruppe ; limitierend ist das monozentrisches Design.

Take-Home-Message

Die Bedeutung einzelner Therapiebausteine für den Reha-Erfolg unterscheidet sich zwischen den Gruppenformaten: Bei RehabilitandInnen, die im geschlossenen Gruppenformat geführt werden, scheint die Bewegungstherapie in der Gruppe der wichtigste Bezugspunkt, während beim Programm mit offenen Gruppen die Einzeltherapie als Bezugspunkt bedeutsamer wird.

Literatur

DRV Bund (2018): Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung Bund für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR). Berlin: DRV Bund.

Lorenz, K., Manhart, A.-K., König, H., Stock Gissendanner, S. (2019): Verhaltens-medizinisch orientierte orthopädische Rehabilitation in der Praxis. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 105: 19-31.

Melicherova, U., Köllner, V. (2020): Offen oder geschlossen? Das ist hier die Frage! Psychotherapie im Dialog, 21: 76-79.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Deutsche Rentenversicherung Rheinland

App-Intervention mit Telefon-Coaching als Nachsorge nach stationärem Aufenthalt für Alkoholkonsumstörung: Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie

Sebastian Saur[1]; Catharina Lang[1]; Kiona Weisel[1]; Lukas Fuhrmann[1]; Matthias Berking[1], Niklas Enewoldsen[2]; Daniela Reichl[2]; Sabine Steins-Löber[2]

[1] Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU),
[2] Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Hintergrund und Zielstellung

Alkoholkonsumstörungen stellen ein hoch prävalentes Erkrankungsbild dar, das mit einem hohen Rückfallrisiko, hohem Leidensdruck, reduzierter Lebensqualität sowie einem erhöhten Risiko für psychische und physische Komorbiditäten einhergeht (McKay, Hiller-Sturmhofel, 2011; World Health Organization, 2018). Es wurden eine Vielzahl von Nachsorgeangeboten etabliert, um einen chronischen Verlauf und Rückfälle nach einer stationären Behandlung zu verhindern. Dennoch nimmt die Mehrheit der Patient*innen nach dem stationären Entzug keine derartigen Angebote in Anspruch (Buchholz et al., 2019; Mojtabai et al., 2011).

App-basierte, durch Coaches begleitete Interventionen bieten aufgrund von Niedrigschwelligkeit, zeitlicher wie örtlicher Flexibilität und der Möglichkeit der Personalisierung ein großes Potential bei der Rehabilitation und Unterstützung von Patient*innen nach einem stationären Entzug. Ziel dieser Studie ist die Überprüfung der Wirksamkeit einer solchen Intervention.

Methoden

356 Personen mit einer Alkoholkonsumstörung (nach DSM-5) wurden von Dezember 2019 bis August 2021 in acht Kliniken in Bayern rekrutiert. Die Teilnehmenden wurden via Randomisierung entweder der Interventions- oder der Kontrollgruppe (mit Zugang zur Regelversorgung) zugeteilt. Die Intervention bestand aus einer App, die Psychoedukation und für die Abstinenz relevante Kompetenzen vermittelte, und aus sechs wöchentlichen Coaching-Gesprächen mit approbierten Psychotherapeut*innen über einen Zeitraum von sechs Wochen. Neben der Unterstützung bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz diente die Intervention auch der Vermittlung in Nachsorgeangebote wie die stationäre Rehabilitation. Telefonische Befragungen fanden drei Wochen, sechs Wochen (Postmessung), drei Monate und sechs Monate (Follow-Ups) nach Randomisierung statt. Primärer Endpunkt war das Rückfallrisiko innerhalb der sechs Monate nach Randomisierung. Sekundäre Endpunkte waren u.a. die Symptomschwere und die Aufnahme von Nachsorgeangeboten.

Ergebnisse

Eine Cox-Regression mit dem Full Analysis Set (Personen, für die mindestens eine Messung nach Randomisierung vorlag, d.h. 134 Personen in der Interventionsgruppe und 138 Personen in der Kontrollgruppe) ergab einen signifikanten Effekt der Gruppe (p=.040),

wobei die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe ein geringeres Rückfallrisiko aufwies. Dieser Effekt zeigte sich insbesondere unter der Voraussetzung, dass die Intervention entsprechend der Empfehlung genutzt wurde (Per-Protocol-Analyse, p=0.032).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Studie zeigen die Wirksamkeit der Intervention und liefern damit neue Erkenntnisse hinsichtlich der Effektivität App-basierter, durch Coaches begleiteter Interventionen bei der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen. Da solche Interventionen niedrigschwellig sind, können sie die bisherige Versorgungslandschaft sinnvoll erweitern und bisherige Maßnahmen zur Rehabilitation ergänzen und unterstützen.

Take-Home-Message

App-basierte Interventionen, insbesondere in Kombination mit telefonischem Coaching, bieten einen innovativen und vielversprechenden Ansatz zur Behandlung von Alkoholkonsumstörungen und stellen daher ein großes Potential für die Rehabilitation dar.

Literatur

Buchholz, A., Rosahl, A., Spies, M., Silkens, A., Scherbaum, N., Reimer, J., Hempleman, J., Röhrig, J. (2019): Vermittlung von Patienten in eine Postakutbehandlung nach dem stationären qualifizierten Alkoholentzug. Suchttherapie 20(4), 212–219. DOI: 10.1055/a-0785-5850

McKay, J. R., Hiller-Sturmhofel, S. (2011): Treating alcoholism as a chronic disease: approaches to long-term continuing care. Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 33(4), 356–370.

Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., Wells, K. B., Pincus, H. A., Kessler, R. C. (2011): Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. Psychological medicine, 41(8), 1751–1761. DOI: 10.1017/S0033291710002291

World Health Organization (2018): Global Status Report on Alcohol and Health 2018.

Interessenkonflikt: Professor Matthias Berking ist Gesellschafter der mentalis GmbH, die die App-Intervention der aktuellen Studie mitentwickelt hat und wissenschaftliche Erkenntnisse zu digitalen Gesundheitsinterventionen in die Regelversorgung implementieren will.

Förderung: Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Entwicklung eines Kompetenzmodells für Therapeut*innen und Patient*innen in der Tele-Reha-Nachsorge: Ergebnisse einer onlinebasierten Querschnittsbefragung

Anna Lea Stark-Blomeier; Christoph Dockweiler

Universität Siegen

Hintergrund und Zielstellung

Telerehabilitation ist eine neue Form der Versorgung, die einen digitalen Zugang zu Rehabilitationsleistungen ermöglicht. Dabei haben sich in Deutschland bisher insbesondere digitale Angebote der Reha-Nachsorge durchgesetzt. Die Tele-Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung umfasst zum einen Programme, bei denen die Patient*innen die digitale Therapie über eine App eigenständig von zuhause durchführen. Zum anderen gehören synchron mit dem/der Therapeut*in durchgeführte Videokonferenzen dazu. Mit der Nutzung solcher Tele-Reha-Nachsorgeprogramme gehen jedoch Anforderungen an die Patient*innen und Therapeut*innen einher. Ziel dieser Studie war die Ermittlung erforderlicher Kompetenzen für eine erfolgreiche Nutzung, die Identifikation personen- und kontextspezifischer Unterschiede und die Entwicklung von zielgruppenspezifischen Kompetenzmodellen.

Methoden

Von Juni bis August 2023 wurden bundesweit zwei onlinebasierte Querschnittsbefragungen mit Patient*innen und Therapeut*innen mit Erfahrungen in der Tele-Reha-Nachsorge durchgeführt. Die Fragebögen wurden über Limesurvey realisiert und umfassten Angaben über das verwendete Tele-Reha-Nachsorgeprogramm, die durchlaufenen Schritte in der Tele-Reha-Nachsorge, die Bewertung der Relevanz von 26 bzw. 28 vordefinierten Kompetenzen (Skala: 1 = „überhaupt nicht wichtig“ bis 7 = „sehr wichtig“), die Technikaffinität nach Franke et al. (2019) sowie soziodemografische Daten. Der bereinigte Datensatz von 262 Patient*innen und 73 Therapeut*innen wurde quantitativ ausgewertet, einschließlich deskriptiver und bivariater Statistiken. Gruppenunterschiede (hinsichtlich Geschlecht, Alter, Programmart, Technikaffinität und Beruf) in der Relevanz von Kompetenzen wurden mittels t-Tests und U-Tests identifiziert. Die Entwicklung von zwei Kompetenzmodellen für die Tele-Reha-Nachsorge orientierte sich an dem Prozess zur Kompetenzmodellierung nach Marrelli et al. (2005). Es wurden Kernschritte, Kernkompetenzen und signifikante Gruppenvariablen definiert bzw. identifiziert und in die Modelle aufgenommen.

Ergebnisse

Die Nutzung von Tele-Reha-Nachsorge erfordert von Patient*innen die Einholung von Informationen über das Programm vor Therapiestart, das Befolgen von Anweisungen des/der Therapeut*in während der digitalen Therapie, die Anpassung der Therapie an eigene Bedürfnisse, den Umgang mit gesundheitlichen Problemen während der Therapieausübung und das selbstständige Motivieren für sowie Erinnern an Therapiesitzungen. Therapeut*innen für Tele-Reha-Nachsorge sind für die Ausführung unterschiedlicher Arbeitsschritte verantwortlich. Sie müssen Patient*innen über die Tele-Reha-Nachsorgeprogramme informieren und sie instruieren, die Therapie an die Patient*innenbedürfnisse anpassen, das

technische Set-Up durchführen sowie technischen Support liefern, Patient*innen medizinische Unterstützung bieten, sie während der digitalen Therapie anleiten und überwachen, ihnen Feedback geben, sie motivieren und an die Therapiedurchführung erinnern sowie Therapiefortschritte oder Gesundheitsparameter dokumentieren.

Die Kompetenzmodelle umfassen 23 bzw. 24 Kernkompetenzen, die für eine erfolgreiche Durchführung von Tele-Reha-Nachsorge relevant sind. Diese lassen sich in die vier Kompetenzdimensionen Wissen, Einstellungen, Fähigkeiten und Erfahrungen unterteilen. Die drei relevantesten Kompetenzen für Patient*innen sind Eigeninteresse am Programm (M=6,3), Selbstwahrnehmung (M=5,9) und Selbstmanagement (M=5,8). Der Programmtyp (eigenständige Appnutzung vs. synchrone Videokonferenz), die Technikaffinität (hoch vs. niedrig) und das Alter (jünger vs. älter) beeinflussen die Relevanzbewertung signifikant. Die drei relevantesten Kompetenzen für Therapeut*innen sind therapeutisch- fachliche Fähigkeiten (M=6,3), medizinisches Wissen (M=6,1) und Wissen über Tele-Reha-Nachsorge (M=6,1). Das Alter, die Technikaffinität und die Art des Berufs der Therapeut*innen (reine Tele-Therapeut*innen vs. auch als analoge Therapeut*in tätig) haben einen signifikanten Einfluss auf die Relevanzbewertung.

Diskussion und Fazit

Es bedarf vielfältiger personaler, sozial-kommunikativer und technischer Kompetenzen für die gelingende Nutzung von Tele-Reha-Nachsorge. Die Identifikation von Kernschritten und -kompetenzen in der Tele-Reha-Nachsorge ermöglicht künftig die gemeinschaftliche Entscheidungsfindung über das passende Reha-Nachsorgeformat zwischen Patient*in und Therapeut*in oder Ärzt*in. Auch kann das Kompetenzprofil für die Auswahl geeigneter Therapeut*innen für die Tele-Reha-Nachsorge eingesetzt und beispielsweise in Stellenausschreibungen transparent gemacht werden. Weiter zeigt sich, dass verschiedene personen- und kontextbezogene Merkmale, wie die Technikaffinität oder Programmart, die Relevanzbewertung beeinflussen. Diese sollten bei der Entwicklung bedarfsgerechter Konzepte für Patient*innen- und Therapeut*innenschulungen in Vorbereitung auf die Programmnutzung berücksichtigt werden. Grundsätzlich ist die Kompetenzmodellierung ein iterativer Prozess, wonach die Praktikabilität und Inhalte der Modelle fortführend in der Praxis getestet und adaptiert werden sollten.

Take-Home-Message

Die erfolgreiche Nutzung von Tele-Reha-Nachsorge stellt mit 23 bzw. 24 benötigten Kernkompetenzen hohe Anforderungen an Patient*innen und Therapeut*innen und sollte mit bedarfsgerechten Schulungsangeboten adäquat vorbereitet und begleitet werden.

Literatur

Franke, T., Attig, C., Wessel, D. (2019): A Personal Resource for Technology Interaction: Development and Validation of the Affinity for Technology Interaction (ATI) Scale. Int J Hum Comput Interact, 35. 456–467.

Marrelli, A. F., Tondora, J., Hoge, M. A. (2005): Strategies for developing competency models. Adm Policy Ment Health, 32. 533–561.

Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften Nordrhein-Westfalen e.V.

Gesundheitsökonomische Analyse der ReNaApp-Studie

Iris Brandes; Nicole Heinze

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Körperliche Aktivität gilt als effektive Strategie zur Verbesserung patientenorientierter wie auch sozialmedizinischer Parameter (Reduzierung verschiedener mit der Erkrankung sowie den Therapien einhergehender Symptome, Steigerung der Arbeitsfähigkeit). Im Rahmen der ReNaApp-Studie wurde – basierend auf dem Neuen Credo - ein bewegungsorientiertes Nachsorgeprogramm für Frauen mit Mammakarzinom per App entwickelt und erprobt. Ziel der gesundheitsökonomischen Evaluation war die Ermittlung der Kosten-Effektivität der Einführung des Nachsorgeprogrammes im Vergleich zur einer Standard-Reha und Standard-Nachsorge.

Methoden

Es handelt sich um eine quasi-randomisierte, prospektive Längsschnittstudie (sequenzielles Studiendesign). Die Evaluation erfolgte durch eine schriftliche Befragung zu drei Messzeitpunkten (Beginn und Ende Rehabilitation sowie nach 12 Monaten). Eingeschlossen wurden volljährige Frauen mit Mammakarzinom bis zum 60. Lebensjahr. Die Interventionsgruppe (IG) umfasste 287 und die Kontrollgruppe (KG) 380 Frauen. Zielgrößen für die Kosten-Wirksamkeitsanalysen waren indikationsunabhängige (SF 12) und krankheitsspezifische (EORTC) Lebensqualität sowie Leistungsminderungen im privaten und beruflichen Bereich. Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation wurde die Perspektive der Sozialversicherungsträger eingenommen.

Da eine vorab durchgeführte umfassende Literaturrecherche keine aktuellen Publikationen zu den attributablen Krankheitskosten für den gesamten Krankheitsverlauf bei Brustkrebs erbrachte, wurden die entsprechenden Leistungsdaten mittels Rehabilitandinnen-Fragebögen erhoben. Die Bewertung der Mengendaten erfolgte auf Basis von Vergütungssätzen gemäß den Empfehlungen der „AG Reha-Ökonomie“ (Krauth et al.; 2005). Zur Ermittlung der Bewertungsansätze wurden verschiedenste Datenquellen der jeweiligen Vergütungssysteme herangezogen. Die Ermittlung der Kosten erfolgte unter kritischer Würdigung der Validität der vorliegenden Daten sowie der Relevanz für das Gesamtergebnis. Für die Datenerhebung kamen grundsätzlich objektive (z.B. Abrechnungsdaten von Kostenträgern, Leistungserbringern) und subjektive (z.B. Patientenfragebögen, Interviews) Datenquellen in Frage, die parallel für die Kostenermittlung zum Einsatz kamen.

Die Ermittlung der direkten Kosten beruhte – soweit verfügbar – auf Vergütungssätzen aus dem Jahr 2020. Das gilt für beide Untersuchungsgruppen und alle Erhebungszeitpunkte. Damit wurde sichergestellt, dass die Ergebnisse nicht durch unterschiedliche Vergütungssätze verzerrt wurden. Die Ermittlung der indirekten Kosten basierte auf dem Humankapitalansatz, da die Frauen ausschließlich langfristige Ausfallzeiten angegeben hatten.

Die Durchführungskosten der Kliniken wurden mittels Fragebogen erhoben.

Ergebnisse

Beide Untersuchungsgruppen waren hinsichtlich der Soziodemographie vergleichbar. Im Prä- Post-Vergleich konnten signifikante Verbesserungen für die Zielgrößen belegt werden. Signifikante Gruppenunterschiede waren jedoch teilweise der KG oder der IG zuzuschreiben, ein eindeutiger Vorteil zugunsten der IG konnten aus gesundheitsökonomischer Perspektive nicht nachgewiesen werden.

Für beide Gruppen wurden signifikante Kostenreduzierungen im Prä-Post-Vergleich dokumentiert. Die IG wies eine etwas höhere Senkung der Kosten auf, die jedoch durch die Durchführungskosten in der Klinik überkompensiert wurde. Beispielhaft werden die Fallkosten (FK) pro Punktwert (PW) zu Zielgrößen dargestellt, in denen die IG einen Vorteil gegenüber der KG aufwies: psychische Summenskala des SF 12 (PW=4,4; FK=1,55€); kognitive Funktion (PW=3,7; FK=1,93€), finanzielle Probleme (PW=2,5; FK=2,85€) und Appetitverlust (PW=2,4; FK=2,97€) des EORTC-QLQ-C30, Körperbild (PW=1,7; FK=4,20€) und sexuelle Lust (PW=1,9; FK=3,75€) aus dem Bereich der brustkrebsspezifischen Symptomatik des EORTC-QLQ-BR23 sowie kognitive Fatigue (PW=2,0; FK=3,57€).

Diskussion und Fazit

Differenzierte, aktuelle Angaben zu den attributablen Kosten bei Brustkrebs sind in der Literatur nicht zu finden. Die Recherche nach frei verfügbaren Daten und deren Ableitung von anwendungsfähigen Kostensätzen wurde durch die zunehmende Individualisierung der Therapien und deren Abläufe wie auch die Komplexität des deutschen Gesundheits- und somit auch des Abrechnungssystems erheblich erschwert.

Die Ergebnisse der Effektgrößen zeigten aus gesundheitsökonomischer Perspektive keinen eindeutigen Vorteil für die IG. Die gewählten Zielgrößen belegten jedoch durchweg gute und zum überwiegenden Teil signifikante Verbesserungen im Prä-Post-Vergleich über alle Studienteilnehmerinnen hinweg. Es ist daher nicht auszuschließen, dass die Effekte der Rehabilitation selbst die Wirkung der App überlagern. Grundsätzlich ist auch zu überlegen, ob die Frauen in dieser frühen Phase ihrer Erkrankung einen externen Anreiz (durch die App) benötigen oder ob dieser zu einem späteren Zeitpunkt (z.B. bei einer wiederholten Reha nach 3 Jahren) eine bessere Wirkung erzielen könnte.

Die Klinikkosten sind möglicherweise etwas überschätzt worden. Erfahrungsgemäß ist im ersten Jahr der Umsetzung eines neuen Angebotes oder einer neuen Intervention ein erhebliches Maß an planerischen und organisatorischen Maßnahmen erforderlich, die sowohl die Strukturen (z.B. Erwerb zusätzlicher Qualifikationen einzelner Beschäftigter) wie auch die Abläufe (z.B. Änderung der im System hinterlegten Therapiepläne) einer Klinik betreffen können. Es ist nachvollziehbar, dass sich dieser Aufwand im Verlauf der Zeit in einem gewissen Umfang reduziert.

Take-Home-Message

Auf Basis der Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Analyse konnten keine eindeutigen Vorteile zugunsten der Gruppe der App-Nutzerinnen identifiziert werden.

Literatur

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: Gesundheitswesen. 67(10), S. 736-746.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Untersuchung der Gewohnheitsbildung im Rahmen einer digitalen Reha-Nachsorge bei Menschen mit Adipositas

Susanne Weyland[1]; Anna Pelegrina[1]; Jakob Hedin[1]; Darko Jekauc[1]; Detlef Schmidt[2]

[1] Karlsruher Institut für Technologie, [2] Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Hintergrund und Zielstellung

Aufgrund ihrer steigenden Prävalenz (OECD, 2019) und ihres Zusammenhangs mit zahlreichen Erkrankungen (z.B. Taylor et al., 2012) wird Adipositas zunehmend als ein bedeutendes epidemiologisches Problem erkannt. Umso relevanter ist es, dass die technologische Entwicklung auch im Bereich der Adipositas-Rehabilitation neue Möglichkeiten im Gesundheitssektor eröffnet. So werden im Rahmen eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See initiierten Projektes die Personen in der Nachsorge eines Reha-Aufenthaltes mit der Telerehabilitationsplattform Caspar Health betreut. Solche Innovationen können betroffene Personen dabei unterstützen, ein Gesundheitsverhalten wie körperliche Aktivität langfristig aufrechtzuhalten. Theoretischen Modellen zufolge spielt dabei die Bildung von Gewohnheiten eine entscheidende Rolle (Strobach et al., 2020). Um diesen psychologischen Prozess zu verstehen, war es das Ziel der vorliegenden Untersuchung, die Wirksamkeit einer digitalen Nachsorge hinsichtlich der Gewohnheitsbildung bezüglich eines Gesundheitsverhaltens zu untersuchen.

Methoden

Bei der vorliegenden Untersuchung mit drei Messzeitpunkten wurde ein quasi- experimentelles Studiendesign mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe aus acht verschiedenen Kliniken realisiert (Fritsch et al., 2021). Der erste Messzeitpunkt fand während des ersten stationären Aufenthaltes statt. Nach diesem Aufenthalt hatte die Interventionsgruppe die Option, mit der Telerehabilitationsplattform Caspar Health digital betreut zu werden. Die Kontrollgruppe erhielt keine solche digitale Nachsorge, folgte aber konventionellen Rehabilitationskonzepten. Bei der Ausgangs- und den beiden Folgemessungen sechs bzw. zwölf Monate nach dem ersten stationären Aufenthalt wurde die Gewohnheit, körperlich aktiv zu sein, mit dem „Self-Report Behavioural Automaticity Index“ (SRBAI; Gardner et al., 2012) erhoben.

Ergebnisse

Zum ersten Messzeitpunkt lagen Daten von 222 Personen der Interventionsgruppe (63 weiblich; Durchschnittsalter 47.11 Jahre) und 190 Personen der Kontrollgruppe vor (92 weiblich; Durchschnittsalter 50.94 Jahre). In die Varianzanalyse mit Messwiederholung flossen die Daten von insgesamt 238 Personen ein, die an allen Messzeitpunkten den SRBAI ausgefüllt hatten. Auf einer Skala von 1 bis 5 lagen die Mittelwerte der Gewohnheit zum ersten

Messzeitpunkt in der Interventionsgruppe bei M = 2.49 (SD = 0.97) und in der Kontrollgruppe bei M = 2.31 (SD = 0.87). Beide Gruppen zeigten einen Anstieg in den Mittelwerten, die beim dritten Messzeitpunkt in der Interventionsgruppe bei M = 3.02 (SD = 0.99) und in der Kontrollgruppe bei M = 2.62 (SD = 0.98) lagen. Den Ergebnissen der Varianzanalyse mit Messwiederholung und Greenhouse-Geisser-Korrektur folgend handelt es sich hierbei um einen signifikanten Zeiteffekt ($F(1.91, 451.21) = 34.23$; $p < 0.001$; partielles $\eta 2 = 0.127$). Dieser blieb auch unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht signifikant. Eine signifikante Interaktion zwischen Zeit und Gruppe lag jedoch nicht vor. Das bedeutet, dass die Gewohnheitswerte unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit über die Zeit leicht anstiegen.

Diskussion und Fazit

Es zeigte sich, dass sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Kontrollgruppe die Gewohnheit, körperlich aktiv zu sein, über die Zeit signifikant anstieg. Die vorliegende Telehabilitationsplattform war nicht explizit im Hinblick auf Determinanten der Gewohnheitsbildung konzipiert worden. Zukünftige Studien könnten mit größeren Stichproben die Wirksamkeit von Interventionen untersuchen, die insbesondere auf die Bildung von Gewohnheiten abzielen. Digitale Nachsorge besitzt hierbei ein großes Potenzial, das Gesundheitsverhalten nachhaltig zu fördern und die Bildung von Gewohnheiten zu unterstützen.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse dieser Untersuchung sprechen dafür, dass sowohl traditionelle als auch digital unterstütze Nachsorgeinterventionen zur Bildung von Gewohnheiten beitragen können.

Literatur

Fritsch, J., Feil, K., Weyland, S., Schmidt, D., Jekauc, D. (2021): Effectivity of a mHealth intervention for individuals with obesity: a study protocol for a controlled intervention study. BMC Sports Science, Medicine & Rehabilitation, 13(1). 112.

Gardner, B., Abraham, C., Lally, P., de Bruijn, G.-J. (2012): Towards parsimony in habit measurement: Testing the convergent and predictive validity of an automaticity subscale of the Self-Report Habit Index. The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9. 102.

OECD (2019): The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing.

Strobach, T., Englert, C., Jekauc, D., Pfeffer, I. (2020): Predicting adoption and maintenance of physical activity in the context of dual-process theories. Performance Enhancement & Health, 8(1). 100162.

Taylor, V. H., McIntyre, R. S., Remington, G., Levitan, R. D., Stonehocker, B., Sharma, A. M. (2012): Beyond pharmacotherapy: understanding the links between obesity and chronic mental illness. Canadian Journal of Psychiatry, 57(1). 5–12.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Untersuchung zu der Wirksamkeit einer digitalen Reha-Nachsorge bei Menschen mit Adipositas bezüglich Gesundheit und körperlicher Aktivität

Anna Pelegrina[1]; Susanne Weyland[1]; Jakob Hedin[1]; Darko Jekauc[1]; Detlef Schmidt[2]

[1] Karlsruher Institut für Technologie, [2] Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Hintergrund und Zielstellung

Adipositas ist ein gesundheitliches Problem, das sich in steigenden Prävalenzraten zeigt. Übergewicht und insbesondere Adipositas stehen im Zusammenhang mit vielen Erkrankungen (OECD, 2019). Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See initiierte diese Studie, um die Wirksamkeit der digitalen Rehabilitationsnachsorge mit der Telerehabilitationsplattform Caspar Health im Rahmen der Adipositas-Intervallrehabilitation in Bezug auf körperliche und psychische Gesundheit, sowie körperliche Aktivität zu überprüfen.

Methoden

Die Studie folgte einem prospektiven, quasi-experimentellen Design mit drei Messzeitpunkten. Es wurden eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe aus insgesamt neun verschiedenen Kliniken in Deutschland untersucht. Die Studie wurde im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) unter der Nummer DRKS00024836 registriert und die Methodik der Studie wurde im Studienprotokoll veröffentlicht (Fritsch et al., 2021). Vom 20. Juli 2021 bis zum 11. Januar 2023 wurden 222 Personen (63 weiblich) für die Interventionsgruppe und 190 Personen (92 weiblich) für die Kontrollgruppe rekrutiert. Nach der stationären Rehabilitation erhielten die Patienten der Interventionsgruppe die Möglichkeit, an einer digitalen Nachsorge über CASPAR Health teilzunehmen. Die Kontrollgruppe folgte konventionellen Rehabilitationskonzepten ohne digitale Nachsorge. Die Messzeitpunkte lagen zu Beginn des stationären Aufenthalts, sechs Monate sowie zwölf Monate nach Reha-Ende. Zu allen drei Messzeitpunkten wurde die körperliche Aktivität anhand des Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ; Wanner et al, 2017) und die körperliche und psychische Gesundheit anhand des Short-Form 12 Fragebogens (SF-12; Morfeld et al.; 2011) erhoben. Berechnungen zum Vergleich der Messzeitpunkte erfolgten mittels Varianzanalysen mit Messwiederholung.

Ergebnisse

Zum ersten Messzeitpunkt gab es bei körperlicher Gesundheit und körperlicher Aktivität es keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Diese wiesen jedoch bezüglich der psychischen Gesundheit einen signifikanten Unterschied zum ersten Messzeitpunkt auf ($t(410) = 2.11$, $p = 0.035$)). Die Varianzanalysen mit Messwiederholung ergaben signifikante Zeiteffekte für die körperliche Aktivität ($F(2, 428) = 4.16$; $p = 0.016$; partielles $\eta 2 = 0.019$)), die körperliche Gesundheit ($F(1.89, 453.17) = 24.22$; $p < 0.001$; $\eta 2 = 0.092$)) und die psychische Gesundheit ($F(1.93, 463.23) = 12.37$; $p < 0.001$; $\eta 2 = 0.049$)). Eine signifikante Interaktion zwischen Zeit und Gruppe lag nur für körperliche Aktivität vor ($F(2, 428) = 3.71$; $p = 0.025$; partielles $\eta 2 = 0.017$)). In der Interventionsgruppe steigt körperliche Aktivität vom ersten ($M = 1235.38$, $SD = 1446.21$) auf den zweiten Messzeitpunkt ($M = 1764.19$, $SD = 1896.25$) stark an, fällt jedoch im dritten Messzeitpunkt ($M = 1652.48$,

SD = 2009.41) flach ab. Die Kontrollgruppe hingegen wies nahezu konstant bleibende Mittelwerte über alle drei Messzeitpunkte (M = 1028.98, SD = 1157.90; M = 1035.44, SD = 1182.80; M = 1059.23, SD = 1318.64) auf. Nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht blieb lediglich der Zeiteffekt für psychische Gesundheit signifikant ($F(1.93, 457.58) = 3.78$; $p = 0.025$; partielles $\eta 2 = 0.016$)).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen nahe, dass sowohl die konventionelle als auch die digitale Rehabilitationsnachsorge eine positive Entwicklung der körperlichen Aktivität sowie der subjektiven körperlichen und psychischen Gesundheit fördern können. Die Interventionsgruppe zeigte jedoch eine stärkere Verbesserung der körperlichen Aktivität im Vergleich zur Kontrollgruppe. Darüber hinaus deuten die Ergebnisse der Studie darauf hin, dass Alter und Geschlecht die Effekte überlagern, was möglicherweise auf Effekte der digitalen Kompetenz zurückzuführen ist.

Take-Home-Message

Sowohl konventionelle als auch digitale Rehabilitationsnachsorgeprogramme können zur Verbesserung der Gesundheit von Menschen mit Adipositas beitragen, wobei digitale Ansätze potenziell stärkere Effekte auf die körperliche Aktivität zeigen können.

Literatur

Fritsch, J., Feil, K., Weyland, S., Schmidt, D., Jekauc, D. (2021): Effectivity of a mHealth intervention for individuals with obesity: a study protocol for a controlled intervention study. BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation, 13, 1-9.

Morfeld, M., Kirchberger, I., Bullinger, M. (2011): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

OECD (2019): The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/67450d67-en (Abruf: 06.11.2024, 15:00 Uhr).

Wanner, M., Hartmann, C., Pestoni, G., Martin, B. W., Siegrist, M., Martin-Diener, E. (2017): Validation of the Global Physical Activity Questionnaire for self-administration in a European context. BMJ open sport & exercise medicine, 3, e000206.

Förderung: Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Bestandsaufnahme und Machbarkeitsanalyse einer Verstetigung kostenfreier Webangebote aus Forschungsprojekten durch die Rentenversicherung

Kristina Kulisch[1]; Daniela Sewöster[1]; Selina Kallinger[2]; Ayca Ilgaz[2]; Harald Baumeister[2]

[1] Deutsche Rentenversicherung Bund, [2] Universität Ulm

Hintergrund und Zielstellung

In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Forschungsprojekte im breiten Feld der digitalen Information und Versorgung durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) finanziert. Hierbei handelt es sich u. a. um Webangebote mit spezifischen Informationen zur Rehabilitation der DRV sowie Anwendungen, die Rehabilitand*innen bzw. Leistungserbringern vor, während oder nach der Rehabilitation kostenfrei zur Verfügung stehen. Bei Abschluss der Projekte fehlt in der Regel die Möglichkeit der Verstetigung, da die Wartung und Aktualisierung nicht mehr erfolgt.

Ziel dieses in Zusammenarbeit von Forschenden der Universität Ulm und der DRV umgesetzten Vorhabens war es, auf Basis einer Bestandsaufnahme die Machbarkeit einer Verstetigung von vorhandenen, aber auch zukünftig entstehenden kostenfreien Webangeboten aus Forschungsprojekten durch die DRV zu untersuchen.

Methoden

Im Zeitraum von Oktober bis November 2022 erfolgte eine Abfrage von Projekten mit digitalen Informations- und Begleitangeboten bei den Trägern der DRV. Die Rückmeldungen wurden anhand der Zielgruppen systematisiert sowie hinsichtlich der Verstetigungslage und - möglichkeiten analysiert. Allgemeingültige Kriterien zur Bewertung von Förderungs- und Verstetigungspotential wurden extrahiert und daraus eine Bewertungsmatrix mit den zu bewertenden Hauptkategorien Relevanz, wissenschaftliche Qualität und Verwertbarkeit/Nachhaltigkeit abgeleitet. Die gemeldeten Projekte wurden anschließend mit der Matrix bewertet.

Ergebnisse

Es wurden 46 Projekte mit einem Laufzeitbeginn ab 2007 gemeldet. 12 dieser Projekte wurden von der weiteren Bewertung ausgeschlossen, da sie kein digitales Endprodukt aufwiesen (n=3) oder nicht durch die DRV finanziert wurden (n=9). 34 Projekte wurden mithilfe der Matrix hinsichtlich ihres Versteigungspotentials durch die DRV bewertet. Die in den Projekten entwickelten digitalen Webangebote wiesen eine große Heterogenität hinsichtlich Zielgruppe, Zeitpunkt der Nutzung im Kontext der Leistungen der DRV, Inhalten und Verstetigungslage auf.

Mehr als die Hälfte der in den zu bewertenden Projekten entwickelten digitalen Angebote (n=18) wurde von einer kostenfreien Verstetigung durch die DRV ausgeschlossen, da die Verstetigung gesichert (n=13) oder das Digitalprodukt eine zu vergütende Leistung darstellt

(n=5). Weitere zehn Projekte erfüllten im Ergebnis der vertieften Bewertung mit der Matrix die Anforderungen in den Hauptkategorien nicht und wurden deshalb von einer Verstetigung durch die DRV ausgeschlossen. Der Ausschluss in der Hauptkategorie Verwertbarkeit /Nachhaltigkeit erfolgte, wenn u. a. die Anforderungen an die Aktualität des Produkts sowie erwartete Kosten-/Wirksamkeitseffekte und Aufwand zur Verstetigung nicht erfüllt wurden.

Für nur sechs Webangebote kam gemäß Bewertung eine Verstetigung durch die DRV grundsätzlich infrage. Die Perspektiven einer möglichen Verstetigung dieser Angebote wurden geprüft. Die Umsetzung eines Webangebotes zur Verstetigung der identifizierten Angebote in Form einer externen, neu zu erstellenden und fortlaufend zu pflegenden Webseite der DRV ist vor dem Hintergrund der Heterogenität der Angebote und Zielgruppen nicht praktikabel. In Zusammenwirken von Forschenden und Träger werden alternative Verstetigungswege eruiert.

Die gewonnenen Erkenntnisse dienen der weiteren Auseinandersetzung mit der Verstetigung kostenfrei nutzbarer Webangebote aus der Rehabilitationsforschung. Zudem liefert das Vorhaben mit der entwickelten Bewertungsmatrix eine wissenschaftliche Grundlage für die Entscheidung über die Verstetigung bisheriger und zukünftiger Forschungsprojekte mit Webcontent im Kontext der Rehabilitation der DRV.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen die Relevanz der Frage nach Verstetigungsmöglichkeiten für digitale Angebote aus der Rehabilitationsforschung. Die Vielzahl an gemeldeten Projekten verdeutlicht die Größenordnung der Forschung auf dem Gebiet. Zudem zeigt die große Anzahl derjenigen Angebote, die im Ergebnis der Bewertung nicht für eine kostenfreie Verstetigung durch die DRV infrage kommen, den Handlungsbedarf hinsichtlich einer frühzeitigen Analyse und Bewertung von Verstetigungsmöglichkeiten digitaler Angebote, die in von der DRV geförderten Projekten entstehen.

Take-Home-Message

Die frühzeitige Analyse, Bewertung und Anbahnung von Verstetigungswegen für Digitalprodukte aus der Rehabilitationsforschung erhält zunehmende Relevanz.

Literatur

-

Förderung: Auftragsforschung Deutsche Rentenversicherung Bund

Der Mensch im Mittelpunkt – Partizipative Forschung zur Verbesserung digitaler Teilhabe von Menschen mit Behinderung

Sabrina Lorenz; Marianne Kreuder-Schock

Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) gGmbH

Hintergrund und Zielstellung

Die Digitalisierung sowie der Einsatz Künstlicher Intelligenz bietet perspektivisch einige Chancen für die Verbesserung der sozialen, beruflichen und digitalen Teilhabe von Menschen mit Behinderung (Kreuder-Schock et al., 2024, Lorenz et al., 2023). Entsprechend der Forderung „Nicht über uns ohne uns!“ müssen Menschen mit Behinderung als Expertinnen und Experten in eigener Sache bei der zukunftsorientierten Gestaltung digitaler Bildungs- und Arbeitsprozesse unbedingt miteinbezogen werden. Derartige partizipative Methoden sind in Zukunft unerlässlich, da Teilhabe, Passgenauigkeit und Zielgruppenadäquanz nur durch die aktive Einbindung von Betroffenen erreicht werden kann (ebenda). So werden Erkenntnisse aus erster Hand gewonnen, die ein korrektes Verständnis der Bedürfnisse und Wünsche der Zielgruppe ohne Verfälschung und Fehlinterpretationen von Ergebnissen liefern.

Mit Blick auf den sog. ‚digital disability divide‘ (vgl. u.a. Sube, Sonnenschein, 2022), der Menschen mit psychischer und/oder kognitiver Behinderung größeren Herausforderungen durch die Digitalisierung zuspricht, sind vor allem diese Zielgruppen bei der partizipativen Forschung zu berücksichtigen. Jedoch sind bei diesen Zielgruppen die behinderungsbedingten Auswirkungen extrem heterogen, was dazu führt, dass Barrierefreiheit bzw. -armut allumfänglich berücksichtigt werden muss: Dies betrifft z.B. die Auswahl des Veranstaltungsortes, die Medienwahl (z.B. mit Blick auf technische Hilfsmittel oder Gebärdensprachdolmetschenden), die Verwendung von einfacher Sprache, dem Einsatz leicht verständlicher Workshopmethoden oder die Erhöhung von Pausenzeiten zur Erhaltung der Konzentrationsfähigkeit.

Methoden

Im Beitrag werden verschiedene Erkenntnisse zur Durchführung partizipativer Forschung und Entwicklung von Tools und Bildungssettings sowie Workshops aus dem Projekt „digitaleTeilhaBe“ vorgestellt.

Ein wichtiger Ansatz im Projekt war, Menschen mit Behinderung direkt zu befragen: So wurden eine Online-Erhebung (n=136, davon n=75 Menschen mit Behinderung) sowie qualitative Interviews mit Menschen mit psychischer und/oder kognitiver Behinderung (n=8) durchgeführt. Herzstück des partizipativen Forschungsdesigns waren drei Zukunftswerkstätten (je n≈20), die sich den Barrieren, Wünschen und Handlungsansätzen digitaler Teilhabe widmeten (Jungk, Müllert, 1989). Die Teilnehmerschaft war sehr heterogen, es nahmen sowohl Menschen mit Körper-/Sinnesbehinderung als auch mit psychischer und/oder kognitiver Behinderung teil. Neben den Betroffenen als Expertinnen und Experten in eigener Sache nahmen auch Vertretende von Leistungsträgern, -erbringern, Bundes- und Landesministerien, Verbänden sowie weitere Akteure im Bereich Inklusion und Bildung teil.

Ergebnisse

Der Beitrag liefert verschiedene Ergebnisse und konkrete Tipps sowohl für die Organisation (Anmeldung, Akquise, Räume und Ausstattung) und Methodik (methodische Ausgestaltung und Rahmenbedingungen) von qualitativen Forschungssettings, als auch für die Durchführung quantitativer Forschungsmethoden (Entwicklung geeigneter Instrumente und Materialien).

Wichtige Grundlagen für die partizipative Einbindung von Betroffenen sind eine Beteiligung auf Augenhöhe, gegenseitiger Respekt und Wertschätzung für den Vertrauensaufbau, das Finden einer gemeinsamen Sprache, das Einplanen zeitlicher und finanzieller Ressourcen sowie die Berücksichtigung von Barrierearmut. Das Forschungsanliegen muss Menschen mit Behinderungen, die sich am Forschungsvorhaben beteiligen, so vermittelt werden, dass sie sich selbst eine Meinung bilden können. Nur dann können sie ihr Erfahrungswissen in den Prozess einbringen. Gleichzeitig muss beachtet werden, dass ausreichend Zeit für die Konzeption, Planung, Pretestung und Organisation partizipativer Erhebungsformate (Fragebögen, Interviewsituationen, Workshops etc.) eingeplant werden muss, denn partizipative Forschung dauert länger als Forschung ohne aktive Beteiligung nicht wissenschaftlicher Expertinnen und Experten. Außerdem müssen die Betroffenen für ihre aktive Beteiligung am Forschungsprozess vergütet werden.

Diskussion und Fazit

Die Erkenntnisse zeigen auf, welche Herausforderungen mit Blick auf partizipative Forschungsvorhaben mit heterogenen Zielgruppen auftreten und wie diesen begegnet werden kann. Das Leitprinzip ist das Beteiligt-Sein der Personen, die im Mittelpunkt der Forschung stehen, am gesamten Forschungsprozess, wobei Rollenbilder und Machverhältnisse regelmäßig reflektiert werden müssen. Auch wenn eine maximale Mitgestaltung mit Entscheidungsmacht durch die Betroffenen in allen Phasen eines Forschungsprozesse gewünscht ist, ist dies häufig aus verschiedenen Gründen nicht vollumfänglich möglich. Hier gilt es, Lösungen und praktische Handlungsmöglichkeiten zu diskutieren.

Take-Home-Message

In Zukunft werden partizipative (Forschungs-)Methoden immer relevanter, um zielgruppenadäquate digitale Lösungen und Lösungsansätze zu entwickeln und Künstliche Intelligenz auch für vulnerable Gruppen passgenau nutzbar zu machen.

Literatur

Jungk, R., Müllert, N. (1989): Zukunftswerkstätten. Mit Phantasie gegen Routine und Resignation. München: Heyne.

Kreuder-Schock, M., Lietz, S., Kreider, I., Lorenz, S., Schley, T. (2024): Barrieren digitaler Teilhabe erkennen und überwinden. Ein Leitfaden für die Praxis. f-bb-online 01/24.

Lorenz, S., Kreuder-Schock, M., Kreider, I., Lietz, S., Schley, T. (2023): Digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderung – Erste Erkenntnisse zu Möglichkeiten und Herausforderungen der Digitalisierung im Arbeitsleben. QfI - Qualifizierung für Inklusion, 5(2), doi: 10.21248/QfI.117

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

Digitale Gesundheitsanwendungen als Teilhabeleistung für Menschen mit Behinderungen und Medizinprodukt zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit: Konsequenzen aus der Praxisanalyse

Dörte Busch[1]; Cathleen Rabe-Rosendahl[2]

[1] Hochschule für Wirtschaft und Recht, Berlin,
[2] Zentrum für Sozialforschung Halle (ZSH) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA, § 33a SGB V) sind seit ihrer Einführung 2019 und der praktisch erfolgten Versorgung der Patient:innen seit 2020 als neuer, eigenständiger Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihr Anwendungsbereich ist 2021 konsequent erweitert und nun für Menschen mit Behinderungen (§ 2 SGB IX) als Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 42 Abs. 2 Nr.6a, 47a SGB IX möglich. Für die Rentenversicherung gehören DiGA erstmalig im Kontext der Erwerbsfähigkeit zum Leistungskatalog (§ 15 SGB VI). Grundvoraussetzung für die Leistungserbringung ist die Listung in dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geführten Verzeichnis (§ 139e SGB V).

Methoden

Es werden die Regelwerke für DiGA, die Praxis der Verfügbarkeit von DiGA anhand des DiGA-Verzeichnisses sowie Evaluierungen von DiGA analysiert und Handlungsempfehlungen formuliert.

Ergebnisse

1. Eine untergesetzliche Ausgestaltung der DiGA im Kontext der Erwerbsfähigkeit fehlt mit dem Ergebnis, dass DiGA als Reha- und Teilhabeleistung der Rentenversicherung im Herbst 2024 in der Praxis nicht verfügbar sind.

2. In einem Schwerpunkt sind DiGA für psychische Erkrankungen verfügbar. Diese Erkrankungen können das Erwerbsleben vieler Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen erschweren oder verhindern. Daher liegt es nahe, dass die nachgewiesenen positiven Versorgungeffekte der gelisteten DiGA ebensolche Effekte auf die Erwerbsfähigkeit haben. Dies kann bei der Konkretisierung der Nachweispflichten gemäß §§ 8ff. DiGAV genutzt werden. Abgrenzungsschwierigkeiten sind im Einzelfall zu Lasten der Versicherten zu vermeiden.

Diskussion und Fazit

Für die Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis kommt zu den für die Krankenversicherung geltenden Anforderungen zusätzlich die Verpflichtung hinzu, dass neben dem Nachweis

positiver Versorgungseffekte nach § 139e Abs. 2 Satz 2 Nr.3 SGB V der Nachweis des Erhalts der Erwerbsfähigkeit zu führen ist (§ 139e Abs.12 Satz 2 SGB V). Eine untergesetzliche Ausgestaltung hat bislang nicht stattgefunden mit dem Ergebnis, dass DiGA als Reha- und Teilhabeleistung der Rentenversicherung in der Praxis nicht existieren.

Das BfArM soll durch eine geeignete Gestaltung des Verzeichnisses die Zuordnung, welche DiGA ausschließlich als Reha- und Teilhabeleistung nach dem SGB VI von Trägern der Rentenversicherung erbracht werden können, sicherstellen. Die DiGA-Verordnung – DiGAV (§ 139e Abs.9 SGB V) wurde zuletzt 2024 geändert, ohne die Nachweispflicht bzgl. der Erwerbsfähigkeit zu konkretisieren. Darauf beruft sich das BfArM. Weder im DiGA-Leitfaden Version 3.5 vom 28.12.2023 noch in der Ausfüllhilfe zum Antragsportal zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis kommt die DiGA zur Erwerbsfähigkeit vor. Eine Antragstellung ist derzeit gar nicht möglich (DiGA-Leitfaden, S. 96).

Im Oktober 2024 sind 64 DiGA im Online-Verzeichnis gelistet, jedoch keine mit dem Kriterium des Erhalts der Erwerbsfähigkeit. Der Schwerpunkt der im Verzeichnis gelisteten DiGA liegt auf psychischen Erkrankungen, insbesondere Depressions- und Angsterkrankungen. Insofern stellt sich die Frage, warum diese DiGA nicht auch positiven Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit iSv § 15 SGB VI nehmen und als Teilhabe- und Rehabilitationsleistung aufgeführt sind. Bei DiGA, die nachgewiesene positive Versorgungseffekte bei psychischen Beeinträchtigungen erzielen, liegt es nahe, dass diese Effekte einen „Beitrag zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit“ leisten können, indem sie Menschen mit Behinderungen z.B. im/für das Erwerbsleben stabilisieren. Dies sollte bei dem Nachweis der positiven Versorgungseffekte nach §§ 8ff. DiGAV berücksichtigt und ggf. eine Verknüpfung hergestellt werden. Eine besondere Relevanz könnte dies bei den genannten chronischen Erkrankungen haben. Ziel muss sein, die Nachweispflichten möglichst zu harmonisieren, damit DiGA mit positiven Versorgungseffekten zügig in der Praxis verfügbar sind. Nicht zu verkennen sind Abgrenzungsschwierigkeiten im Einzelfall, die jedoch nicht zu Lasten der Menschen mit Behinderungen wirken dürfen.

Take-Home-Message

Um DiGA als Reha- und Teilhabeleistung der Rentenversicherung zu aktiven und für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen im Arbeitsleben nachhaltig zu nutzen, besteht bei der Umsetzung der Nachweispflichten gemäß §§ 8ff. DiGAV und dem Angebot solcher DiGA ein Nachholbedarf.

Literatur

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2023, Version 3.5): DiGA-Leitfaden.

Busch, D. (2023): Eine rechtliche Analyse der DiGA gemäß § 47a SGB IX in der Gesetzlichen Rentenversicherung (gekürzt), DRV Schriften Band 128, 2023, 189.

Busch, D., Rabe-Rosendahl, C. (2024): Dynamischer Rechtsrahmen und empirische Entwicklungslinien zur Versorgung der Patient:innen mit digitalen Gesundheitsanwendungen (§ 33a SGB V) in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, in: Brameshuber/Blasch (Hrsg.), Österreichisches Jahrbuch Sozialversicherungsrecht 2024, S. 187.

Hery, D., Stadlbauer, J., Schewina, K., Volpert, A. (2024): Digitale Gesundheitsanwendungen (kurz: DiGA) – ein Zwischenfazit, Fraunhofer IESE, URL: https://www.iese.fraunhofer.de/blog/digitale-gesundheitsanwendungen-zwischenfazit/, Abruf 28.10.2024

Ströbel, L., Grau, R. (2022): KI-gestützte Medizin-Apps, Zeitschrift für Datenschutz (ZD) 11. 599-605.

Knittel, B. (Hrsg.) (2024): SGB IX Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung. § 47a.

Inklusives Softwaredesign für menschengerechte Arbeitsgestaltung: Untersuchung von No-Code-Plattformen und Chatbots in Werkstätten für behinderte Menschen

Sara Hamideh Kerdar[1]; Britta Marleen Kirchhoff[1]; Lars Adolph[1]; Liane Bächler[2]

[1] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), [2] Universität zu Köln

Hintergrund und Zielstellung

Beschäftigte mit kognitiven Beeinträchtigungen und geringen IT-Kenntnissen haben üblicherweise wenig Möglichkeiten, ihre eigene Arbeit zu gestalten und Arbeitshilfen zu entwerfen. Low-Code- und No-Code-Plattformen (LCNC) ermöglichen es Citizen Developern, Websites und Anwendungen mit geringen oder keinen IT-Kenntnissen zu entwickeln. Diese Studie untersuchte daher einerseits, ob LCNC-Plattformen für Menschen mit Behinderungen zugänglich sind und mit geringer Hilfestellung genutzt werden können, um eigene Anwendungen zu entwickeln. Weiterhin wurde untersucht, ob mit der Verwendung der LCNC- Plattformen der Erwerb neuer Kenntnisse sowie eine Erweiterung der Aufgabenvielfalt verbunden waren. Andererseits wurde betrachtet, ob die Entwickelten Lösungen zu einer Verbesserung der Arbeitsgestaltung einer Werkstatt für behinderten Menschen (WfbM) beitrugen und wie deren Nützlichkeit beurteilt wurde.

Methoden

In einem Workshop mit Beschäftigten einer WfbM und deren Betreuungspersonen wurden Ideen für digitale Arbeitshilfen entwickelt. Die anschließende Studie wurde in zwei Phasen durchgeführt: Phase I: Produktentwicklung und Phase II: Produktimplementierung in der Werkstatt. In Phase I erhielten sechs Teilnehmende mit Behinderung (3 weiblich, 3 männlich: Beschäftigte der Werkstatt) eine einwöchige Schulung zur Nutzung einer No-Code-Plattform, um Chatbots für die Bedürfnisse der Werkstatt zu erstellen. Vor und nach dem Training wurden mehrere Fragebögen ausgefüllt. In Phase II nutzten alle Beschäftigten die entwickelten Chatbots täglich über einen Zeitraum von etwa 4 Monaten. Um die Benutzerfreundlichkeit der entwickelten Chatbots zu bewerten, beantworteten mehrere Beschäftigte zu verschiedenen Zeitpunkten einen Fragebogen (SUS in Form eines Chatbots).

Ergebnisse

Phase I: Basierend auf dem initialen Brainstorming wurden drei Chatbots konzipiert, Kummerkasten, Urlaub und Online-Kochbuch, die die Teilnehmenden mithilfe von

Multimedia-Anleitungen entwickelten. Gegen Ende der Schulungswoche erstellten sie auf Grundlage ihrer neu erworbenen Kenntnisse eigenständig einen vierten Chatbot zur Krankmeldung. Alle Teilnehmenden konnten die vier Chatbots erfolgreich bis zum Schulungsende fertigstellen.

Phase II: Der Krankmeldungs-Chatbot erwies sich als der am häufigsten genutzte und hilfreichste, während der Kummerkasten-Chatbot nur selten verwendet wurde. Die meisten Nutzerinnen und Nutzer (12 von 14, 86 %) bewerteten die Chatbots in der SUS-Skala mit hohen Werten (85–100, M=88,9, SD=11,2). Feedback aus Interviews von Betreuungspersonen, Nutzern und Entwicklern bestätigte die Nützlichkeit der bedarfsgerechten Chatbot-Entwicklung. Der Einsatzzeitraum zeigte jedoch einen Bedarf an Anpassungen und zusätzlichen Funktionen auf; einige Entwicklerinnen und Entwickler äußerten Interesse an einer weiteren Optimierung und Weiterentwicklung der Chatbots.

Diskussion und Fazit

Die Zusammenarbeit mit der Werkstatt, in der Entwicklerinnen und Entwickler und Nutzerinnen und Nutzer aktiv in die täglichen Aufgaben integriert waren, bildete eine entscheidende Grundlage für die Studie. Das Verständnis der Bedürfnisse ihrer Kollegen ermöglichte es den Entwicklern, wesentliche Aspekte in die Gestaltung der Chatbots einfließen zu lassen, was die erfolgreiche Implementierung und Nutzung der Anwendungen unterstützte. Allerdings zeigt die geringe Nutzung des Kummerkasten-Chatbots, dass die Passung der Technologie zu den Merkmalen der Nutzenden gegeben sein muss, um Akzeptanz zu fördern. Eine geringe Impulskontrolle führt beispielsweise dazu, dass das direkte persönliche Gespräch einem digitalen Kummerkasten vorgezogen wird. Zudem verdeutlicht Phase I, dass das Erlernen neuer Fähigkeiten bei Menschen mit Behinderungen nicht nur die sozialen Kompetenzen stärkt, sondern auch ihre Motivation erheblich steigern kann. Um die nachhaltige Akzeptanz von Technologien sicherzustellen, ist es wichtig, auch Eltern und Betreuerinnen und Betreuer in den Prozess einzubeziehen, insbesondere bei Mitarbeitenden in Werkstätten, die ggf. unter gesetzlicher Betreuung stehen. Letztlich müssen die individuellen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen bei der Einführung neuer Technologien stets berücksichtigt werden, um deren Effektivität und Nutzen zu maximieren.

Take-Home-Message

Mit geeigneter Schulung und Unterstützung könnten Menschen mit Behinderungen lernen, mit NC-Plattformen umzugehen und Produkte zu entwickeln, die auf ihre Bedürfnisse und Aufgaben zugeschnitten sind.

Literatur

-

Pneumologische Rehabilitation per App – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie

Rainer Gloeckl[1]; Daniela Kroll[1]; Inga Jarosch[1]; Tessa Schneeberger[1]; Rembert Koczulla[1], Marc Spielmanns[2]; Asta Stankeviciene[3]; Anne Plidschun[3]; Bernhard Ulm[4]; Claus Vogelmeier[5]

[1] Schön Klinik Berchtesgadener Land, [2] Zürcher Reha Zentren,
[3] Kaia Health Software GmbH, [4] Unabhängige statistische Beratung Bernhard Ulm,
[5] Philipps-Universität Marburg

Hintergrund und Zielstellung

Pulmonale Rehabilitation (PR) ist eine wichtige Therapieoption bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), die körperliches Training, Schulung und Verhaltensmodifikation umfasst. Die traditionelle Rehabilitation hat nachweislich positive Auswirkungen auf die körperliche Leistungsfähigkeit, die Muskelfunktion, die Lebensqualität und die Symptome, wird aber aufgrund von Zugangs- und Kapazitätsbeschränkungen nur von weniger als 2% der COPD-Patienten in Anspruch genommen. Eine Alternative bietet die Telemedizin (Tele-PR), die verschiedene Modelle wie Videokonferenzen, Webseiten oder Apps mit unterschiedlichem Betreuungsumfang umfasst. Eine Cochrane-Analyse hat gezeigt, dass Tele-PR ähnliche Ergebnisse liefert wie konventionelle PR, jedoch fehlen Langzeitdaten, insbesondere für App-basierte Programme. Die vorliegende Studie untersucht daher die Wirksamkeit einer vollständig automatisierten App zur Verbesserung der Symptome und der körperlichen Belastbarkeit von COPD-Patienten.

Methoden

COPD-Patienten wurden in eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie mit 18 teilnehmenden Studienzentren in Deutschland und der Schweiz eingeschlossen. Nach einer 1:1-Randomisierung erhielten die Patienten der Interventionsgruppe (IG) die „Kaia COPD"-App mit Modulen zum individuellen Training, Schulungsinhalten und Atem- /Entspannungsübungen [Spielmanns, Gloeckl et al. 2023]. Die Kontrollgruppe (KG) erhielt ein Informationsbuch („Besser Leben mit COPD") in Papierform und wurde durch Telefonanrufe zu körperlicher Aktivität motiviert („erweiterte Standardversorgung"). Die Studiendauer betrug 12 Wochen mit einer Nachbeobachtungszeit von insgesamt 24 Wochen. Primäre Endpunkte waren Veränderungen des Gesundheitszustandes (COPD Assessment Test, CAT) und der körperlichen Belastbarkeit (1-Minute Sit-To-Stand Test, 1MSTST). Sekundäre Endpunkte waren psychische Gesundheit, Lebensqualität, Patientenzufriedenheit und Anwendungszufriedenheit.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 278 Patienten randomisiert, 124 in der IG-Gruppe und 120 in der KG- Gruppe beendeten die Intervention nach 12 Wochen (Alter: 65 Jahre (Interquartilsbereich [IQR] 60-70); forciertes exspiratorisches Volumen in 1 Sekunde (FEV1) von 48% (IQR 37- 60)). In der Intention-to-treat-Analyse in Woche 12 verbesserte sich der CAT um durchschnittlich -4 Punkte bzw. -3 Punkte gegenüber dem Ausgangswert in der IG- bzw. KG- Gruppe (Unterschied: 0 Punkte [95%CI: -1,2]; p=0,7); der 1MSTST verbesserte sich um

1 bzw. 2 Wiederholungen (Unterschied: 1 Wiederholung [95%CI: 0,2]; p=0,12). In einer Subgruppe der IG, in der die Patienten nach App-Adhärenz (≥3 Tage/Woche für ≥75% der Wochen) gruppiert wurden, verbesserten die adhärenten Nutzer (40,4%) den 1MSTST im Vergleich zu den nicht-adhärenten Nutzern im Median um 2 Wiederholungen [95%CI: 1,3]; p=0,006. Die Anwendung der App verursachte keine unerwünschten Ereignisse und wurde als sicher eingestuft. Die Anzahl der Patienten mit einer akuten Krankheitsverschlechterung (COPD-Exazerbation) während des 24-monatigen Beobachtungszeitraums war in der IG sogar numerisch geringer als in der KG (20,5% vs. 30,2%; p=0,086).

Diskussion und Fazit

Beide Gruppen zeigten signifikante Verbesserungen in den primären Endpunkten, wobei keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG gefunden wurden. Die fehlende Überlegenheit der IG könnte auf die „erweiterte Standardversorgung“ der KG zurückzuführen sein, die motivierende Telefonanrufe und Schulungsmaterialien erhielten, was allein schon positive Effekte hatte. Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass digitale PR- Anwendungen wie „Kaia COPD“ die Adhärenz fördern und möglicherweise Exazerbationen reduzieren können, insbesondere bei regelmäßiger Nutzung. Dennoch sind weitere Studien erforderlich, um das Potenzial dieser App im Vergleich zu einem „Usual Care Setting“ zu bestimmen.

Take-Home-Message

Die App-basierte Reha verbesserte COPD Outcomes, wobei Nutzer mit hoher Adhärenz ihre Leistungsfähigkeit stärker steigerten. Trotz fehlender Signifikanz zur erweiterten Standardversorgung könnte die App den Zugang zu pneumologischer Reha verbessern.

Literatur

Spielmanns, M., Gloeckl, R., Jarosch, I., Leitl, D., Schneeberger, T., Boeselt, T., Huber, S., Kaur-Bollinger, P., Ulm, B., Mueller, C., Bjoerklund, J., Spielmanns, S., Windisch, W., Pekacka-Egli, A.M., Koczulla, A.R. (2023): Using a smartphone application maintains physical activity following pulmonary rehabilitation in patients with COPD: a randomised controlled trial. Thorax 2023;78(5):442-50.

Interessenkonflikt: Zwei Co-Autoren (Asta Stankeviciene und Anne Plidschun) sind Mitarbeiter der Kaia Health Software GmbH, München.

Förderung: Kaia Health Software GmbH, München

Einschränkung der Teilhabe von Post-COVID-Rehabilitanden – Implikationen für die (Reha-)Nachsorge

Gretha Wagner; Ann-Kathrin Grotenburg; Jens Knispel; Veneta Slavchova; Viktoria Arling

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Der WHO folgend ist das Post-COVID-Syndrom (PCS) eine Erkrankung, bei der gesundheitliche Beschwerden drei Monate nach einer SARS-CoV-2-Infektion noch präsent sind und keine alternativen Erklärungen für diese vorliegen. Aufgrund abweichender Definitionskriterien und der Heterogenität der psychisch-physischen Symptomatik liegen hinsichtlich der Häufigkeit von PCS unterschiedliche Schätzungen vor. Eine Erhebung der AOK-Versicherung ergab, dass Post-COVID-Betroffene mit 1.6% der im Zeitraum von März 2020 bis Dezember 2023 Krankgeschriebenen zwar eine kleine Gruppe ausmachten, jedoch stellten sie im Jahr 2023 13% aller Langzeitkrankschreibungen (>43 Tage) und waren im Durchschnitt 64.6 Tage arbeitsunfähig (AOK, 2024). Erkrankungstypisch koexistent auftretende Symptome wie Erschöpfung, Müdigkeit und Konzentrationsprobleme beeinträchtigen dabei die Teilhabe vor allem in Bezug auf Arbeit und Freizeit (Shanbehzadeh et al., 2023). Insbesondere das reduzierte Leistungsvermögen stellt hinsichtlich der Erwerbstätigkeit eine Herausforderung dar (DRV, 2023). Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und wiederkehrende Krankschreibungen nach einer PCS- Erkrankung die Rückkehr oder den Verbleib am Arbeitsplatz (Meißner, Schmidt, 2023).

Um Handlungsempfehlungen spezifisch für PCS abzuleiten und mögliche Korrelate mit anderen Symptomen zu identifizieren, wurde in der vorliegenden Stunde versucht zu ermitteln, inwiefern sich die Bewertung der Teilhabeeinschränkung zwischen PCS und anderen Indikationen aus den Bereichen Neurologie, Kardiologie, Pneumologie und Psychosomatik unterscheidet.

Methoden

Im Zuge der Eingangsanamnese ihrer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme wurden 235 Rehabilitanden gebeten über einen Fragebogen auf einer Skala von 1-10 zu bewerten, inwiefern sie sich in ihrer Teilhabe eingeschränkt fühlten. 135 Rehabilitanden litten unter einem diagnostizierten Post-COVID-Syndrom (PCS-Gruppe), für die anderen 100 Rehabilitanden (Vergleichsgruppe; VG) wurden Erkrankungen aus den Indikationsbereichen Neurologie, Kardiologie, Pneumologie und Psychosomatik diagnostiziert. Zusätzlich erhoben wurden für beide Gruppen die Aspekte Fatigue, Post- Exertionelle Malaise (PEM), kognitive Einschränkungen und der subjektive Gesundheitszustand. Als Instrument diente ein für diese Zwecke von Fachärzten entwickelter Fragebogen, bei dem die Betroffenen auf einer Skala von 1 bis 10 angeben konnten, wie intensiv sie von entsprechenden Symptomen betroffen waren. Ein höherer Skalenwert entspricht einer höheren Belastung durch die Symptomatik.

Ergebnisse

Die Gruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich ihres Alters (M = 51.2, SD = 10.9) und ihrer Geschlechterverteilung (34% weiblich, 66% männlich). Die PCS-Gruppe berichtete von einer signifikant stärkeren Beeinträchtigung ihrer Teilhabe als die VG (d = 1.33, vgl. Tab. 1). Darüber hinaus gab die PCS-Gruppe einen schlechteren Gesundheitszustand an als die VG (d = 1.01). Ebenso erlebten PCS-Betroffene eine stärkere Beeinträchtigung bzgl. Fatigue (d = 1.35), PEM (d = 1.44) und kognitiver Leistungsfähigkeit (d = .34) als die VG. Nur in der PCS-Gruppe korrelierte die Teilhabestörung signifikant mit Fatigue (r = .42, vgl. Tab. 2), kognitiven Einschränkungen (r = .40) und PEM (r = .35). Bei beiden Gruppen konnte ein deutlicher Zusammenhang von Teilhabe und Gesundheitszustand festgestellt werden (beides r = .54).

Tab. 1: Darstellung t-Test der unabhängiger Stichproben PCS und VG

	PCS		VG		t-Test	*df*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*			
Gesundheitszustand	7.64	1.44	5.84	2.09	7.40	166	<.001
Teilhabe	8.67	1.53	5.28	3.26	9.63	131	<.001
Fatigue	8.20	1.29	5.06	3.02	9.77	126	<.001
PEM	7.34	1.76	3.85	2.93	10.58	151	<.001
Kognitive Einschränkungen	7.01	2.22	2.55	2.79	13.42	184	<.001

Tab. 2: Korrelationsmatrix Symptomatik für PCS und VG

	Teilhabe PCS	Teilhabe VG
Gesundheitszustand	.54***	.54***
Fatigue	.42***	.21
PEM	.35***	.19
Kognitive Einschränkungen	.40***	.23

Anmerkung. *p <.05, ** p <.01, *** p < .001

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen die deutliche Relevanz der differenzierten Betrachtung von Teilhabeeinschränkungen im Kontext von PCS verglichen zu anderen Indikationen auf. Dabei unterscheiden sich die Bewertungen der Einschränkungen nicht nur auf globaler Ebene hinsichtlich des subjektiv empfundenen Gesundheitszustands. Vielmehr zeigt sich, dass Symptome wie Fatigue, kognitive Einschränkungen und PEM die Teilhabe besonders bei PCS einschränkt. Hinsichtlich einer rehabilitativen oder ambulanten (Nach-)Versorgung von PCS-Patient:innen gilt, dass sich vor allem Unterstützungsmöglichkeiten bzgl. der kognitiven Leistungsfähigkeit realisieren lassen. Hier kann das individuelle Leistungsbild erfasst, kontinuierlich über etablierte Therapie- und Trainingssysteme verbessert und Störungen teilhabeorientiert abgebaut werden. In der vorliegenden Studie wurde ein Globalindikator zur Erfassung der Teilhabeeinschränkung gewählt. Zur Ableitung individueller Maßnahmen würden Therapie- und Nachsorgeeinrichtungen von einer differenzierteren Abfrage zur

Bestimmung subjektiver Belastungen bei Post-COVID-Syndrom profitieren. Ein solches Verfahren wird von den Autor:innen aktuell konzipiert.

Take-Home-Message

Verglichen mit Rehabilitanden anderer Indikationsbereiche ist die Teilhabe von PCS-Betroffenen in besonderem Maße eingeschränkt und bedarf besonderer Aufmerksamkeit, wobei insbesondere kognitive Trainings einen Ansatzpunkt darstellen können.

Literatur

AOK (2024): Post-Covid und Long-Covid: sinkende Fallzahlen von Krankschreibungen, aber weiterhin lange berufliche Fehlzeiten der Betroffenen. URL: https://www.aok.de/pp/bv/pm/post-covid-und-long-covid/ (28.10.2024)

Deutsche Rentenversicherung Bund (2023): Eckpunktepapier für die medizinische Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/modul-eckpunktepapier-reha-postcovid.html (28.10.2024)

Meißner, M., Schmidt, M. (2023): Das betriebliche Gesundheitsmanagement -was bleibt nach Corona? In: Plugmann, J., Plugmann, P. (Hrsg.): Innovationen in der Gesundheitsversorgung. Neue Ansätze und Impulse für Prävention, Gesundheitsförderung und Homecare. Heidelberg: Springer 221-238.

Shanbehzadeh, S., Zanjari, N., Yassin, M., Yassin, Z. Tavahomi, M. (2023): Association between long COVID, functional activity, and health-related quality of life in older adults. BMC geriatrics, 23(1), 40. https://doi.org/10.1186/s12877-023-03757-w

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Entwicklung eines klinischen Scores zur Bewertung des Post-COVID-Syndroms aus dem Expertenwissen eines interdisziplinären Expertenboards

Tobias Klomp[1]; Dominik Raab[1]; Tobias May[1]; Andrés Kecskeméthy[1]; Mario Siebler[2], Anna Bittner[2]; Sarah Bergé[2]; Jürgen Wagner[3]

[1] Universität Duisburg-Essen, [2] MEDICLIN Fachklinik Rhein/Ruhr,
[3] MEDICLIN Staufenburg Klinik GmbH & Co. KG

Hintergrund und Zielstellung

Die Diagnose des Post-COVID-Syndroms (PCS) stellt aufgrund multidisziplinärer, teils unscharfer Symptome eine große Herausforderung dar. Um Betroffene bestmöglich zu diagnostizieren, wird im Projekt „Post-COVID E-Doc“ ein interdisziplinäres Expertenboard mit Ärzten aus relevanten Fachdisziplinen eingesetzt. Dieses befundet in Televisiten die Patienten und schätzt die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines PCS auf einer Skala von 0 bis 10 ab. Da das Expertenboard aus Zeit- und Kostengründen nur wenige Patienten befunden kann, wird mit Methoden der künstlichen Intelligenz die vom Expertenboard vergebene PCS-Wahrscheinlichkeit in einem KI-gestützten Score (PCWKI-Score) abgebildet.

Durch den Einfluss des Expertenwissens eines interdisziplinären Expertenboards grenzt sich der PCWKI-Score von bestehenden datenanalytischen Post-COVID-Scores wie dem Napkon-Score (Appel et al. 2024) ab. Der PCWKI-Score soll eine schnelle Beurteilung vieler Patienten auf Grundlage objektiver Kriterien ermöglichen und so bei der Diagnose des PCS unterstützen. Anders als eine manuelle ärztliche Einzeleinschätzung kann der PCWKI-Score dabei alle Fachdisziplinen des Expertenboards berücksichtigen.

Methoden

Im Rahmen einer strukturierten Befragung werden Betroffene und Kontrollpatienten (Reha-Patienten ohne PCS, aber mit chronischen Krankheiten) in Selbstauskünften zu Intensität und Häufigkeit von zwölf zentralen PCS-Symptomen sowie Alter, Geschlecht, Krankheitsverlauf, Vorerkrankungen und Medikamente per Fragebogen befragt. Jeder Fragebogen wird danach von mindestens vier Ärzten aus unterschiedlichen Fachdisziplinen befundet. Die Ärzte geben eine Einschätzung der PCS-Wahrscheinlichkeit auf einer Skala von 0 bis 10 und dazugehörige Begründungen in einem Befundungsbogen an. Zudem bespricht und bewertet das Expertenboard uneindeutige Fälle in Telekonsilen. Die durchschnittliche Einschätzung der PCS-Wahrscheinlichkeit der Experten stellt das Mehrheitsvotum des Expertenboards dar und bildet die Zielgröße, die der PCWKI-Score aus den Patientenselbstauskünften vorhersagen soll. Zur Entwicklung des PCWKI-Scores werden mittels Textanalyse der transkribierten Fallbesprechungen aus dem Expertenwissen spezifische Kenngrößen extrahiert, welche befundungsrelevante Eigenschaften des PCS numerisch abbilden. Basierend auf den Eingangsdaten bestehend aus Patientenselbstauskünften und spezifischen Kenngrößen wird anschließend ein lineares Regressionsmodell zur Berechnung des PCWKI-Scores trainiert.

Ergebnisse

Die Einschätzung der PCS-Wahrscheinlichkeit der Experten kann in die drei Diagnosen „eindeutig PCS“ (Score > 6, PCS nach WHO-Kriterien), „uneindeutig“ (Score 3-6, PCS nach EU-Kriterien) und „eindeutig kein PCS“ (Score < 3) unterteilt werden. Die Interraterreliabilität belegt mit einem Intraklassen-Korrelationskoeffizient ICC1,1 = 0,704, dass die durchschnittliche PCS-Wahrscheinlichkeit eine belastbare und reproduzierbare klinische Zielgröße ist (Deutung nach (Cicchetti 1994) = exzellente Übereinstimmung der Experten).

Die vorläufigen Ergebnisse des PCWKI-Scores auf Grundlage von 239 Patienten (aufgeteilt in 162 Patienten für Modelltraining und 72 Patienten für Modelltestung) ergeben eine sehr gute Vorhersage der PCS-Wahrscheinlichkeit für die Testgruppe (Modellgüte R^2 = 0,75). Abbildung 1 enthält die Prädikatoren des Modells, die in die Berechnung des PCWKI-Scores einfließen. In Abb. 2 werden der PCWKI-Scores (links) und die Einschätzung der PCS- Wahrscheinlichkeit der einzelnen Experten (rechts) jeweils im Vergleich zur durchschnittlichen PCS-Wahrscheinlichkeit für den jeweiligen Patienten gegenübergestellt. Die Modellgüte der einzelnen Experten im Vergleich zum Mehrheitsvotum des Expertenboard liegt dabei mit R^2=0,66 unter dem PCWKI-Score.

Einflussgrößen (4 Kenngrößen, 5 Basis-Angaben)
Anzahl Symptome mit Häufigkeit „häufig“
Anzahl Symptome mit Häufigkeit „nie“
Symptomhäufigkeit Kognitive Symptome „häufig“
Body Mass Index
Symptomintensität PEM
Symptomintensität POTS
Symptomhäufigkeit Fatigue oder PEM „häufig“
Geschmackveränderungen nach der COVID-Infektion
Positiver Coronatest

Abb. 1: Prädikatoren Prädikatoren des Modells

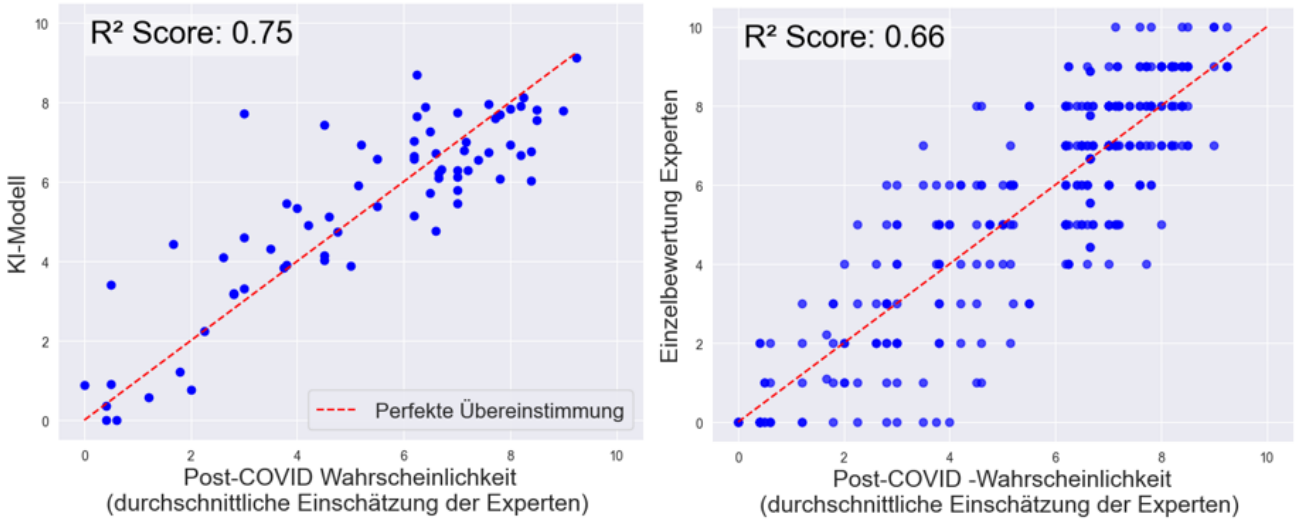


Abb. 2: PCWKI-Scores (links) und die Einschätzung der PCS-Wahrscheinlichkeit der einzelnen Experten (rechts)

Diskussion und Fazit

Der entwickelte PCWKI-Score kann anhand von Patientenselbstauskünften und spezifischen Kenngrößen die durchschnittliche Einschätzung der PCS-Wahrscheinlichkeit des Expertenboards sehr gut replizieren. Im Vergleich zu den Einschätzungen einzelner Ärzte weicht der PCWKI-Score weniger von der durchschnittlichen Einschätzung aller Experten ab. Der PCWKI-Score beruht auf quantifizierbaren Einflussgrößen, ermöglicht ein schnelles Screening von Betroffenen und kann digital z.B. als APP eingesetzt werden

Take-Home-Message

Die durchschnittliche Einschätzung der Post-COVID-Wahrscheinlichkeit eines interdisziplinären Expertenboards ist eine belastbare und reproduzierbare klinische Zielgröße, welche mit dem KI-gestützte PCWKI-Score mit einer hohen Genauigkeit aus Selbstauskünften vorhergesagt werden kann und somit die Diagnose des Post- COVID- Syndroms unterstützen kann.

Literatur

Appel, K.S., Nürnberger, C., Bahmer, T., Förster, C., Polidori, M.C., Kohls, M. et al. (2024): Definition of the Post-COVID syndrome using a symptom-based Post-COVID score in a prospective, multi-center, cross-sectoral cohort of the German National Pandemic Cohort Network (NAPKON). In: Infection. DOI: 10.1007/s15010-024-02226-9.

Cicchetti, D. (1994): Guidelines, Criteria, and Rules of Thumb for Evaluating Normed and Standardized Assessment Instrument in Psychology. In: Psychological Assessment 6, S. 284–290. DOI: 10.1037/1040-3590.6.4.284.

Förderung: Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in der Förderlinie „Hybride Interaktionssysteme zur Aufrechterhaltung der Gesundheit auch in Ausnahmesituationen“.

Danksagung: Wir danken allen Beteiligten der MediClin-Kliniken Bad Düben, Bosenberg, Deister, Essen, Gernsbach, Königsfeld, Reichshof und Staufenburg für ihren Einsatz bei der Erhebung der Daten und den Befundungen im Expertenboard.

Rehabilitation des Post-Covid Syndroms: Die Rolle von Expertenboards

Jürgen Wagner[1]; Dominik Raab[2]; Mario Siebler[3]; MediClin Studiengruppe Post COVID[3]

[1] MEDICLIN Staufenburg Klinik GmbH & Co. KG, [2] Universität Duisburg-Essen,
[3] MEDICLIN Rehabilitationsforschung gGmbH

Hintergrund und Zielstellung

Das Post-Covid-Syndrom (PCS) zeichnet sich durch hochvariable, fachübergreifende Symptome aus2. Dies legt nahe, auch die Differentialdiagnostik und die Therapie interdisziplinär zu bearbeiten (vgl. Tumorboards).

Die auf PCS spezialisierten Fachabteilungen der MediClin3 erheben einen gradierten (0-10) Symptomfragebogen (F), der in indikationsübergreifenden Expertenboards (EBs) bewertet wird (EB-F). Bei einem Teil der Patienten erfolgen telemedizinische Konsile mit den Betroffenen (EB-K). Im Anschluss werden die Ergebnisse bewertet, die EBs analysiert und ggf. die Fragebögen angepasst. Dieser iterative Prozess ermöglicht es, durch maschinelles Lernen Algorithmen zu entwickeln, um - im Rahmen eines BMBF-geförderten Projektes4 - eine adaptive, lernfähige und hybride Plattform zu erstellen, welche den Betroffenen geeignete Vorschläge zur weiteren Diagnostik und Therapie anbietet4.

Methoden

Im Rahmen einer prospektiven, offenen Multicenterbeobachtungsstudie wurden n=271 Reha- Patienten mit PCS oder ohne PCS als Kontrollen bislang in EBs eingeschlossen und anhand eines Konsils oder adaptierter Fragebögen befragt. Deskriptive Statistiken zur Verteilung von Stichprobe, Patientenantworten und Expertenbewertungen sowie zur Interraterreliabilität des EBs wurden mit IBM SPSS Statistics 29 erstellt.

Ergebnisse

Von n=271 befundeten Fällen wurden 239 EB-Bewertungen anhand Fragebogen (EB-F) und 32 Teleexpertenboards per Konsil (EB-K) detailliert analysiert. Dabei wurden 170 Patienten mit PCS (Aufnahmediagnose) und 101 Reha-Kontrollpatienten ohne PCS, aber mit chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes, onkologische Krankheiten etc.) eingeschlossen. 34 % der Rehabilitanden waren männlich und 66 % weiblich. Das mittlere Alter betrug 50,1±11,9 Jahre.

Die Beurteilung aller eingeschlossenen Fälle ergab in 239 Fällen eine Übereinstimmung (88 %) und in 32 Fällen eine Abweichung (12 %). Die Analyse durch EB-F alleine ergab bei 212 Fällen eine Übereinstimmung (89 %) und eine Abweichung in 11 % (n=27). Bei den Patienten mit Aufnahmediagnose PCS zeigte sich nach EB-Beurteilung eine Übereinstimmung von 87 % und eine Abweichung von 13 %, bei den Kontrollpatenten ergab sich die Bewertung „kein PCS“ bei 92 % und eine Abweichung bei 8 %. Damit liegt bei EB- F die Sensitivität bei 0,87 und die Spezifität bei 0,92.

Anhand der Mittelwerte der Bewertung der Experten wurde die PCS Wahrscheinlichkeit berechnet. Eine hohe PCS-Wahrscheinlichkeit (7-10) ergab sich für PCS Patienten (n=170) in 55 % der Fälle, ein uneindeutiges Ergebnis (> 3, < 7) in 42 % und die Wahrscheinlichkeit für „kein PCS“ (0-3) in 4 % der Fälle. Kontrollpatienten zeigten „kein PCS“ (0-3) in 63 % der Fälle, in 34 % uneindeutige Werte und eine hohe Wahrscheinlichkeit für PCS in 3 %. Bezogen auf Einzelsymptome zeigte sich eine sehr gute Diskrimination hinsichtlich der Häufigkeit, aber auch der Intensität der Symptome zwischen PCS- und Kontroll-Patienten.

In den EB-Ks wurden vorwiegend Patienten mit „uneindeutigen“ Befunden eingeschlossen. Hier erbrachte die interdisziplinäre Befragung häufig andere, neue Differentialdiagnosen oder Vorerkrankungen als Einflussfaktoren.

Diskussion und Fazit

Bei fehlenden diagnostischen Markern für PCS können Fragebögen entwickelt werden, die eine sehr gute Unterscheidung zwischen Rehabilitanden mit und ohne PCS erlauben bei exzellenter Übereinstimmung verschiedener Experten. Durch Bewertung der Fragebögen durch EBs und deren Analyse kann iterativ ausgearbeitet werden, welche Fragen relevant und welche Therapievorschläge geeignet sind.

Die konsiliarische Befragung von Patienten in interdisziplinären EPs aus internistischer, kardiologischer, pulmologischer, psychosomatischer und neurologischer Sicht erweist sich als effektives Mittel für die Differentialdiagnose und zur Therapieoptimierung bei PCS- Rehabilitanden mit unklarer Symptomatik, fachfremden Befunden sowie auch für die sozialmedizinische Beurteilung. Wichtiger als die bloße Frage der Diagnose sind dabei neue Aspekte für die gezielte Therapie und weitere Maßnahmen.

Take-Home-Message

Diese Ergebnisse können ggf. in lernfähigen, hybriden Systemen helfen, Patienten an die richtigen „Stellen“ im Gesundheitswesen zu lotsen, um eine gezieltere Diagnostik, Arztwahl und Therapie zu ermöglichen.

Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in der Förderlinie „Hybride Interaktionssysteme zur Aufrechterhaltung der Gesundheit auch in Ausnahmesituationen: Post COVID E-DOC

Literatur

BMBF Interaktive Technologien (2023): Post-COVID_E-Doc: Realisierung und Erforschung eines kontaktlosen, adaptiven, lernfähigen und hybriden Post-COVID Checkup- und Informationssystems. https://www.interaktive-technologien.de/projekte/post-covid-e-doc

Wagner, J., Moessinger, B., Schmalenbach, M., Bonnert, J., Waldmann, G., Lammers, S.M., Rosenblum, K., Witt, T., Krause, S., Haase, U., Raab, D., Theiss, S., Siebler, M. (2022): Post-/Long Covid Rehabilitation: Interdisziplinäre Diagnostik- und Therapie für Rehabilitationserfolg und Teilhabe. DRV Schriften. 2022, Band 126, pp. 156-158

World Health Organization (2021): A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021. https://iris.who.int/handle/10665/345824

Förderung: Das Projekt wird gefördert durch das BMBF (Post COVID E-DOC)

Post COVID MediClin Studiengruppe: Berge, S., Bittner, A., Bonnert, J., Krause, S., Mössinger, B., Schmalenbach, M., Siebler, M., van Erkelens, F., Wagner, J., Waldmann, G.

Symptom-Fingerprints zur individuellen Diagnostik- und Reha-Steuerung beim Post-COVID Syndrom

Mario Siebler[1]; Stephan Theiss[2]; Dominik Raab[3]; Jürgen Wagner[4]

[1] MEDICLIN Rehabilitationsforschung gGmbH, [2] Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, [3] Universität Duisburg-Essen, [4] MEDICLIN Staufenburg Klinik GmbH & Co. KG

Hintergrund und Zielstellung

Das Post-COVID-Syndrom (PCS) zeichnet sich durch langanhaltende und heterogene Symptome aus, die bei individuellen Patienten in vielfältigen Kombinationen auftreten. Studien legen nahe, dass es verschiedene Unterformen oder Stadien von PCS geben könnte (1). Eine tägliche Herausforderung für die PCS-Rehabilitation besteht darin von Symptomen zum Syndrom zu gelangen und individuelle – adaptierte Therapien zu finden. In diesem Beitrag werden aus „unscharfen“ PCS-Beschwerden klinisch interpretierbare Symptomprofile identifiziert. Diese „Symptom-Fingerprints“ könnten einen Ausgangspunkt zur Systematisierung von Diagnostik und Reha-Steuerung werden.

Methoden

In einer offenen Multicenter-Studie wurden an acht Reha-Kliniken Patienten mit einer PCS- Diagnose zur Intensität von 11 Symptomen auf einer Skala von 0 (nicht vorhanden) bis 10 (schwere Symptomausprägung) befragt. Zur Bildung von Symptomprofilen erfolgte eine Einteilung der Symptome in fünf funktionale Gruppen (vgl. Abbildung 1), und für jede Gruppe eine Auswertung, ob mindestens ein Symptom mit einer Intensität von ≥ 5 vorliegt. Ein Profil

von 1-1-0-0-0 bedeutet zum Beispiel, dass beim betrachteten Patienten relevante kardiopulmonale Symptome und Fatigue vorliegen, während ZNS-Symptome, Schmerzen sowie psychosomatische Symptome höchstens in geringerer Intensität vorhanden sind. Mittels einer Two-Step-Clusteranalyse (Distanzmaß: Log-Likelihood, Kriterium Clustergröße: BIC, 0% Rauschverarbeitung) wurde nachfolgend geprüft, ob sich anhand der gewählten Symptomprofile trennscharfe Symptom-Fingerprints für PCS unterscheiden lassen. Zusätzlich wurde die Symptomänderung nach der Reha bestimmt und mit dem Fingerprint verglichen.

Ergebnisse

997 Patienten mit PCS-Diagnose wurden in die Auswertung eingeschlossen (58 % weiblich, 42 % männlich; Alter: 52,8 +/- 13,3 Jahre). Die Two-Step-Clusteranalyse ergab eine optimale Anzahl von vier Clustern mit geringer Symptomstreuung innerhalb der Cluster und scharfer Trennung zwischen den Clustern (durchschnittliches Silhouettenmaß = 0,45). Abbildung 1 schlüsselt die identifizierten Fingerprints auf: F1 ist durch schwerwiegende Symptome in allen fünf Gruppen gekennzeichnet, F2 zeigt einen Schwerpunkt bei kardiopulmonalen Symptomen in Kombination mit Fatigue, F3 weist vorwiegend ZNS- Symptome in Kombination mit Fatigue auf, F4 weist eine moderate Fatigue-Tendenz ohne schwerwiegende Begleitsymptome auf. Eine nachfolgende Subgruppenanalyse zeigt, dass F4 vorwiegend Patienten ohne Fatigue umfasst (F4.1: 67 % von F4, 18% aller Patienten), gefolgt von Fatigue in Kombination mit Schmerzen und/oder psychosomatischen Symptomen (F4.2: 21 % F4 / 6 % ges.) sowie Fatigue ohne Begleitsymptome (F4.3: 13 % F4, 4 % ges.). Die Symptomverbesserung nach einer 4-6 wöchigen Rehabilitation zeigte in der F 2 Gruppe sowie der F4.2 Untergruppe den besten Erfolg (Abb.1).

Symptomgruppe	Symptome	Symptom-Fingerprints				Subgruppen von F4		
		F1	F2	F3	F4	F4.1	F4.2	F4.3
Kardiopulmunar	Luftnot, Husten	100%	100%	30%	15%	23%	0%	0%
Fatigue	Fatigue	100%	100%	100%	33%	0%	100%	100%
ZNS	Hyposmie, Konzentrationsstörung	100%	21%	100%	19%	29%	0%	0%
Schmerz	Kopf-, Brust-, Muskelschmerzen	100%	55%	41%	30%	22%	57%	0%
Psychosomatik	Angst, Depression, Schlafstörung	100%	33%	63%	32%	27%	53%	0%
	Anzahl Patienten	228	214	281	274	183	57	35
		23%	21%	28%	27%	18%	6%	4%

Reha-Ergebnis	Symptom-Fingerprints				Subgruppen von F4		
	F1	F2	F3	F4	F4.1	F4.2	F4.3
Individuelle Verbesserung	67%	76%	61%	45%	36%	73%	53%
keine Änderung	33%	16%	31%	42%	54%	12%	21%
Individuelle Verschlechterung	-	8%	9%	13%	10%	15%	42%
Mittelwert Anzahl rel. Symptomgruppen Aufnahme	5,0	3,0	3,4	1,3	1,1	2,5	1,0
Mittelwert Anzahl rel. Symptomgruppen Entlassung	3,5	1,5	2,3	0,9	0,8	1,4	0,8
Veränderung Mittelwert	-1,5	-1,5	-1,1	-0,4	-0,3	-1,1	-0,2
Anzahl Patienten	118	102	140	145	100	26	19
	23%	20%	28%	29%	20%	5%	4%

Abb. 1: Symptomverbesserung

Diskussion und Fazit

Die identifizierten Symptom-Fingerprints von PCS-Patienten sind klinisch gut interpretierbar und bieten einen Ansatz, um nachfolgend systematisch a) geeignete Reha-Schwerpunkte

auszuwählen, b) notwendige differentialdiagnostische Untersuchungen vorzunehmen, c) Wirksamkeit von Rehabilitationstherapien besser zu beurteilen.

Take-Home-Message

Symptom-Cluster-Analysen können zur Diagnosefindung und zur Steuerung einer Post-COVID Rehabilitation nützlich sein.

Literatur

Augustin, M., Heyn, F., Ullrich, S., Sandaradura de, S.U., Albert, M.C., Line, V., Schlotz, M., Schommers, P., Pracht, E., Horn, C., Suarez, I., Simonis, A., Picard, L.K., Zoufaly, A., Wenisch, C., Fätkenheuer, G., Gruell, H., Klein, F., Hallek, M., Walczak, H., Rybniker, J., Theobald, S.J., Lehmann, C. (2023): Immunological fingerprint in coronavirus disease-19 convalescents with and without post-COVID syndrome. Front Med (Lausanne). 2023 Apr 24;10:1129288.

Förderung: Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in der Förderlinie „Hybride Interaktionssysteme zur Aufrechterhaltung der Gesundheit auch in Ausnahmesituationen“.

Verbessert ein KI-basiertes Decision-Support-System das Patientenmanagement von Post-COVID-Betroffenen?

Tobias May[1]; Dominik Raab[1]; Tobias Klomp[1]; Andrés Kecskeméthy[1]; Bergé Sarah[2]; Anna Bittner[2]; Jürgen Wagner[3]; Mario Siebler[4]

[1] Universität Duisburg-Essen, [2] MEDICLIN Fachklinik Rhein/Ruhr,
[3] MEDICLIN Staufenburg Klinik GmbH & Co. KG,
[4] MEDICLIN Rehabilitationsforschung gGmbH

Hintergrund und Zielstellung

Das Post-COVID-Syndrom (PCS) mit über 200 beschriebenen multidisziplinären Symptomen (Davis et al., 2021) und ohne apparativen Diagnostiknachweis erfordert eine interdisziplinäre Vorgehensweise zur Diagnosefeststellung und Behandlungsplanung. Die daraus resultierenden Unklarheiten hinsichtlich der Zuständigkeit und der erforderliche Aufschluss von potenziellen Differenzialdiagnosen führen zu Unsicherheiten bei Patienten und Ärzten. Erfolgreiche Lösungsansätze bei solchen Herausforderungen sind die globale Leitlinien-entwicklung und die individuelle Behandlung im Expertenboard, die sich bei Tumor- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bewährt hat. Der Expertenboard-Ansatz ist auf das PCS übertragbar. Weil aus Zeit- und Kostengründen aber nur ein Bruchteil der PCS- Betroffenen von einem Expertenboard behandelt werden kann, wird ein auf künstlicher Intelligenz (KI) basierendes Decision-Support-System zur algorithmischen Rekonstruktion der Diagnosen und Behandlungsplanung des Expertenboards entwickelt. Da zur rein datengetriebenen KI-Entwicklung aufgrund der Vielzahl und Variabilität der PCS-Symptome eine Stichprobengröße von n>>1.000 (Görz et al., 2020) erforderlich wäre, wird zur Abbildung des Expertenboards ein wissensgetriebener Ansatz basierend auf sogenannten Features verfolgt. Diese Arbeit

untersucht, ob ein KI-basiertes Decision-Support-System zur Verbesserung der Behandlungsplanung beitragen und durch einen wissensbasierten Ansatz anhand einer kleinen Datenbasis entwickelt werden kann.

Methoden

Das Expertenboard besteht aus durchschnittlich sechs Experten, die aus den für die Diagnostik und Behandlung des PCS wichtigsten Fachbereichen wie der Neurologie, Inneren Medizin und Pulmologie stammen. Das Expertenboard erhält Informationen über Grunddaten, Symptome und Vorerkrankungen, führt gemeinsam Telekonsile mit Betroffenen durch, diskutiert anschließend den Fall und erstellt eine Diagnose und Behandlungsplanung. Um das interdisziplinäre Expertenwissen des Expertenboards in einem Decision-Support-System abzubilden, wird das Entscheidungsverhalten der Experten systematisch analysiert. Dazu werden die Telekonsile aufgezeichnet, automatisch transkribiert und mittels Methoden der Textanalyse ausgewertet. Aus dem Expertenwissen werden entscheidungsrelevante Kenngrößen, sogenannte Features, entwickelt. Weitere Features werden aus einer statischen Auswertung von Befundungen (Diagnose und Behandlungsplanung) des Expertenboards anhand eines Patientenfragebogens mit Selbstauskünften zu Symptomen erstellt (n=1.000 angestrebt). Anhand dieser Wissensbasis werden mittels maschineller Lernverfahren KI-Modelle zur algorithmischen Rekonstruktion der Behandlungsplanung des Expertenboards entwickelt (vgl. Abb. 1).

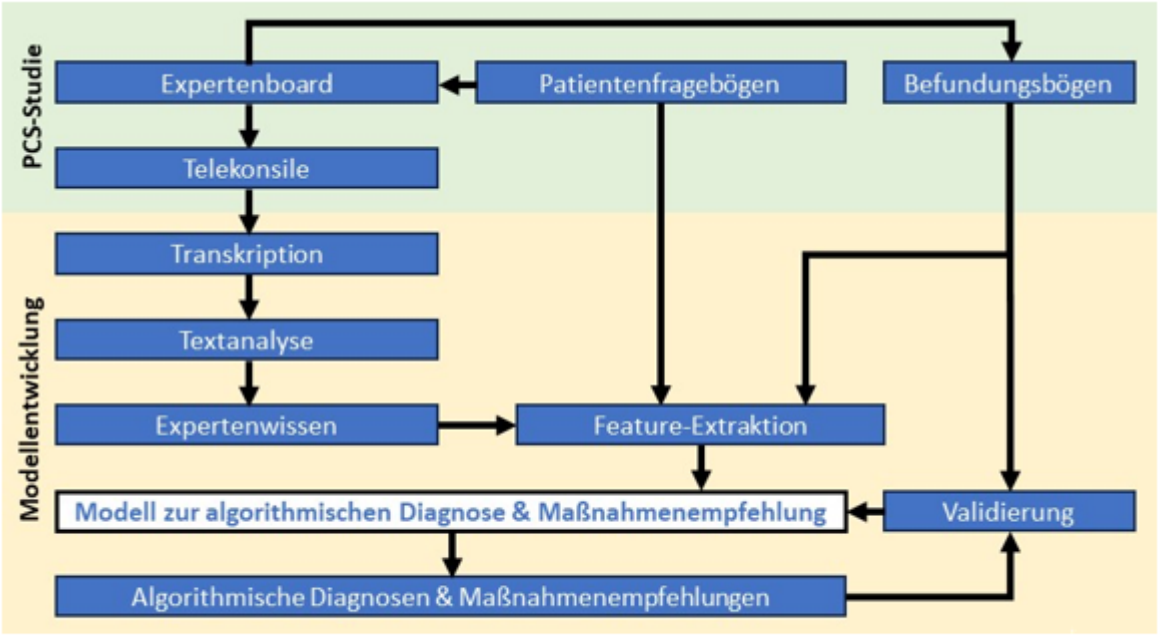


Abb. 1: Konzept zur Modellentwicklung

Ergebnisse

Im ersten Schritt wurde ein KI-Modell am Beispiel der schrittweisen binär-logistischen Regression zur Prognose der Post-COVID-Reha-Empfehlung aufgebaut, um zu verifizieren, dass das Expertenwissen in eine KI integriert werden kann. Die Modellentwicklung erfolgte anhand von 241 Patienten, von denen nach dem Mehrheitsvotum des Expertenboards 70 % eine Post-COVID-Reha empfohlen wird. 70 % der Patienten wurden als Trainings- und 30 % als Testdaten verwendet. Die Klassifikationsrate des KI-Modells beträgt 86 %, die Sensitivität

90 % und die Spezifität 77 % auf den Testdaten. Im Vergleich dazu liegen die mit der Anzahl der Befundungen gewichteten Mittelwerte der einzelnen Experten bezüglich des Mehrheitsvotums bei 85 % für die Klassifikationsrate, 85 % für die Sensitivität und 87 % für die Spezifität. Zu den wichtigsten Einflussgrößen der Post-COVID-Reha-Empfehlung zählen fünf entwickelte Features und zwei Selbsteinschätzungen aus dem Patientenfragebogen (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Wichtigste Einflussgrößen des KI-Modells

Einflussgröße	Herkunft
PCS-Wahrscheinlichkeit	Feature
Anzahl der relevanten Symptome	Feature
Mittlere Intensität der relevanten Symptome	Feature
Body-Mass-Index	Feature
Schlafapnoe-Score	Feature
Gesundheitszustand	Patientenfragebogen
Symptomintensität posturales orthostatisches Tachykardie-Syndrom	Patientenfragebogen

Diskussion und Fazit

Das Beispiel der Prognose der Post-COVID-Reha-Empfehlung mittels schrittweiser binär- logistischer Regression zeigt vielversprechende Ergebnisse, weil das KI-Modell eine ähnliche Klassifikationsrate und Sensitivität wie menschliche Experten erzielt. Die Spezifität des KI- Modells ist mit 77 % etwas geringer. Dies ist jedoch unkritisch, da das KI-Modell lediglich ein maschinelles Vorscreening vornimmt und ein Facharzt endgültig über die Post- COVID- Reha-Empfehlung entscheidet. Die Analyse der wichtigsten Einflussgrößen des KI-Modells verdeutlicht, dass die entwickelten Features wesentlich zur Modellgüte beitragen. Folglich wird mit dem vorgestellten wissensbasierten Ansatz bei einer kleinen Stichprobe eine hohe Modellgüte erzielt. Zukünftig werden weitere KI-Modelle zur Prognose der Post- COVID- Reha- Empfehlung und weiterer Maßnahmen entwickelt. Um die Modellgüte zu steigern, werden weitere Methoden wie neuronale Netze oder Entscheidungsbäume sowie weitere Patienten und verbesserte Features bei der Modellentwicklung berücksichtigt. Zusätzlich werden Regeln zur Empfehlung einfacher Maßnahmen wie einer Gewichtsreduktion erstellt.

Take-Home-Message

KI-basierte Decision-Support-Systeme haben das Potenzial, wertvolle Unterstützung bei der Diagnose und Behandlung des PCS zu leisten und können mit einem wissensbasierten Ansatz auch mit einer kleinen Datenbasis entwickelt werden.

Literatur

Davis, H., Assaf, G., McCorkell, L.; Wei, H., Low, R.; Re'em, Y., Redfield, S., Austin, J., Akrami, A., (2021): Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. EclinicalMedicine 38.

Görz, G., Schmid, U., Braun, T. (Hrsg.) (2020): Handbuch der künstlichen Intelligenz. Berlin/Boston: De Gruyter.

Förderung: Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in der Förderlinie „Hybride Interaktionssysteme zur Aufrechterhaltung der Gesundheit auch in Ausnahmesituationen“.

Danksagung: Wir danken allen Beteiligten der MediClin-Kliniken Bad Düben, Bosenberg, Deister, Essen, Gernsbach, Königsfeld, Reichshof und Staufenburg für ihren Einsatz bei der Erhebung der Daten und den Befundungen im Expertenboard.

Leistungsgeschehen nach der Einladung bzw. Teilnahme am Ü45-Check. Ergebnisse aus den randomisierten, kontrollierten Studien zur Gesamtevaluation der Modellprojekte

Eva Maria Bitzer; Annika Hambrecht; Simone Telenga; Renate Wiedemann

Pädagogische Hochschule Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

Der Ü45-Check nach § 14 Absatz 3 SGB VI soll das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben reduzieren. Beim Ü45-Check handelt es sich um eine berufsbezogene Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab 45 Jahren, zu der typischerweise RV-Träger ihre Versicherten einladen, einen Termin in einer Untersuchungsstelle (z. B. Reha-Zentrum) zu vereinbaren. Dort wird mit einem unterschiedlichen Untersuchungsumfang geprüft, ob kein Bedarf, Bedarf an Präventionsleistungen der DRV oder Bedarf an Rehabilitationsleistungen besteht (Bitzer, Flaig, 2020). Wir berichten hier aus der Gesamtevaluation der Modellprojekte zu den Fragen, wie sich die Einladung zum bzw. Teilnahme am Ü45-Check auf die Inanspruchnahme von Präventions- und Rehabilitationsleistungen der DRV auswirkt und legen dabei die Daten aus den fünf Modellprojekten zugrunde, sich an diesem Teilprojekt beteiligt haben.

Methoden

Das Studiendesign entspricht fünf randomisierten kontrollierten Studien, bei denen der RV-Träger eine Zufallsstichprobe von Versicherten zieht, die den modellprojektspezifischen Einschlusskriterien entspricht (z. B. 45-53 Jahre alt, versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt), und die selektierten Versicherten zufällig entweder zum Ü45-Check einlädt (Interventionsgruppe, IG) oder der Kontrollgruppe zuteilt (KG). Für alle ausgewählten Versicherten stehen Routinedaten der DRV bis 12/2022 (u.a. Alter, Geschlecht, Bildung, Risiko-Index Erwerbsminderung [RI-EMR], Angaben zum Leistungsgeschehen) sowie eine von den RV-Trägern geführte Falldokumentation (u.a. Einladungsdatum, Angaben zur Teilnahme am Ü45-Check) zur Auswertung zur Verfügung. Versicherte der KG erhielten zufällig eines der im Erhebungszeitraum liegenden Einladungsdaten der IG (= fiktive Einladung). Einbezogen in die vorliegenden Analysen sind alle Versicherte mit gültigem RI-EMR und einem Nachbeobachtungszeitraum von mindestens drei Monaten nach der Einladung zum Ü45-Check. Zudem fließen in die Auswertung nur Leistungen ein, die nach der (fiktiven) Einladung zum Ü45-Check beantragt und angetreten wurden. Deskriptive und inferenzstatistische (Chi-Quadrat-Tests) Analysen erfolgten nach dem Intention-to-Screen- (ITS; KG vs. IG) und dem Per-Protokoll-Ansatz (PP; KG vs. Personen, die den Ü45-Check wahrnehmen [TN]).

Ergebnisse

Insgesamt liegen uns Daten von n=20.089 Personen in der IG (zwischen 186 und 10.106 pro Modellprojekt) und n=33.523 Personen in der KG (183 bis 11.400 pro Modellprojekt) vor.

Der Anteil der beantragten Präventionsleistungen ist in den IG zwischen 1,9- und 32,6-mal ($p < 0,001$), der Anteil der beantragten Rehabilitationsleistungen in MP4 0,8-mal so hoch ($p < 0,001$), in den anderen Modellprojekten 1,1- bis 2,5-mal so hoch. Schon im konservativen ITS-Ansatz erhöht die Einladung zum Ü45-Check die beantragen Präventionsleistungen in allen Modellprojekten substanziell, teilweise bis um den Faktor 32,1 (MP2 IG vs. KG: 6,9 zu 0,2). Betrachtet man nur die TN im Vergleich zur KG, ist der Effekt noch erheblich ausgeprägter (Steigerungen um 30- bis 150-fach). Der Effekt der Einladung zum Ü45-Check auf beantragte Rehabilitationsleistungen (ITS-Ansatz) ist nachweisbar, wenn auch nicht so stark wie bei den Anträgen auf Präventionsleistungen. Die Teilnahme am Ü45-Check (PP-Ansatz) erhöht die Antragsquote um den Faktor 1,5 und mehr, relativ unabhängig vom RI-EMR (Tab. 1).

Tab. 1: Leistungsgeschehen in drei Modellprojekten nach dem Intention-to-Screen- und dem Per-Protokoll-Ansatz

	KG	IG	Nur TN	KG	IG	Nur TN	KG	IG	Nur TN
	MP1			**MP2**			**MP3**		
n	11400	1471	91	1848	1542	321	10123	10106	456
Prävention	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Beantragt	0,3	0,5	8,8*	0,2	6,9*	31,9*	0,3	1,6*	29,6*
Relatives Risiko		1,9	31,3		32,1	147,2		6,1	110,8
Antrittsquote	93,8	75,0	75,0	75,0	95,3	97,0	100	98,2	98,5
Med. Rehabilitation									
Beantragt	5,1	5,4	12,1*	4,9	8,0*	19,9*	3,6	4,3*	10,2*
RI-EMR ≥60	13,5	13,9	27,3	20,0	22,1	39,3	12,9	13,7	18,2
RI-EMR <60	3,8	3,8	10,0	3,9	6,8	18,0	2,6	3,1	9,4
Antrittsquote	77,5	77,5	81,8	71,1	71,5	69,8	81,1	79,6	76,1
	MP4			**MP5[1]**					
n	9969	6784	707	183	-	186			
Prävention	%	%	%	%		%			
Beantragt	0,0	0,4*	3,4	0,5	-	2,7			
Relatives Risiko		-	-		-	4,9			
Antrittsquote	-	92,0	91,7	100	-	40,0			
Med. Rehabilitation									
Beantragt	4,2	3,2*	6,3*	4,9	-	12,4			
RI-EMR ≥60	7,9	5,4	11,9	11,4	-	19,5			
RI-EMR <60	2,3	2,2	4,4	3,4	-	10,3			
Antrittsquote	83,1	78,0	77,3	77,8	-	47,8			

KG=Kontrollgruppe
IG=Interventionsgruppe
TN=Personen der IG, die den Ü45-Check wahrgenommen haben
* signifikanter Unterschied zur KG ($p \leq 0,01$).
[1] in MP5 entspricht die IG den TN.

Diskussion und Fazit

Der Ü45-Check erhöht die Nachfrage nach Präventions- und Rehabilitationsleistungen erheblich im Vergleich zur Routineversorgung. Der Effekt ist stärker auf Präventionsleistungen und bei Rehabilitationsleistungen in etwa gleich stark ausgeprägt bei Personen mit hohem oder normalem RI-EMR.

Take-Home-Message

Der Ü45-Check erhöht die Wahrscheinlichkeit der Beantragung von Präventions- und Rehabilitationsleistungen, die Effekte auf Rehabilitationsleistungen sind unabhängig davon, wie hoch das individuelle Risiko für EMR ist.

Literatur

Bitzer, E. M., Flaig, S. (2020): Vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben frühzeitig erkennen. Public Health Forum, 28(2), 103–106. https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0004.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Machbarkeit eines Ü45-Checks auf Rehabilitations- und Präventionsbedarf in der hausärztlichen Versorgung. Eine multiperspektivische, qualitative Studie

Jennifer Marie Burchardi; Marie Utsch; Martin Brünger

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Der Gesetzgeber sieht vor, eine individuelle, berufsbezogene Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab 45 Jahren in sog. Ü45-Check-Modellprojekten zu erproben. Eines dieser Modellprojekte untersuchte einen Ü45-Check in Hausarztpraxen. Die Wirksamkeit dieses Ansatzes konnte in einer randomisiert kontrollierten Studie bereits gezeigt werden (Brünger et al. 2024). Daneben ist es im Hinblick auf eine mögliche Einführung in die Regelversorgung bedeutsam, die Machbarkeit eines solchen Ü45-Checks unter möglichst versorgungsnahen Bedingungen zu untersuchen.

Daher ist es Ziel dieses Beitrags, Praktikabilität, Nutzen und Akzeptanz eines Ü45-Checks zur Identifikation von Rehabilitations- und Präventionsbedarf in der hausärztlichen Versorgung zu evaluieren.

Methoden

Die Untersuchung ist Teil eines Multi-Methods-Ansatzes einer Studie zu einem Ü45-Check, der in 26 Berliner und Brandenburger Hausarztpraxen erprobt wurde (DRKS00028303, Burchardi et al., 2023). Es wurden leitfadengestützte Interviews persönlich oder per Telefon mit 13 Ärzt:innen und 10 Personen des medizinisches Fachpersonal von 16 Hausarztpraxen sowie mit 11 Patient:innen durchgeführt, die am Ü45-Check teilnahmen. Hierbei wurden bewusst solche Patient:innen überproportional adressiert, bei denen ein Rehabilitations- oder

Präventionsleistungsbedarf im Ü45-Check identifiziert worden war. Weiterhin wurden vier an der Antragsbearbeitung oder deren Koordination beteiligte Mitarbeitende der Deutschen Rentenversicherung interviewt.

Die Gesprächsleitfäden fokussierten die Themen Praktikabilität, Akzeptanz und Nutzen-Einschätzung sowie eine mögliche Implementierung des Ü45-Checks in die Regelversorgung. Ergänzend wurden strukturierte Angaben zur Person bzw. Hausarztpraxis erhoben. Die Interviews wurden audioaufgezeichnet und von einem professionellen Transkriptionsbüro nach dem vereinfachten Verfahren gemäß Dresing und Pehl transkribiert. Die qualitative Auswertung der anonymisierten Transkripte erfolgte mithilfe der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Hier wurde ein deduktiv aus den Forschungsfragen und dem Gesprächsleitfaden abgeleitetes Vorgehen mit einem induktiven, materialbasierten Ansatz kombiniert (Kuckartz, Rädiker, 2022).

Ergebnisse

Der Großteil der Hausarztpraxen gab an, der Ü45-Check ließe sich praktikabel in der Routine hinsichtlich Arbeits- und Zeitaufwand umsetzen. Die Gesamtdauer des Ü45-Checks bei identifiziertem Bedarf wurde – inkl. Ausfüllen des zweiseitigen Ü45-Screening-Fragebogens – auf etwa 15 Minuten geschätzt. Es war für den Ablauf von Vorteil, wenn sich ein Mitglied des Praxisteams zu den Teilhabeleistungen der DRV und deren Beantragung vorab tiefergehend informierte. Ebenso wurde die Akzeptanz sowie der Nutzen des Ü45-Checks von den meisten Hausarztpraxen als hoch bewertet. Es bestehe ein großes Interesse, Bedarfe frühzeitiger zu erkennen und das Thema Prävention und Rehabilitation rücke durch den Ü45-Check sowohl bei Patient:innen als auch beim Praxispersonal mehr ins Bewusstsein. Insbesondere zu den Präventionsleistungen der DRV bedürfe es mehr Aufklärung. Die Akzeptanz zur Teilnahme am Check durch die Patient:innen war hoch. Diese bewerteten es positiv, den Ü45-Check in einer Institution zu durchlaufen, zu der sie Vertrauen haben.

Ebenso bewerteten die interviewten Mitarbeitenden der DRV den Nutzen des Ü45-Checks im Grundsatz als hoch, da Hausärzt:innen für Angebote der DRV sensibilisiert und Versicherte für eine Teilhabeleistung bedarfsgerecht gewonnen werden konnten, die andernfalls keinen Antrag gestellt hätten. Hingegen wurde das in der Studie modifizierte Reha-Antragsverfahren unter Verzicht auf den sonst üblichen ärztlichen Befundbericht kontrovers beurteilt.

Diskussion und Fazit

Die inhaltsanalytischen Auswertungen der Interviews mit beteiligten Hausarztpraxen, Patient:innen und DRV-Mitarbeitenden zeigen, dass sich der Ü45-Check in Hausarztpraxen unter Alltagsbedingungen insgesamt praktikabel einsetzen lässt und auf breite Akzeptanz stößt. Auch der Nutzen wird als größtenteils hoch eingeschätzt. Wichtig bei der Implementation ist, die heterogenen Strukturen und Prozessen der einzelnen Arztpraxen zu berücksichtigen.

Das Reha-Antragsverfahren barriereärmer als bislang zu gestalten wird grundsätzlich von allen Beteiligten begrüßt. Jedoch führte das in dieser Studie angewandte modifizierte Antragsverfahren teils zu Herausforderungen bei der DRV hinsichtlich der Bearbeitung der Reha-Anträge. Diese Erfahrungen sollten bei einer möglichen Implementierung in die Regelversorgung beachtet werden.

Take-Home-Message

Der Ü45-Check lässt sich in der hausärztlichen Versorgung praktikabel und zeiteffizient unter Alltagsbedingungen umsetzen. Dessen Akzeptanz und Nutzen werden überwiegend als hoch eingeschätzt.

Literatur

Brünger, M., Rossek, S., Burchardi, J.M. (2024): Wirksamkeit eines Checks auf Rehabilitations- und Präventionsbedarf in der hausärztlichen Versorgung. German Medical Science GMS Publishing House; 2024. DocV-01-02. doi: 10.3205/24degam002

Burchardi, J. M., Spyra, K., Brünger, M. (2023): Effectiveness of a screening tool to assess prevention and rehabilitation needs of 45 to 59 years old in primary care – study protocol of a pragmatic randomized controlled trial (PReHa45). BMC Health Serv Res, 23(1). 382.

Kuckartz, U., Rädiker, S. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung (5. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Wer nimmt am Ü45-Check teil? Selektionseffekte in den randomisierten, kontrollierten Studien der Modellprojekte zur Erprobung des Ü45-Checks

Annika Hambrecht; Simone Telenga; Renate Wiedemann; Eva Maria Bitzer

Pädagogische Hochschule Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

Mit dem Ziel das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu reduzieren fordert § 14 Absatz 3 SGB VI die Rentenversicherungsträger (RV-Träger) auf, eine berufsbezogene Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab 45 Jahren (den sog. Ü45-Check) in Modellprojekten zu erproben. Typischerweise laden die RV-Träger Versicherte zum Ü45-Check ein, Versicherte vereinbaren einen Termin in einer Untersuchungsstelle (z.B. Reha-Einrichtung), in der dann über Fragebögen, körperliche Untersuchungen und Gespräche Leistungsbedarf identifiziert wird (Bitzer, Flaig, 2020). Wir berichten hier aus der Gesamtevaluation der Modellprojekte zu den Fragen „Wer nimmt am Ü45-Check teil?“ und „Erreicht der Ü45-Check Personen mit einem hohen Risiko für den Eintritt in Erwerbsminderungsrente?“. Wir beantworten diese Fragen auf der Basis von randomisierten, kontrollierten Studien unter Nutzung von Routinedaten der DRV.

Methoden

In den fünf an diesem Teilprojekt der Gesamtevaluation teilnehmenden Modellprojekten zog der RV-Träger eine Zufallsstichprobe von Versicherten, die den modellprojektspezifischen Einschlusskriterien entsprechen (z. B. 45-53 Jahre alt, aktive Versicherung bei initiierendem RV-Träger) und lud diese zufällig im Verhältnis 1:1 zum Ü45-Check ein (Interventionsgruppe, IG) oder nicht (Kontrollgruppe, KG). Für alle Versicherten der Stichprobe stehen Routinedaten

der DRV bis 12/2022 (u. a. Alter, Geschlecht, Bildung, Risiko-Index Erwerbsminderung [RI- EMR] (Bethge et al., 2021)) sowie eine von den RV-Trägern angefertigte Falldokumentation (u.a. Einladungsdatum, Angaben zur Teilnahme am Ü45-Check) zur Auswertung zur Verfügung.

Von den Analysen ausgeschlossen wurden Versicherte, zu denen keine RI-EMR-Werte vorliegen, die einen Leistungsantrag vor der Teilnahme am Ü45-Check gestellt haben und die nach dem 31.09.2022 eingeladen wurden. Die Versicherten der KG erhielten zufällig eines der im Erhebungszeitraum liegenden Einladungsdaten der IG (= fiktive Einladung). Wir stellen deskriptive Ergebnisse zur Stichprobenselektivität des Ü45-Checks nach dem Intention-to-Screen-Ansatz (ITS; IG vs. KG) und nach dem Per-Protokoll-Ansatz vor (PP; Personen, die den Ü45-Check wahrnehmen [TN] vs. KG).

Ergebnisse

Insgesamt liegen uns Daten von n=20.089 Personen in der IG (zwischen 186 und 10.106 pro Modellprojekt) und n=33.523 Personen in der KG (183 bis 11.400 pro Modellprojekt) vor.

ITS: Innerhalb der Modellprojekte unterscheiden sich IG und KG nicht substanziell in Bezug auf zentrale soziodemografische Merkmale, auch wenn die bestehenden Unterschiede mitunter statistisch signifikant sind (vgl. Tab. 1). Zwischen Modellprojekten zeigen sich dagegen Unterschiede im einbezogenen Versichertenklientel, z.B. in den Bezug auf den Anteil an Versicherten mit hohem RI-EMR (≥ 60 Punkten), dem Anteil an Frauen oder dem Anteil mit Abitur.

PP: Zwischen TN und KG bestehen in allen Modellprojekten in Bezug auf mindestens eines der untersuchten soziodemografischen Merkmale inhaltlich bedeutsame, statistisch signifikante Unterschiede (Tab 1).

Tab. 1: Versichertencharakteristika der Modellprojekte nach Intention-to-Screen- (IG vs. KG) und Per-Protokoll-Ansatz (TN vs. KG)

	KG	IG	Nur TN	KG	IG	Nur TN	KG	IG	Nur TN
		MP1			**MP2**			**MP3**	
n	11400	1471	91	1848	1542	317	10123	10106	450
Alter (MW)	54,9	54,7	54,7	50,5	50,0*	49,8*	53,3	53,3	53,8*
RI-EMR ≥ 60 (%)	13,1	16,1*	12,1	6,0	7,9	9,0	9,6	10,9	9,8
Weiblich (%)	30,3	28,4	28,6	62,3	61,5	68,5	47,7	47,7	55,8*
Mit Abitur (%)	13,7*	16,1	27,8*	65,8	64,8	67,3	18,1*	21,7*	25,6*
		MP4			**MP5[1]**				
n	9969	6784	696	183	-	186			
Alter (MW)	52,3	52,2	52,5	53,0	-	52,2			
RI-EMR ≥ 60 (%)	34,4	32,9*	25,4*	19,1	-	22,0			
Weiblich (%)	25,3	28,8*	40,7*	60,7	-	64,5			
Mit Abitur (%)	27,9	28,5	40,8*	30,1	-	25,3			

KG: Kontrollgruppe
IG: Interventionsgruppe
TN: Personen der IG, die den Ü45-Check wahrgenommen haben
* signifikanter Unterschied zur KG (p≤0,01).
[1] in MP5 entspricht die IG den TN, da keine Daten zu Nicht-Teilnehmenden vorliegen.

Diskussion und Fazit

Innerhalb der Modellprojekte sind Versicherte der IG und KG gut vergleichbar, es gibt nach ITS-Ansatz keine Hinweise auf einen Selektionsbias. Die zwischen den Modellprojekten bestehenden Unterschiede reflektieren Spezifika der RV-Träger und der Modellprojekte. So waren beispielsweise in MP4 absichtlich Personen mit hohem RI-EMR überproportional in der Ausgangsstichprobe vertreten. Selektionseffekte werden im PP-Ansatz ersichtlich: TN sind in den Modellprojekten häufiger weiblich, haben häufiger ein abgeschlossenes Abitur und seltener einen hohen RI-EMR als Versicherte der KG.

Take-Home-Message

Versicherte, die am Ü45-Check teilnehmen, haben im Vergleich zur Kontrollgruppe ein geringeres Risiko, vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszuscheiden.

Literatur

Bethge, M., Spanier, K., Streibelt, M. (2021): Using Administrative Data to Assess the Risk of Permanent Work Disability: A Cohort Study. Journal of Occupational Rehabilitation, 31(2), 376–382. https://doi.org/10.1007/s10926-020-09926-7

Bitzer, E. M., Flaig, S. (2020): Vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben frühzeitig erkennen. Public Health Forum, 28(2), 103–106. https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0004

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Wirksamkeit eines Ü45-Checks auf Rehabilitations- und Präventionsbedarf in Hausarztpraxen. Eine multizentrische, randomisiert kontrollierte Studie

Martin Brünger[1]; Susanne Rossek[1]; Maja A. Hofmann[2]; Jennifer Marie Burchardi[1]

[1] Charité – Universitätsmedizin Berlin, [2] Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Hintergrund und Zielstellung

Bislang erfolgt die Erkennung von Rehabilitations- und Präventionsbedarf bei Personen im erwerbsfähigen Alter teils zu spät. Daher ist eine frühzeitigere Erkennung von vorliegendem Rehabilitations- und Präventionsbedarf mit nachfolgender, bedarfsorientierter Antragstellung von Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) sinnvoll. Das Flexirentengesetz beinhaltet die Vorgabe an Rentenversicherungsträger, sog. Ü45-Checks zur Identifikation von Rehabilitations- und Präventionsbedarf modellhaft zu erproben (§ 14 SGB VI). Hausarztpraxen bieten sich als ein Rekrutierungs- und Durchführungsort für einen Ü45-Check an, da Hausärzt:innen von einem Großteil der Bevölkerung konsultiert und zudem als zentrale Anlaufstelle für Rehabilitation und Prävention wahrgenommen werden (Golla et al., 2023). Zudem kennen Hausärzt:innen viele ihrer Patient:innen und deren Erkrankungen, Symptome sowie beruflichen und sozialen Situation bereits. Zugleich liegen jedoch Informationsdefizite und Unsicherheiten bezüglich medizinischer Rehabilitation und

Präventionsleistungen („RV Fit") und deren Beantragung auf Seiten von Hausärzt:innen, aber auch Patient:innen, vor (Walther et al., 2018).

Daher soll die Wirksamkeit eines Ü45-Checks zur strukturierten Erkennung von Rehabilitations- und Präventionsbedarf in der hausärztlichen Versorgung untersucht werden.

Methoden

Es wurde eine multizentrische, randomisiert kontrollierte Studie in 26 Hausarztpraxen in Berlin und Brandenburg mit pragmatischem, versorgungsnahem Ansatz durchgeführt (DRKS00028303, Burchardi et al., 2023). Einschlusskriterien waren insbesondere Alter 45 bis 59 Jahre und aktive Versicherung bei der DRV Berlin-Brandenburg oder DRV Bund. Die Rekrutierung von Studienteilnehmenden erfolgte am Empfang. Die Kontrollgruppe (n=695) erhielt ausschließlich einen Fragebogen zu soziodemografischen und berufs- bzw. gesundheitsbezogenen Merkmalen. Die Interventionsgruppe (n=706) absolvierte zusätzlich den Ü45-Check und füllte im Wartezimmer das zweiseitige Ü45-Screening aus, welches auf fünf Dimensionen Rehabilitations- und Präventionsbedarf erfasst. Nach der direkten Auswertung mithilfe eines festen Algorithmus durch das Praxispersonal war es der Hausarztpraxis möglich, auf Basis von vorhandenen Informationen (z.B. Diagnosen, berufliche Situation, soziale Lage) die Empfehlung zu modifizieren. Bei vorliegendem Bedarf wurden Informations- und Antragsunterlagen ausgehändigt. Das Antragsverfahren auf medizinische Rehabilitation wurde im Rahmen der Studie vereinfacht. Primäres Outcome stellen Anträge auf Rehabilitation oder Präventionsleistung binnen zwei Monate nach Studienteilnahme dar, sekundäre Outcomes Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen basierend auf diesen Anträgen. Die Outcomes wurden mithilfe von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung erfasst. Unterschiede zwischen den Studiengruppen wurden mithilfe von zweiseitigen exakten Fisher-Tests auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0{,}05$ statistisch geprüft.

Ergebnisse

Der Frauenanteil betrug in der Interventionsgruppe 64,2% (Kontrollgruppe 63,0%), das mittlere Alter 52,1 (SD=4,3) bzw. 52,5 (SD=4,4) Jahre. In der Interventionsgruppe wurden 85 Anträge (12,0%) auf medizinische Rehabilitation oder Präventionsleistung binnen zwei Monate nach Studienteilnahme gestellt, in der Kontrollgruppe 20 Anträge (2,9%; $p < 0.001$). Die meisten dieser Anträge bezogen sich auf die medizinische Rehabilitation (10,2% bzw. 2,9%), Anträge auf Prävention erfolgten im Nachbeobachtungszeitraum auf deutlich niedrigerem Niveau und ausschließlich in der Interventionsgruppe (1,8%). Bei Bewilligungen dieser Leistungen lag die Anzahl in Interventions- vs. Kontrollgruppe bei 59 vs. 17 ($p < 0.001$), bei abgeschlossenen Leistungen 51 vs. 16 ($p < 0.001$).

Subgruppenanalysen untersuchten den Zusammenhang zwischen soziodemografischen bzw. gesundheits- und erwerbsbezogenen Merkmalen zur Reha-Antragstellung. Frauen stellten deutlich häufiger als Männer einen Reha-Antrag und höhere Altersgruppen häufiger als jüngere. Gleiches gilt für Personen ohne Berufsabschluss und nicht vorwiegend deutschsprechende Personen. Besonders große Gradienten in der Antragstellung zeigten sich bei Betrachtung selbstberichteter gesundheits- und erwerbsbezogener Merkmale: Eine erheblich erhöhte Antragstellung erfolgte u.a. bei schlechter subjektiver Gesundheit, schlechter subjektiver Arbeitsfähigkeit und längeren selbstberichteten Arbeitsunfähigkeits-

zeiten. Weiterhin stellten Personen mit hohem Risikoindex Erwerbsminderungsrente deutlich häufiger einen Reha-Antrag.

Diskussion und Fazit

Der Ü45-Check in Hausarztpraxen erweist sich als wirksam, die Zahl an Anträgen, Bewilligungen und abgeschlossenen Präventions- und insbesondere Rehabilitationsleistungen gegenüber der Routineversorgung zu steigern. Subgruppenanalysen zeigen, dass die zusätzlich durch den Ü45-Check induzierten Reha-Anträge deutlich überdurchschnittlich durch gesundheitlich und beruflich beeinträchtigte Personen erfolgten. Darüber hinaus wurden auch Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status ohne Benachteiligung erreicht. Diese Befunde deuten darauf hin, dass die Ü45-Check-bedingten Reha-Leistungen im Grundsatz bedarfsorientiert ausfallen.

Take-Home-Message

Der Ü45-Check kann Hausärzt:innen dabei unterstützen, Rehabilitations- und Präventionsbedarf bei Patient:innen niedrigschwellig und strukturiert zu erkennen und nachfolgend eine bedarfsorientierte Antragstellung einzuleiten.

Literatur

Burchardi, J. M., Spyra, K., Brünger, M. (2023): Effectiveness of a screening tool to assess prevention and rehabilitation needs of 45 to 59 years old in primary care – study protocol of a pragmatic randomized controlled trial (PReHa45). BMC Health Serv Res, 23(1). 382.

Golla, A., Saal, S., Meyer, G., Frese, T., Mikolajczyk, R., Richter, M., Schildmann, J., Steckelberg, A., Mau, W. (2023): Verständnis und Bedürfnis medizinischer Rehabilitation in der Bevölkerung – Ergebnisse einer Online-Befragung. Rehabilitation. 62(4). 197-206.

Walther, A., Falk, J., Deck, R. (2018): Informationsbedürfnisse von Versicherten der Deutschen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation – eine schriftliche Befragung. Gesundheitswesen, 80(7). 635-641.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Zusammenhang zwischen der Berufsgruppenzugehörigkeit und dem Rehabilitationsbedarf von Personen im Alter von 45 – 59 Jahren (Ü45-Check)

Linda Kalski[1,2], Charleen Pächter[2], Laura Völkel[1,2], Tilman J. Pulst Caliman[1], Franziska Greiß[1], Lorena Hafermann[1], Maja A. Hofmann[3], Bernd Wolfarth[1,2]

[1] Charité – Universitätsmedizin Berlin, [2] Humboldt-Universität zu Berlin, [3] Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Hintergrund und Zielstellung

Der Arbeitsplatz beeinflusst durch das vorherrschende Aktivitätsniveau und die auszuführenden Arbeitshaltungen maßgeblich den Gesundheitszustand. Während körperlich schwere Berufe mit muskuloskelettalen Erkrankungen, einer verminderten Arbeitsfähigkeit

und gehäuften Krankheitstagen einhergehen können (Steeves et al., 2015), können vorwiegend sitzende Tätigkeiten das Mortalitätsrisiko und die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen erhöhen (Manz et al., 2022). Da der Beruf einen Großteil des Lebens einnimmt, gerät dessen Einfluss auf die Gesundheit immer mehr in den Fokus der Forschung. Eine Zielstellung der Ü45-Check Studie besteht darin, den Rehabilitationsbedarf der 45 - 59- Jährigen zu evaluieren und in Bezug auf die Berufsgruppenzugehörigkeit einzuschätzen.

Methoden

An der explorativen Querschnittstudie „Ü45-Check“ nahmen n = 1.040 Personen, im Alter von 45-59 Jahren, teil. Im Rahmen einer Fragebogenerhebung (Ü45-Screening) (Brünger et al., 2021) und einer klinischen Untersuchung (Kalski et al., 2023) wurde unabhängig voneinander der Rehabilitationsbedarf der Probanden erhoben. Ergänzend wurde in einer Anamnese die Berufsbezeichnung inkl. der Arbeitsschwere und -haltung aufgenommen. Die Berufsbezeichnungen wurden nach der International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08) klassifiziert; (Führungskräfte (n = 82), Akademiker (n = 216), Techniker (n = 152), Büroangestellte (n = 129), Dienstleister (n = 132), Landwirte & Handwerker (n = 129), Maschinenbedienende (n = 53), einfache Tätigkeiten (n = 46), Nicht-Erwerbstätig (n = 73), keine Angabe (n = 28)).

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der Probanden betrug 52,9 ± 4,2 Jahre, mit einem BMI von 26,9 ± 4,9 kg/m². Mehr als die Hälfte (n = 631, 61 %) der Probanden waren männlich. Insgesamt zeigte sich laut der ärztlichen Einschätzung (n = 181/1.040, 17 %) ein höherer Rehabilitationsbedarf im Vergleich zum Fragebogen (n = 91/1.040, 9 %). 45,2 % (n = 33) der Nicht-Erwerbstätigen haben laut klinischer Untersuchung einen Rehabilitationsbedarf. Bei Personen, die einfache Tätigkeiten ausübten liegt der Anteil bei 21,8 % (n = 10), bei Anlagen und Maschinen bedienenden bei 20,8 % (n = 11) und bei Personen mit handwerklichen Tätigkeiten bei 19,4 %, (n = 25). Laut Fragebogen hat ebenfalls die Gruppe der Nicht-Erwerbstätigen den prozentual höchsten Rehabilitationsbedarf mit 43,8 % (n = 32). Darauf folgt die Gruppe der Dienstleister mit 11,4 % (n = 15).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen Unterschiede im Rehabilitationsbedarf innerhalb der Berufsgruppen und zwischen ärztlicher Einschätzung und der Fragebogenerhebung. Insbesondere Nicht-Erwerbstätige weisen einen vermehrten Rehabilitationsbedarf auf, was möglicherweise auf eine Kombination aus gesundheitlichen Einschränkungen, psychosozialen Belastungen und fehlender beruflicher Struktur zurückzuführen ist. Diese Gruppe könnte verstärkt von gezielten Rehabilitationsangeboten profitieren, die sowohl physische als auch psychische Aspekte adressieren. Auch Personen in körperlich belastenden Berufen wie Handwerk, Maschinenbedienung und einfachen Tätigkeiten zeigen einen erhöhten Bedarf. Dies bestätigt den Zusammenhang zwischen körperlicher Belastung und gesundheitlichen Beschwerden, insbesondere muskuloskelettalen Erkrankungen. Im Gegensatz dazu zeigen Führungskräfte, Akademiker und Büroangestellte einen vergleichsweise niedrigeren Bedarf, was auf ihre berufsbezogene geringere körperliche Belastung zurückzuführen sein könnte. Allerdings

könnten bei diesen Berufsgruppen andere gesundheitliche Risiken wie stressbedingte Erkrankungen oder Beschwerden durch Bewegungsmangel unterschätzt werden.

Ein auffälliger Unterschied zwischen ärztlicher Einschätzung und Fragebogenergebnissen deutet auf methodische Herausforderungen hin. Während die ärztliche Einschätzung möglicherweise umfassender und detaillierter ausfällt, könnten subjektive Einschätzungen in der Fragebogenerhebung durch persönliche Wahrnehmungen oder mangelnde Gesundheitskompetenz beeinflusst sein. Diese Diskrepanz unterstreicht die Bedeutung kombinierter Erhebungsmethoden, um ein möglichst vollständiges Bild des Rehabilitationsbedarfs zu erhalten.

Die Ergebnisse verdeutlichen den Einfluss von Beruf und Arbeitsbelastung auf die Gesundheit und unterstreichen die Notwendigkeit gezielter Präventions- und Rehabilitationsangebote, insbesondere für körperlich belastete Berufsgruppen. Auch der Fokus auf altersspezifische Strategien zur Gesundheitsförderung und die Überwindung struktureller Barrieren könnten dazu beitragen, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Zielgruppe langfristig zu sichern.

Take-Home-Message

Nicht-Erwerbstätigkeit und körperlich belastende Berufe sind mit einem höheren Rehabilitationsbedarf verbunden, während sitzende Tätigkeiten einen geringeren Bedarf aufweisen. Dies betont die Wichtigkeit gezielter Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen für stark beanspruchte Berufsgruppen.

Literatur

Brünger, M., Bernert, S., Graf, A., Spyra, K. (2021): Validierung eines Fragebogens zur Erfassung des Rehabilitations- und Präventionsbedarfs von Über-45-Jährigen (Ü45-Screening II). Zenodo: Abschlussbericht.

Kalski, L., Greiß, F., Hartung, J.J., Hafermann, L., Hofmann, M.A., Wolfarth, B. (2023): Preventive health examinations: protocol for a prospective cross-sectional study of German employees aged 45 to 59 years (Ü45-check). Frontiers in Public Health;11.

Manz, K., Domanska, O. M., Kuhnert, R., Krug, S. (2022): Wie viel sitzen Erwachsene? Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS).

Steeves, J. A., Tudor-Locke, C., Murphy, R. A., King, G. A., Fitzhugh, E. C., Harris, T. B. (2015): Classification of occupational activity categories using accelerometry: NHANES 2003-2004. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 12:89.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Berufliche Teilhabe nach medizinischer Rehabilitation aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen: Repräsentative Analysen auf Basis von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung

Matthias Bethge[1]; Pia Zollmann[2]; Richard Albers[1]; Bernhard Greitemann[3]; Marco Streibelt[2]

[1] Universität zu Lübeck, [2] Deutsche Rentenversicherung Bund,
[3] Klinik Münsterland, Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Hintergrund und Zielstellung

Muskel-Skelett-Erkrankungen gehen häufig mit Schmerzen, körperlichen Funktionseinschränkungen, Verlust von Lebensqualität sowie einem chronischen Verlauf einher und sind ein klar belegter Risikofaktor für lange Arbeitsunfähigkeit und einen vorzeitigen Erwerbsausstieg (Robert Koch-Institut, 2015). In Deutschland gingen im Jahr 2022 rund ein Sechstel (17,4 %) der Fehlzeiten (Meyer et al., 2023) und im Jahr 2023 etwa ein Zehntel (10,6 %) der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024) auf Muskel-Skelett-Erkrankungen zurück.

Menschen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen können eine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen, um ihre Teilhabechance zu verbessern. Für unseren Beitrag haben wir prozessproduzierte Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung genutzt, um repräsentative Aussagen zur erwartbaren beruflichen Teilhabe für Menschen treffen zu können, die aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen eine orthopädische Rehabilitation erhalten haben. Wir formulierten folgende Fragestellungen:

1. Wie lassen sich Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen im Vorfeld einer medizinischen Rehabilitation beschreiben?
2. Wie hoch ist die berufliche Teilhabe im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation aufgrund einer Muskel-Skelett-Erkrankung?
3. Welche Faktoren determinieren die berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund einer Muskel-Skelett-Erkrankung?

Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde die Reha-Statistik-Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung genutzt. Eingeschlossen wurden alle Personen im erwerbsfähigen Alter, die im Jahr 2017 eine Rehabilitation in einer orthopädischen Fachabteilung abgeschlossen hatten. Die Analysen wurden für die Gesamtgruppe sowie nach Diagnosegruppen stratifiziert durchgeführt. Als Diagnosegruppe unterschieden wir: „Arthrosen“ (M15-M19, AT), „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (M50-M54 und M47, RÜ), „Schulterläsionen“ (M75; SL) und „Sonstige orthopädische Diagnosen“. Berufliche Teilhabe wurde sowohl über eine monatliche Zustandsvariable bis 24 Monate nach der Rehabilitation als auch als Quote aller Personen, die nach 12 bzw. 24 Monaten im Erhebungsmonat und den drei

vorhergehenden Monaten sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren, operationalisiert. Für die Analyse der Einflussfaktoren auf stabile berufliche Teilhabe wurden multiple logistische Regressionsmodelle mit schrittweisem Einschluss, getrennt für die Quoten nach 12 und 24 Monaten, kalkuliert.

Ergebnisse

In die Analyse wurden 335.792 abgeschlossene orthopädische Rehabilitationen aus dem Jahr 2017 einbezogen (Arthrose: n = 76.572, 22,8 %; Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens: n = 164.434, 49,0 %; Schulterläsionen: n = 20.924, 6,2 %; Sonstige orthopädische Diagnosen: n = 73.862, 22,0 %). Das mittlere Alter der eingeschlossenen Personen betrug 52 Jahre (SD = 8,9), 49,0 % waren Frauen. Der Anteil an Personen mit Fehlzeiten von sechs und mehr Monaten im Jahr vor der Rehabilitation betrug 13,2 % bei Arthrose, 13,6 % bei sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, 24,6 % bei Schulterläsionen und 22,7 % bei sonstigen orthopädischen Diagnosen.

Die Quote für die Rückkehr in Arbeit zwei Jahre nach Rehabilitationsende lag in der Gesamtgruppe bei 66,2 % (n = 335.792) inklusive der Personen, die in Altersrente abwanderten, und bei 72,2 % (n = 308.196) exklusive der Personen, die in Altersrente abwanderten.

Die relevantesten Einflussfaktoren für eine stabile Beschäftigung nach der orthopädischen Rehabilitation, die sich anhand administrativer Daten identifizieren ließen, waren die Arbeitsunfähigkeitsdauer und das Entgelt aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung vor Rehabilitationsbeginn.

Diskussion und Fazit

Sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für die einzelnen Erkrankungskohorten waren die Arbeitsunfähigkeitsdauer und das Entgelt aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung die wichtigsten prognostischen Faktoren für eine stabile Beschäftigung. Diese Merkmale könnten aufgrund ihrer prognostischen Zuverlässigkeit bei der Bedarfsermittlung und Zuweisung in die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, stufenweise Wiedereingliederung und ggf. weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben genutzt werden. Darüber hinaus können die von uns dargestellten Kennzahlen zu Beschäftigung und stabiler Beschäftigung zukünftig für vergleichende Analyse verwendet werden, wenn Daten nur einarmig ohne Kontrollgruppe erhoben werden. Die wichtigsten Limitationen sind fehlende Daten zu potenziellen prognostischen Faktoren, die in den administrativen Routinedaten nicht enthalten sind (z. B. eigene Remissions- oder Wiedereingliederungserwartungen). Diese könnten die Modellanpassung verbessern und die von uns bestimmten prognostischen Zusammenhänge reduzieren. Dem Studiendesign entsprechend sind die beobachteten langfristigen Verläufe zudem nicht als Effekte der orthopädischen Rehabilitation interpretierbar.

Take-Home-Message

Ein Jahr und zwei Jahre nach Abschluss einer orthopädischen Rehabilitation sind rund 70 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden stabil beschäftigt.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2024): Rentenversicherung in Zahlen 2024. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund.

Meyer, M., Meinicke, M., Schenkel, A. (2023): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2022. In: Badura, B., Ducki, A., Baumgardt, J., Meyer, M., Schröder, H. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2023. Berlin: Springer. 435-520.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Robert Koch-Institut.

Dermatologische Rehabilitation bei chronischem Pruritus - Evaluation der Effektivität und Nachhaltigkeit

Lora Abual-Hedzha[1]; Sophia von Martial[1]; Tobias Neumeister[1]; Kaija Troost[1]; Matthias Augustin[2]; Sonja Ständer[3]; Athanasios Tsianakas[1]

[1] Fachklinik Bad Bentheim, [2] Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, [3] Universitätsklinikum Münster

Hintergrund und Zielstellung

Bei vielen v.a. chronisch-entzündlichen Erkrankungen ist Juckreiz (Pruritus) ein besonders belastendes Symptom und geht mit deutlichen Schlaf- und Konzentrationsstörungen einher. Bei chronischem Verlauf verselbständigt sich das Symptom und stellt als nun chronischer Pruritus eine eigene Erkrankung mit schwerwiegenden Folgen auf Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit dar (Ständer et al., 2010, Ständer et al., 2022). Der chronische Pruritus führt aber auch zu starken psychischen Belastungen der Patienten. Die akutmedizinische Intervention (ambulante oder akutstationäre Therapie) bleibt oft ungenügend, so dass wir in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum chronischer Pruritus des Universitätsklinikums Münster ein spezifisches Rehabilitationskonzept für chronischen Pruritus entwickelten. Nach erfolgreicher Etablierung in einem Pilotprojekt sollte nun in einem Folgeprojekt die Nachhaltigkeit überprüft werden (von Martial et al., 2022).

Methoden

Nach der Etablierung einer spezifischen antipruritischen Rehabilitationsmaßnahme (gezielte antipruritische Therapie einschließlich Balneofototherapie, Lokaltherapie und systemisch medikamentöser Therapie, psychologische Intervention, audiovisuelle Stimulation, Ernährungsberatung, Physiotherapie einschl. Relaxationsübungen uvm.) führten wir ein Evaluationsprogramm zur Messung der Effektivität durch. Bei 112 Patienten mit chronischem Pruritus (häufigste zugrundeliegende Erkrankungen Atopisches Ekzem, Psoriasis vulgaris, Prurigo nodularis) wurden neben dem Schweregrad des Pruritus (mean and worst NRS Pruritus) auch die Lebensqualität (ItchyQoL, DLQI) und die Aussagen zu Ängstlichkeit (GAD- 7) und Depressivität (PHQ- 9) gemessen. Zudem wurde eine Nutzenanalyse des Aufenthalts (Patient Benefit Index, PBI) durchgeführt. Messzeitpunkte waren die Woche 0 und Woche 3 (Aufnahme und Entlassung) sowie zur Messung der Nachhaltigkeit die Wochen 4 und 12 post-Entlassung.

Ergebnisse

Es zeigte sich, dass die Patienten von der spezifischen antipruritischen Rehabilitationsmaßnahme deutlich profitierten und es neben der Abnahme des reinen Symptoms Pruritus auch zu einer signifikanten Besserung in den Bereichen Lebensqualität, Depressivität und Ängstlichkeit kam. Diese Effekte blieben bis 12 Woche nach Entlassung erhalten.

Diskussion und Fazit

Die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme in einem spezialisierten, universitär begleiteten Zentrum, welches über sämtliche therapeutische Maßnahmen zur Behandlung des chronischen Pruritus verfügt, erscheint somit äußerst sinnvoll. Die erzielten Effekte zeigten sich auch nach Entlassung stabil und unterstreichen somit die Nachhaltigkeit einer spezifischen Rehabilitationsmaßnahme bei chronischem Pruritus.

Take-Home-Message

Eine spezifische dermatologische Rehabilitationsmaßnahme bei chronischem Pruritus kann die Symptome und die damit einhergehenden Belastungen und Einschränkungen der Teilhabe der betroffenen Patienten nachhaltig positiv beeinflussen.

Literatur

Ständer, S., Schäfer, I., Phan, N.Q., Blome, C., Herberger, K., Heigel, H., Augustin, M. (2010): Prevalence of chronic pruritus in Germany: results of a cross-sectional study in a sample working population of 11,730. Dermatology, 221(3):229–35.

Ständer, S., Zeidler, C., Augustin, M., Darsow, U., Kremer, A. E., Legat, F.J., Koschmieder, S., Kupfer, J., Mettang, T., Metz, M., Nast, A., Raap, U., Schneider, G., Ständer, H., Streit, M., Schut, C., Weisshaar, E. (2022): S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des chronischen Pruritus [Internet]. Version 6.1. Juli 2022. https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/013-048.htm.

Von Martial, S., Kok, L., Gründel, S., Augustin, M., Blome, C., Zeidler, C., Steinbrink, K., Ständer, S., Tsianakas, A. (2022): Introduction of a Specific Dermatological Rehabilitation Programme for Patients with Chronic Pruritus: A Pilot Study. Acta Derm Venereol: Dec 7;102: adv00831. doi: 10.2340/actadv.v102.2930.

Die Pandemie als Brennglas? Rückkehr in Arbeit nach einer medizinischen Rehabilitation zu Zeiten der COVID-19-Pandemie

Mathis Elling; Christian Hetzel; Nadine Sänger; Betje Schwarz

iqpr - Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH
an der Deutschen Sporthochschule Köln

Hintergrund und Zielstellung

Die COVID-19 Pandemie hatte weitreichende Auswirkungen auf die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Während die Auswirkungen der Pandemie auf den Zugang (Bethge et al., 2022) und die Durchführung (Annac et al., 2023) der

medizinischen Rehabilitation bereits untersucht wurden, fehlen bislang Studien zur Rückkehr in Arbeit (RTW) nach der Rehabilitation. Diese Forschungslücke adressieren wir am Beispiel der medizinischen Rehabilitation aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, die mit 40% aller Fälle die größte Indikationsgruppe in der medizinischen Rehabilitation darstellt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023).

Untersucht wurde die Widerstandsfähigkeit der orthopädischen Rehabilitation hinsichtlich der Erhaltung der RTW-Ergebnisse unter den Herausforderungen der COVID-19-Pandemie. Besonderes Augenmerk lag darauf, inwiefern die Pandemie als Verstärker ("Brennglas") für bereits bekannte RTW-Hindernisse, wie individuelle Arbeitslosigkeit und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten (e.g., Streibelt et al., 2023), wirkte.

Methoden

Die Analysen erfolgte auf Basis einer Stichprobe aus der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD; N = 868.971) ergänzt um Daten zur regionalen Arbeitsmarktsituation. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Datensatz wurden in drei Kohorten unterteilt, basierend auf dem Zeitpunkt ihrer Rehabilitation und des anschließenden RTW-Prozesses. Die Referenzkohorte umfasst Personen, bei denen sowohl Rehabilitation als auch RTW vor der Pandemie stattfanden. In Pandemiekohorte 1 fand die Rehabilitation vor der Pandemie statt, der RTW-Prozess jedoch während der Pandemie. In Pandemiekohorte 2 fanden sowohl die Maßnahme als auch der RTW-Prozess in Zeiten der Pandemie statt. Ein erfolgreiches stabiles RTW wurde operationalisiert als eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im 12. Monat des Follow-up-Zeitraums sowie in den vorhergehenden 3 Monaten.

Im ersten Schritt haben wir die RTW-Quoten über den Zeitverlauf deskriptiv beschrieben. Im zweiten Schritt, haben wir ein logistisches Modell zur Vorhersage des RTW geschätzt mit soziodemografischen, erwerbsbiografischen, rehabezogenen und arbeitsmarktbezogenen Kovariaten sowie den drei Kohorten. In diesem Modell wurden drei Variablen mit der Kohortenvariable interagiert: Entgelt pro Tag mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung im Kalenderjahr vor der Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten vor der Rehabilitation und AHB.

Ergebnisse

Der Erklärungsgehalt des logistischen Modells war substanziell (Nagekerke’s Pseudo-R2 = 0,45; AUC = 0,85). In einem zur Validierung verwendeten Testdatensatz erzielte das Modell eine korrekte Klassifikation in 80,6 % der Personen. Die größten Effekte im Modell traten für die erwerbsbiografischen Kovariaten auf.

Deskriptiv ergab sich ein leichter Rückgang der RTW-Quoten der Rehabilitand*innen in den beiden Pandemiekohorten im Vergleich zur Referenzkohorte (Abb. 1). Auch im adjustierten logistischen Modell zeigte sich weiterhin ein kleiner negativer Effekt der Pandemiekohorten.

Die Interaktion zwischen Kohorte und Entgelt zeigte, dass der Effekt der Pandemie vom Entgelt abhängig ist. Personen ohne Verdienst wiesen in der Pandemiekohorte 2 im Vergleich zur Referenzkohorte ein leicht erhöhtes RTW auf. Dagegen wiesen Personen mit Verdienst während der Pandemie ein geringeres RTW auf. Die Interaktionseffekte zwischen Kohorte und Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie zwischen Kohorte und AHB waren nicht bedeutsam.

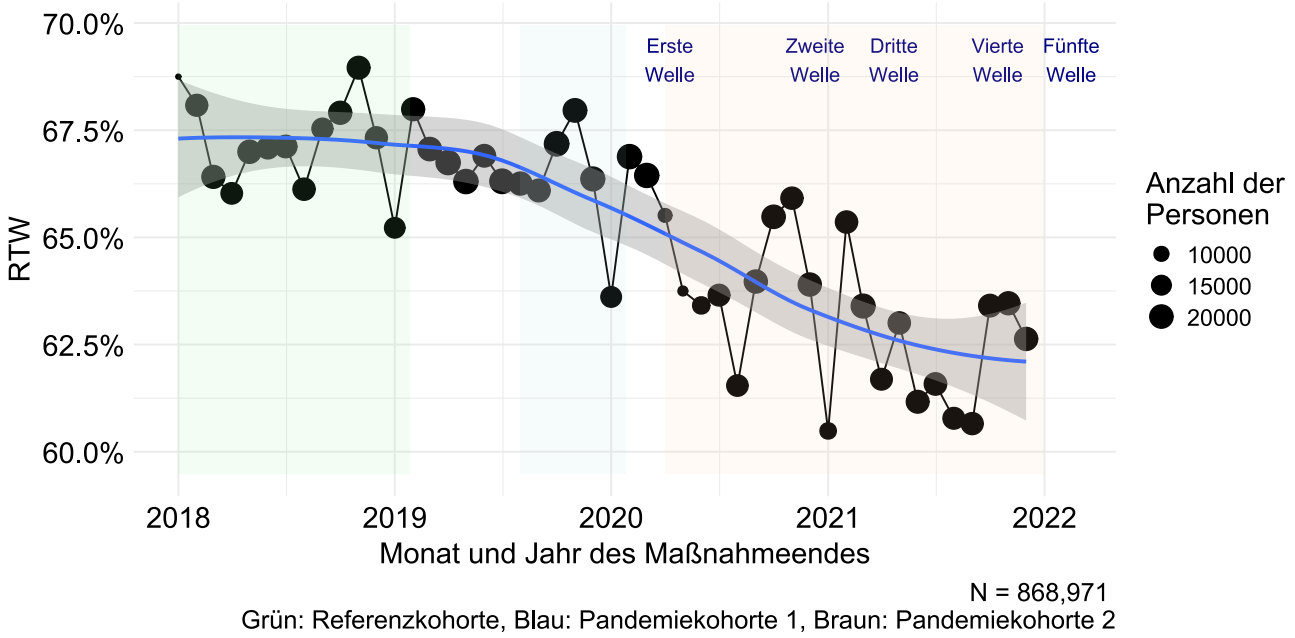


Abb. 1: RTW-Quoten im Zeitverlauf (dargestellt für das Reha-Ende), in blau eine Trendlinie durch die Datenpunkte.

Diskussion und Fazit

Das RTW in der medizinischen Rehabilitation aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen ist in der Covid-19-Pandemie deskriptiv gesunken. Auch nach der Adjustierung blieb ein kleiner negativer Effekt der Pandemiekohorten. Im Modell waren die aus der Literatur bereits bekannten Prädiktoren treibend für das RTW. Die Pandemie war nicht mit einer Verstärkung bereits bekannter RTW-Faktoren assoziiert – ein Brennglas-Effekt deutete sich somit nicht an. Limitierend ist, dass unbeobachtete Heterogenität verbleibt, wie beispielsweise Selektionsprozesse in die Maßnahme.

Take-Home-Message

Das RTW in der medizinischen Rehabilitation aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen ist in der COVID-19-Pandmie leicht gesunken – es zeichnete sich allerdings keine Verstärkung bereits bekannter RTW-Faktoren ab.

Literatur

Annac, K., Stock-Gissendanner, S., Leibbrand, B., Yılmaz-Aslan, Y., Brzoska, P. (2023): Entwicklung eines Handlungskatalogs zur Bewältigung pandemiebedingter Herausforderungen in der medizinischen Rehabilitation aus intersektionaler Multi-Stakeholder-Perspektive. Das Gesundheitswesen. https://doi.org/10.1055/s-0043-1770408

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. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.07.791

Deutsche Rentenversicherung Bund (2023): Reha-Bericht 2023: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2023.html.
Streibelt, M., Zollmann, P., Völler, H., Falk, J., Salzwedel, A. (2023): Work Participation after Multimodal Rehabilitation due to Cardiovascular Diseases – Representative Analyses using Routine Data of the German Pension Insurance. Rehabilitation, 63(03), 169–179. https://doi.org/10.1055/a-2133-2552

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Wirksamkeit von reha-medizinischen Interventionen zur Förderung der Rückkehr in die Arbeit: Ein narratives Review der internationalen Literatur

Nico Seifert; Marco Streibelt

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die Deutsche Rentenversicherung führt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel durch, Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit von Versicherten mit chronischen Erkrankungen entgegenzuwirken oder ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Angesichts dieses gesetzlichen Auftrags und den damit zusammenhängenden Ausgaben für medizinische Rehabilitation in Deutschland stellt sich die Frage, ob sich die Wirksamkeit hinsichtlich der beruflichen Teilhabe belegen lässt. In den Reha-Wissenschaften gelten randomisierte kontrollierte Studien als Goldstandard für die Bewertung der Wirksamkeit von Interventionen. In Deutschland sind diese Studien aufgrund des Rechtsanspruchs auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht ohne Weiteres umsetzbar. Interessant ist daher die Frage, inwieweit Belege für die Wirksamkeit von reha-medizinischen Interventionen zur Förderung der Rückkehr in die Arbeit in der internationalen Literatur zu finden sind. Ziel des Beitrages ist es, die zentralen Ergebnisse aus internationalen Reviews und Meta-Analysen zusammenzufassen und zu bewerten, inwieweit sich diese Leistungen in anderen Ländern als wirksam in Bezug auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz erwiesen haben.

Methoden

Die Analyse der internationalen Literatur erfolgte in Form eines narrativen Reviews. In die Übersichtsarbeit wurden zunächst alle Reviews und Meta-Analysen von Cochrane Work eingeschlossen, sofern sie (a) die Wirksamkeit von reha-medizinischen Interventionen in Hinblick auf die Förderung der beruflichen Teilhabe untersuchten, (b) die Ergebnisse aus randomisierten kontrollierten Studien oder kontrollierten klinischen Studien zusammenfassten, und (c) seit Januar 2010 publiziert wurden. Diese Evidenz wird durch weitere Übersichtsarbeiten ergänzt, die ebenfalls diese Einschlusskriterien erfüllen und in anderen Zeitschriften veröffentlicht wurden.

Ergebnisse

Die Auswertung der internationalen Literatur liefert nur wenig Evidenz für die Wirksamkeit von reha-medizinischen Interventionen zur Förderung der beruflichen Teilhabe von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Wenn positive Effekte gefunden wurden, dann vor allem bei multimodalen Interventionen aufgrund kardiologischer (Hegewald et al 2019), onkologischer (de Boer et al 2024) oder orthopädischer Erkrankungen (Schaafsma et al 2013). Positive Effekte zeigten sich vor allem bei Nachbeobachtungszeiträumen von bis zu einem Jahr nach Abschluss der Leistung. Jedoch gibt es insgesamt nur wenige Studien, die explizit auf die Überprüfung der Wirksamkeit dieser Leistungen abzielten. Eine bedeutende Einschränkung ist, dass viele Studien eine geringe Evidenzqualität aufweisen und auf sehr niedrigen Fallzahlen basieren. Nur bei Interventionen aufgrund psychischer, kardiologischer oder orthopädischer Erkrankungen konnten kumulierte Fallzahlen von über 1000 Personen realisiert werden. Die meist niedrigen Fallzahlen führen zu breiten Konfidenzintervallen, die eine Interpretation der Effekte erschweren. Teilweise zeigen sich substanzielle Effekte, die jedoch keine statistische Signifikanz erreichen. Eine weitere Limitation ist, dass nur wenige Studien die langfristige Wirksamkeit der Leistungen untersuchen. Die Studien, die längere Zeiträume betrachten, finden nur wenig Evidenz für die nachhaltige Wirksamkeit über 12 Monate nach Abschluss der Leistung hinaus. Zudem wurden in keiner Übersichtsarbeit mögliche Unterschiede zwischen Patient*innengruppen untersucht. Somit bleibt unklar, ob es Gruppen gibt, bei denen medizinische Interventionen wirksamer sind als bei anderen.

Diskussion und Fazit

Die derzeitige Evidenz zur Wirksamkeit medizinischer Rehabilitationsleistungen ist begrenzt. Obwohl multimodale Leistungen die berufliche Wiedereingliederung im ersten Jahr nach Ende der Leistungen bei einigen Erkrankungsgruppen zu fördern scheinen, ist die Qualität der Evidenz allgemein gering. Das Fehlen längerer Nachbeobachtungszeiträume wirft Fragen zur Nachhaltigkeit der positiven Effekte auf. Das Fehlen von Subgruppenanalysen verhindert zudem die Identifizierung von Unterschieden in der Wirksamkeit in verschiedenen Patient*innengruppen. Angesichts der heterogenen Gruppen im Zugang zur medizinischen Rehabilitation in Deutschland sollte das Prinzip der differentiellen Wirksamkeit insgesamt als alternative Erklärung für die schwache Evidenzlage untersucht werden. Zukünftige Arbeiten sollten die methodischen Schwächen der bisherigen Forschung, insbesondere durch die Durchführung von Studien mit größeren Fallzahlen und hoher Evidenzqualität, vermeiden.

Take-Home-Message

Multimodale Leistungen scheinen die berufliche Teilhabe zu fördern; den Limitationen der bisherigen Wirksamkeitsstudien muss durch bessere Forschungsdesigns begegnet werden.

Literatur

de Boer AG, Tamminga SJ, Boschman JS, Hoving JL. (2024): Non-medical interventions to enhance return to work for people with cancer. Cochrane Database Syst Rev 3: CD007569.

Hegewald J, Wegewitz UE, Euler U, van Dijk JL, Adams J, et al. (2019): Interventions to support return to work for people with coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev 3: CD010748.

Schaafsma FG, Whelan K, van der Beek AJ, van der Es-Lambeek LC, Ojajarvi A, Verbeek JH. (2013): Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. Cochrane Database Syst Rev 2013: CD001822.

Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit nach unfallchirurgischer Rehabilitation – Ergebnisse der icfPROreha-Studie

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

[1] BG Unfallklinik Murnau, [2] Ludwig-Maximilians-Universität München

Hintergrund und Zielstellung

Nicht nur die Schwere der Verletzung, sondern auch bio-psycho-soziale Faktoren haben einen Einfluss auf gesundheitsbezogene Lebensqualität und soziale Teilhabe nach schweren muskuloskelettalen Verletzungen. Ziel des Forschungsvorhabens icfPROreha (ICF-basierte Prädiktion des Outcomes in der Rehabilitation nach Trauma) war die Identifizierung von Faktoren (Aspekte der Funktionsfähigkeit und Kontextfaktoren), die eine Vorhersage der Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität von Personen mit schweren muskuloskelettalen Verletzungen nach stationärer unfallchirurgisch-orthopädischer Rehabilitation ermöglichen.

Methoden

Multizentrische prospektive Längsschnittstudie mit Nacherhebungszeitraum bis zu 78 Wochen nach Entlassung aus der stationären unfallchirurgisch-orthopädischen Rehabilitation bei Patienten mit schweren muskuloskelettalen Verletzungen.

Die Datenerfassung erfolgte mittels eines umfassenden Assessment-Tools. Lebensqualität wurde mit dem EQ-5D-5L erfasst, die Arbeitsfähigkeit mittels Selbstangaben der Patienten und einer Abfrage bei Kostenträgern. Analysen zum Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit, zur Veränderung der Lebensqualität im Verlauf im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung und multivariate Analysen zur Prädiktion der Lebensqualität wurden durchgeführt.

Ergebnisse

Von 612 Studienteilnehmern (444 Männer (72,5 %); M = 48,5 Jahre; SD 12,0) kehrten 78 Wochen nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation 502 (82,0 %) an den Arbeitsplatz zurück. Die Lebensqualität verbessert sich im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme im Mittel deutlich von 50,18 auf 64,50 (visuelle Analogskala des EQ-5D-5L) und im weiteren Verlauf geringfügig auf 69,38 78 Wochen nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation. Der EQ-5D Index liegt unter den Normwerten der Allgemeinbevölkerung. 18 Aspekte zur Prädiktion der Lebensqualität 78 Wochen nach Entlassung aus der Rehabilitation wurden selektiert. Unter anderem haben Ruheschmerz und der Verdacht auf eine Angststörung bei Aufnahme einen sehr starken Effekt auf die Lebensqualität. Auch Kontextfaktoren wie Therapien nach der Akutversorgung und Selbstwirksamkeit haben einen Effekt auf die Lebensqualität 78 Wochen nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation.

Diskussion und Fazit

Durch das umfassende ICF-basierte Assessment-Tool zur Erfassung von Aspekten der Funktionsfähigkeit und Kontextfaktoren sowie verletzungsspezifischen und soziodemografischen Daten konnte ein breites Spektrum an Daten erfasst werden. Auffallend war der relativ hohe Anteil an Patienten mit Belastungen im Bereich der mentalen Funktionen sowie der sozialen Teilhabe, was auch auf einen nicht zu vernachlässigenden Bedarf an unterstützenden und psychologischen Maßnahmen bereits nach Abschluss der Akutversorgung hinweist.

Fazit: Bereits bei der Entlassung aus der Akutklinik und mehr noch zu Beginn der stationären Rehabilitation können entscheidende Weichen gestellt werden, um eine bestmögliche Lebensqualität für die Betroffenen zu erreichen und die Rückkehr ins Erwerbsleben sicher zu stellen.

Take-Home-Message

Bio-psycho-soziale Faktoren haben einen größeren Einfluss auf die langfristige Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit Unfallverletzter als Verletzungsart und -schwere.

Literatur

Simmel S, Kus S, Oberhauser C, Coenen M. (2023): Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit nach unfallchirurgischer Rehabilitation – Ergebnisse der icfPROreha-Studie. Rehabilitation; 62: 268–277. DOI 10.1055/a-2064-8434.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV e.V.)

Handlungsansätze der Modellprojekte des Bundesprogramms rehapro – ein Vergleich der Förderaufrufe auf Basis der Modellprojektanträge

Stefan Zapfel[1]; Clemens Kraetsch[1]; Martin Brussig[2]; Anemari Karačić[2]

[1] Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU),
[2] Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen

Hintergrund und Zielstellung

Im Bundesprogramm "Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro" erproben Jobcenter und Rentenversicherungsträger in Form von Modellprojekten innovative Ansätze, mit denen Zugang, Ablauf und Erfolg der Rehabilitation verbessert werden sollen. Gemäß Förderrichtlinie können diese Ansätze innovative Leistungen bzw. Leistungsformen und/oder innovative Organisationsstrukturen umfassen. Insgesamt wurden drei Förderaufrufe veröffentlicht.

Das Bundesprogramm wird im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales einer modellprojektübergreifenden Programmevaluation unterzogen. Von dieser wurden unter anderem die wesentlichen Handlungsansätze identifiziert, mit denen versucht wird, ein rehabilitationsbezogenes Problem zu lösen (Brussig et al., 2021). Nach Bewilligung des nunmehr letzten Förderaufrufs lassen sich Veränderungen in der Wahl der Handlungsansätze zwischen den Förderaufrufen nachzeichnen und rechtskreisspezifische Unterschiede in den Blick nehmen.

Methoden

Mit dem Ziel, einen Überblick über die in den Modellprojekten verfolgten Handlungsansätze zu gewinnen, wurden die bewilligten Projektanträge einer als induktive Typisierung angelegten qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen (Strübing, 2018). Solche Ansätze bündeln mehrere Einzelaktivitäten zu einem Gesamtkomplex von Maßnahmen, der für ein Modellprojekt charakteristisch ist. Mehrere in einer bestimmten Hinsicht ähnliche Modellprojekte können zu einem Cluster zusammengefasst werden. Dabei stellte sich heraus, dass in den 122 Modellprojekten vier Handlungsansätze zur Anwendung kommen. Wurde von einem Modellprojekt mehr als ein Ansatz verfolgt, wurde es jenem Ansatz zugerechnet, der im betreffenden Vorhaben dominant war oder den innovativen Kern des Modellprojekts bildete.

Ergebnisse

Die vier identifizieren Handlungsansätze bestehen in (A) neuen interorganisationalen Formen der Zusammenarbeit (etwa einrichtungsübergreifende Fallkonferenzen),
(B) innerorganisatorischen Änderungen (etwa durch Bildung neuer Teams),
(C) neuen personenbezogenen Leistungen (z.B. neue Gesundheits-Apps) und
(D) neuen Fallmanagementansätzen.

Tab. 1: Zuordnung der Modellprojekte nach Förderaufrufen und Rechtskreis in Prozent

	1. Förderaufruf			2. Förderaufruf			3. Förderaufruf			
	SGB II (n=29)	SGB VI (n=25)	Σ (n=54)	SGB II (n=27)	SGB VI (n=21)	Σ (n=48)	SGB II (n=6)	SGB VI (n=14)	Σ (n=20)	Σ (n=122)
Cluster A	48,3	12,0	31,5	22,2	9,5	16,7	0	0	0	20,5
Cluster B	17,2	4,0	11,1	29,6	19,0	25,0	50,0	21,4	30,0	19,7
Cluster C	17,2	60,0	37,0	18,5	61,9	37,5	33,3	71,4	60,0	41,0
Cluster D	17,2	24,0	20,4	29,6	9,5	20,8	16,7	7,1	10,0	18,9
Summe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Quelle: Induktive Typisierung, eigene Darstellung

Über alle drei Förderaufrufe und Rechtskreise hinweg wurde als Handlungsansatz neue personenbezogene Leistungen relativ am häufigsten gewählt, die drei anderen sind ungefähr gleich stark vertreten. Allerdings zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Rechtskreisen und es gab erhebliche Verschiebungen zwischen den Förderaufrufen.

Neue Formen interorganisationaler Zusammenarbeit wurden hauptsächlich von den Jobcentern verfolgt. Allerdings ist im Laufe der Zeit die Bedeutung dieses Ansatzes deutlich zurückgegangen, im dritten Förderaufruf hat kein Modellprojekt mehr hier seinen Schwerpunkt. Gegenläufig war die Entwicklung bei den innerorganisatorischen Änderungen. Auch dieser Ansatz wird stärker von Jobcentern als von Rentenversicherungsträgern verfolgt. Neue Formen des Fallmanagements kamen in den ersten beiden Förderaufrufen noch vergleichsweise häufig zum Einsatz, haben im dritten Förderaufruf aber deutlich an Gewicht verloren. Neue personenbezogene Leistungen waren in allen drei Förderaufruf bei den Rentenversicherungsprojekten mit Abstand die erste Wahl und wurden im dritten Förderaufruf, da es auch einen Bedeutungsgewinn bei den Jobcentern gab, absolut am häufigsten gewählt.

Diskussion und Fazit

Bei den Handlungsansätzen zeigen sich spürbare Unterschiede zwischen den Rechtskreisen und es gab erhebliche Verschiebungen zwischen den einzelnen Förderaufrufen. Bei der Verteilung zwischen innovativen Leistungen bzw. Leistungsformen und innovativen Organisationsstrukturen sind deutliche Veränderungen erkennbar, am auffälligsten ist, dass die Dominanz personenbezogener Leistungen im Zeitverlauf gestiegen ist, während der Handlungsansatz interorganisationale Zusammenarbeit auch bei den Jobcentern deutlich an Bedeutung verloren hat. Eine Interpretation der Ergebnisse ist aufgrund der Datenbasis schwierig, es scheint aber so zu sein, dass nach dem ersten Förderaufruf innovative Vorgehensweisen in den Bereichen neuer personenbezogener Leistungen und innerorganisatorischer Änderungen als vielversprechender angesehen werden als in jenen organisationsübergreifender Arrangements und des Fallmanagements.

Take-Home-Message

Die Wahl der Handlungsansätze zeigt rechtskreisspezifische Besonderheiten und hat sich in den rehapro-Förderaufrufen deutlich zugunsten neuer personenbezogener Leistungen und innerorganisatorischer Änderungen verschoben.

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, 30. 21-42.

Strübing, J. (2018): Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung. Berlin/Boston: De Gruyter.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Forschungsauftrag Programmevaluation rehapro)

Return to Work: Zentrale Ergebnisse aus dem rehapro-Projekt Einstiegsprämie

Anne Ostermann; Tatjana Levin; Andrea Bökel

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Die Einstiegsprämie (ESP) ist eine innovative Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), die von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (DRV BS-H) und der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland (DRV MD) im Zuge des rehapro-Förderprogramms erprobt wurde. Ihr Hauptziel ist es, die rasche und selbstvermittelte Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt von Menschen mit langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu fördern. Die ESP wird als Alternative zum Eingliederungszuschuss (EGZ) angeboten und bietet den Beschäftigten eine monatliche Unterstützung von bis zu 400 Euro über einen Zeitraum von sechs Monaten. Nach zwölf Monaten im Arbeitsverhältnis wird zusätzlich eine einmalige Erfolgsprämie ausgezahlt. Die Maßnahme soll zur Beschäftigungsaufnahme motivieren, den Übergang in das Erwerbsleben erleichtern und die Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe verbessern. In diesem Beitrag sollen die zentralen wissenschaftlichen Ergebnisse des Modellprojekts vorgestellt werden.

Methoden

Im Rahmen eines Mixed-Methods-Designs wurden Reha-Statistik-Daten (RSD) ausgewertet, eine Fragebogenerhebung durchgeführt sowie Interviews mit ESP-Beziehenden und Fokusgruppen mit Fachberatenden der DRVen geführt. In der quantitativen RS-Datenanalyse umfasst die Interventionsgruppe alle ESP- Fälle im Untersuchungszeitraum. Die Kontrollgruppe besteht aus allen EGZ-Fällen im selben Zeitraum. Das Hauptzielparameter Wiedereingliederungsquote sowie ein Kostenvergleich wurden mittels deskriptiver Berechnungen für beide Gruppen analysiert. Für die Fragebogenerhebung wurden alle ESP-

Beziehenden gebeten, zu Beginn (T1) und zum Ende des Leistungsbezugs (T2) einen Fragebogen auszufüllen. Neben der Beurteilung der Wirksamkeit der Leistung sollten damit weitere PROMS erhoben werden. Die qualitativen Interviews wurden mit ESP-Beziehenden geführt. Ziel war, die Perspektive der ESP-Beziehenden tiefer einzubeziehen und die Wirkungsweise weiter differenzieren zu können.

Ergebnisse

Im Interventionszeitraum haben N = 530 Personen die ESP bezogen (n(MD) = 224, n(BS - H) = 306). Die Analyse der RSD ergibt eine höhere Beschäftigungsquote für die Interventionsgruppe für die Zeiträume von sechs, 13 und 15 Monaten nach Maßnahmenbeginn (in MD 93,75 % für sechs, 83,93 % für 13 und 79,91 % für 15 Monate nach Maßnahmenbeginn). Die Beschäftigungsquote für die Kontrollgruppe mit EGZ lag bei 95,94 % für sechs Monaten, 75,49 % für 13 Monate und 69,47 % bei 15 Monaten nach Maßnahmenbeginn. Die Maßnahmenkosten pro Fall sind in der Kontrollgruppe wesentlich höher als in der Interventionsgruppe (in MD 2,95-mal höher). Die Fragebogenanalyse (n(T1) = 179, n(T2) = 205) zeigt, dass bei allen Befragten diagnostizierte Erkrankungen vorlagen, häufig mehrere. In den letzten drei Jahren waren 30 % von ihnen weniger als sechs Monate erwerbstätig. Die Zufriedenheit mit der Leistung ist hoch. 94 % der Frauen und 84 % der Männer geben an, dass die ESP hilfreich für die Aufnahme einer Erwerbsarbeit ist (Ostermann, 2024). Aus den 22 Interviews geht hervor, dass die freie Verwendbarkeit der ESP für individuelle und z. T. nicht vorhergesehene Bedarfe zur breiten Wirksamkeit der ESP beiträgt. Häufige berichtete Hemmfaktoren für die Arbeitsaufnahme sind fehlende Mobilität und Unsicherheit hinsichtlich der Deckung sonstiger Lebenshaltungskosten während der Übergangszeit in Erwerbsarbeit. Die ESP kann zum Abbau dieser Hürden und zur Stabilisierung des Beschäftigungsverhältnisses beitragen (Ostermann, 2024).

Diskussion und Fazit

Aus der mit der ESP erreichten Wiedereingliederungsquote, der ökonomischen Analyse und der Einschätzungen der Versicherten und Fachberatenden lässt sich eine positive Bilanz für das Modellprojekt ziehen. Die Leistung erreicht eine Zielgruppe, die gesundheitlich langfristig eingeschränkt ist und z. T. langzeitarbeitslos war. Sie scheint für eine breite Zielgruppe geeignet. Somit kann die ESP eine effektive Ergänzung des LTA-Angebotes darstellen.

Take-Home-Message

Die Einstiegsprämie wird von Personen mit langfristigen gesundheitlichen Einschränkungen als hilfreich für Return to Work bewertet und führt zu einer guten Wiedereingliederungsquote.

Literatur

Ostermann, A. (2024): Wiedereingliederung mit der Einstiegsprämie: Wirksamkeit einer innovativen LTA-Maßnahme aus Versichertenperspektive.

Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch (4. erweiterte Auflage), München, Oldenbourg Verlag.

Varianten der Bedarfserkennung in Modellprojekten des Bundesprogramms rehapro. Eine qualitative Analyse

Martin Brussig; Anemari Karačić

Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen

Hintergrund und Zielstellung

Die Identifikation von individuellen Bedarfen in der Rehabilitation und die Zuweisung von Personen zu den Leistungsangeboten von Trägern der Rentenversicherungen und der Jobcenter sind wichtige Schritte, um die Teilhabe von gesundheitlich beeinträchtigten Personen zu fördern und deren Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen. Die Identifikation von Reha-Bedarfen stellt für viele Modellprojekte im Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ ein wichtiges Ziel dar. Zudem beschreibt die Rentenversicherung in ihrem „Strategiepapier“ zur Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation die „Sicherstellung eines einfachen, barriere- und diskriminierungsfreien Zugangs unter Nutzung digitaler Angebote“ als einen von fünf Zielbereichen und unterstreicht damit die Bedeutung dieses Zielfeldes (DRV 2023).

Ziel des Beitrags ist, Wege der Identifikation von potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, wie sie in Modellprojekten des Bundesprogramms praktiziert werden, vergleichend zu beschreiben und in ihren Vor- und Nachteilen zu diskutieren.

Methoden

Datengrundlage sind Fallstudien, die in ausgewählten Modellprojekten des Bundesprogramms rehapro von der Arbeitsgemeinschaft der Programmevaluation (AG PEva) durchgeführt werden. Eine Fallstudie besteht aus leitfadengestützten Interviews mit Projektverantwortlichen und Projektdurchführenden, darüber hinaus aber auch mit Netzwerkpartner*innen und Teilnehmer*innen eines Modellprojektes, sowie Dokumentenanalysen und teilweise Hospitationen. Die Auswahl der Fallstudien aus den insgesamt 120 Modellprojekten des Bundesprogramms erfolgt mit dem Ziel, die Vielfalt der Ansätze zu erfassen; zugleich wurden Projekte aus dem SGB II und SGB VI gleichberechtigt berücksichtigt (Brussig et al. 2021, Huppertz und Brussig 2021). Für die vorliegende Analyse wurde Material aus 28 Modellprojekten, in denen Fallstudien durchgeführt wurden, aus den ersten beiden Förderaufrufen geprüft.

Die Auswahl der Modellprojekte für die vorliegende Analyse erfolgte anhand des Stellenwertes, den die Bedarfsermittlung innerhalb eines Modellprojekts hatte, der Ausführlichkeit, mit der die Organisation der Bedarfserhebung in der Fallstudie thematisiert wurde und der Möglichkeit zur Kontrastierung unterschiedlicher Varianten der Bedarfserhebung. Auf dieser Grundlage wurden 10 Modellprojekte für eine vertiefte Analyse ausgewählt.

Die Interviews und weitere Dokumente aus den Fallstudien wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und zu Idealtypen unterschiedlicher Varianten der Bedarfserkennung verdichtet (Strübing 2018). Infolgedessen liegt der Fokus auf der Beschreibung und dem Vergleich unterschiedlicher Vorgehensweisen der Bedarfserkennung, während Aussagen zur Verbreitung dieser Formen oder zum erreichten Personenkreis jeweils nicht möglich sind.

Ergebnisse

Die identifizierten Varianten der Bedarfserkennung lassen sich einerseits danach unterscheiden, ob sie eher individualisiert oder eher standardisiert erfolgt, und andererseits danach, wie stark die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einbezogen werden. Basierend auf diesen beiden Dimensionen lassen sich vier unterschiedliche Formen unterscheiden (siehe Tabelle 1).

Tab. 1: Vier Wege der Bedarfserkennung in Modellprojekten des Bundesprogramms rehapro

		Einbeziehung der Klienten	
		Schwach	Stark
Standardisierung des Verfahrens	individualisiert	Zuweisung	(Ext.) med. Begutachtung
	standardisiert	Algorithmen	Fragebögen

Quelle: eigene Darstellung

Diskussion und Fazit

Die Varianten mit ihren Vor- und Nachteilen sind zusammenfassend in Tab. 2 dargestellt.

Tab. 2: Vier Wege der Bedarfserkennung, Vor- und Nachteile

	Zuweisung	**Algorithmen**	**Fragebögen**	**(Ext.) med. Begutachtung**
Vorteile	Schließt an etablierte Verfahren der Maßnahmezuweisung im JC an Kommt ohne medizinische Diagnostik aus	Geeignet im Massengeschäft Geeignet für zentralisierte Organisationen	Relativ leicht umsetzbar Polyvalenz (weitere Nutzungs-möglichkeiten der Fragebögen neben der Bedarfserkennung)	Genau Integriert die medizinisch/ diagnostische Perspektive in die Aktivierung
Nachteile	Bedarf wird untererfasst Risiko des „Abschiebens“ schwieriger Fälle	Implementation aufwändig Nur eine erste Stufe zur Identifikation	Implementationsprobleme werden schnell unterschätzt	Hohe Kosten Voraussetzungsvoll hinsichtlich der Verfügbarkeit medizinisch-diagnostischer Kompetenzen

Quelle: eigene Darstellung.

Take-Home-Message

Die Feststellung von konkreten Rehabilitations- und Teilhabe-Bedarfen ist eine zentrale Herausforderung im Reha-Prozess und ein wichtiger Aspekt für die Weiterentwicklung der Rehabilitation. Im Bundesprogramm rehapro werden Erfahrungen mit unterschiedlichen Varianten der Bedarfsermittlung gesammelt.

Es lassen sich vier Varianten der Bedarfserkennung unterscheiden, und die Entscheidung für einen bestimmten Weg der Bedarfserkennung muss die Bedingungen vor Ort berücksichtigen, um die Vorteile zu nutzen und die Nachteile zu vermeiden.

Literatur

Brussig, Martin, Anemari Karačić, Clemens Kraetsch, und Stefan Zapfel (2021): Handlungsansätze in Modellprojekten des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“: Eine Inhaltsanalyse der Anträge bewilligter Projekte. Arbeit 30: 21–42.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2023): Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation. Gemeinsames Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund.

Huppertz, Lisa und Martin Brussig (2021): Das Konzept der Programmevaluation. ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 56: 672–675.

Strübing, Jörg (2018): Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung. Berlin/Boston: De Gruyter.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Wie bewerten Rehafachberater:innen und Führungskräfte der Deutschen Rentenversicherung die Implementierung von Fallmanagement? Erkenntnisse aus retrospektiven Experteninterviews

Sebastian Ehlen; Julia Klinger

FOGS GmbH - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich

Hintergrund und Zielstellung

Ziel des vom BMAS geförderten rehapro Vorhabens KiT „Koordination individueller Teilhabe“ (2020 bis 2025) ist die Implementation und Erprobung von Fallmanagement in der Rehafachberatung von neun Rentenversicherungsträgern. Vor dem Start der Implementierung nahmen 63 Rehafachberater*innen an einer eigens entwickelten Fallmanagement-Weiterbildung nach den Richtlinien der DGCC teil. Im Januar 2022 begann die Implementierungsphase. Um den Implementationsprozess wissenschaftlich zu begleiten und zu bewerten, beinhaltet das Mixed-Methods Studiendesign verschiedene aufeinander abgestimmte formative Evaluationsanteile.

Methoden

Im Oktober/November 2023 wurden leitfadengestützte retrospektive Experteninterviews mit Rehafachberater*innen (Oktober/November 2023; n = 11) und Führungskräften aus dem Bereich berufliche Rehabilitation von acht bzw. neun Rentenversicherungsträgern geführt (Februar/März 2024; n = 17). Inhaltlich wurden drei thematische Schwerpunkte exploriert: 1) Veränderungen seit Einführung von Fallmanagement (FM), 2) Bewertung von FM generell und der trägerspezifischen Umsetzung, 3) Voraussetzungen hinsichtlich einer möglichen Verstetigung. Interviews wurden via Videokonferenzsystem geführt und vonseiten des Forschungsteams nahmen jeweils ein*e Interviewer*in und ein*e Protokollant*in teil. Die Interviewprotokolle wurden anhand der zusammenfassenden und inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) mit der Software MAXQDA ausgewertet.

Auswertungskategorien wurden sowohl deduktiv auf Grundlage bereits vorliegender Erkenntnisse als auch induktiv aus dem Material entwickelt.

Ergebnisse

Die Mehrheit der Rehafachberater*innen (n = 10) und Führungskräfte (n = 15) bewerten Fallmanagement positiv, u. a. als „personenzentrierte Vorgehensweise“, „wichtige Säule zur Professionalisierung der Rehaberatung“. Als wichtigste Veränderung werden von den Rehafachberater*innen die größeren zeitlichen Kapazitäten im FM genannt (n = 8). Sie könnten dadurch flexibler auf die Problemlagen der Versicherten reagieren, sich mehr Zeit für die Beratung nehmen, Vor-Ort-Besuche realisieren und Netzwerkarbeit betreiben. Zudem geben sie an, dass die FM-Haltung ihre Arbeits- und Beratungsroutinen deutlich verändert hat (n = 7), u. a. werden Bedarfslagen möglichst ganzheitlich erfasst. Teilweise verfügen Rehafachberater*innen außerdem über mehr Gestaltungs- und Steuerungsmöglichkeiten von Rehaprozessen (n = 4). Führungskräfte identifizieren eine erhöhte Beratungsqualität und die Verschiebung von verwaltungsbezogenen zu stärker personenzentrierten Arbeits- und Beratungsroutinen (n = 8) als bedeutsamste Veränderungen. Wichtigste Voraussetzung für die Verstetigung von FM sind für Rehafachberater*innen (n = 6) und Führungskräfte (n = 15) mehr bzw. ausreichend Finanz- und Personalressourcen. Führungskräfte nennen weiterhin Veränderungen in der Arbeits- und Ablauforganisation (n = 9) und die interne Verankerung von Fallmanagement und Beratung (n = 6) als wesentliche Voraussetzungen. Bei vier von neun Rentenversicherungsträgern sind für die Verstetigung von FM jedoch bislang keine zusätzlichen Ressourcen oder Änderungen in der Aufbau- und Ablauforganisation geplant.

Diskussion und Fazit

In den Interviews wurde das Handlungskonzept Case Management bzw. FM mehrheitlich sehr positiv bewertet und zahlreiche Potenziale für die Rentenversicherung hervorgehoben. Mit Blick auf die trägerspezifische Umsetzung von FM benennen die Interviewten jedoch auch Entwicklungspotenziale und erhebliche Umsetzungshemmnisse. Insbesondere die Ausführungen der Führungskräfte lassen große Unterschiede in der Umsetzungstiefe von FM auf organisationaler Ebene und den Motivationslagen zur Verstetigung deutlich werden. Es liegt nahe, dass von den beteiligten Rentenversicherungsträgern zukünftig in Qualität und Quantität sich teils sehr stark unterscheidende Fallmanagementmodelle und -leistungen umgesetzt werden.

Take-Home-Message

Mit der Einführung von Case Management kann die Deutsche Rentenversicherung eine Verschiebung in ihren Arbeits- und Beratungsroutinen in Richtung des Prinzips der Personenzentrierung und den Grundsätzen von ICF und UN-BRK vollziehen.

Literatur

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse (12. Auflage). Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Kardiologische Rehabilitation bei Patienten mit Herzinsuffizienz – Evidenzbasiert aber zu selten genutzt? Ergebnisse der ACTIVE-HF Studie

Patricia Grube[1]; Bernhard Schwaab[1]; Philipp Bielau[1]; Dominik Jurczyk[2]; Felicitas Lemmer[2]; Nele-Kristin Drochner-Brocks[2]; Matthias Mezger[2]; Ingo Eitel[2]; Christina Paitazoglou[2], Dirk Poppe[3];

[1] Curschmann Klinik, [2] Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
[3] Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Für Patienten mit Herzinsuffizienz (Hi) ist die Teilnahme an einer kardiologischen (Kardio) Rehabilitation (Reha) in allen nationalen und internationalen Leitlinien (Schwaab et al., 2023) mit höchstem Empfehlungs- und höchstem Evidenzgrad enthalten (IA). Der Anteil der Patienten mit Hi in der Kardio-Reha liegt in der internationalen Literatur (Lewinter et al., 2015) und in Deutschland (Deutsche Herzstiftung 2024) jedoch nur zwischen 7 und 13 %. Die Ursachen dieser Diskrepanz zwischen starker wissenschaftlicher Evidenz und niedriger tatsächlicher Nutzung sind bisher unklar.

Methoden

Die ACTIVE-HF Studie (kardiologische Rehabilitation nach einem Index Event einer Heart Failure Hospitalisierung) hat das Ziel, bei Patienten, die wegen akuter Herzinsuffizienz (Hi; ICD-10-I50.1) stationär aufgenommen werden mussten, den Anteil der Inanspruchnahme einer Kardio-Reha sowie die Gründe für eine Nicht-Teilnahme zu evaluieren. Zusätzlich wurde erhoben, ob Patienten trotz der primär kardiologischen Diagnose in die geriatrische (Geri-) oder neurologische (Neuro-) Reha aufgenommen wurden. Neue Kriterien für eine optimierte Evaluation der Patienten mit Hi wurden zusätzlich im Rahmen der klinischen Routine evaluiert. Die Patienten wurden konsekutiv und ohne Ausschlusskriterien (all comers) im Universitären Herzzentrum Lübeck (UHZL) in die Studie eingeschlossen. Nach positivem Ethik-Votum wurde ACTIVE-HF am 18.01.2024 gestartet.

Ergebnisse

Bisher wurden n=170 konsekutive Patienten mit der Diagnose I50.1 aufgenommen. Das mittlere Alter lag bei 77 ±12 Jahren, der Frauenanteil betrug 40 %. Bei 74 % der Patienten war die Diagnose Hi bereits vorher bekannt, bei 69 % handelte es sich um eine akute Verschlechterung (worsening HF), 5 % der Patienten wurden im Endstadium einer Hi aufgenommen (advanced HF) und bei 26 % der Patienten wurde die Diagnose Hi erstmals gestellt (de novo HF). Eine Hi mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) bestand bei 40 % der Patienten, 33 % hatten eine Hi mit erhaltener EF (HFpEF) und 27 % eine Hi mit mittelgradig reduzierter EF (HFmrEF). Ein Barthel-Index ≤ 70 lag bei 61 % der Patienten vor. Der klinische Verlauf der Patienten ist in Abbildung 1 dargestellt. Von 170 Patienten sind n=10 akut verstorben (5,9 %). Aus der Gruppe der n=160 überlebenden Patienten traten 49 (31%) eine

Rehabilitation an, davon n=6 eine Kardio Reha (4 %) und n=43 eine Geri Reha (27 %). Bei 111 von 160 Patienten (69 %) wurde kein Reha Antrag gestellt: n=25 kein Reha-Potential (Sprachbarriere, Erblindung, Behinderung, Pflegefall, Demenz), n=52 konnten oder wollten sich nicht für die Teilnahme an einer Reha entscheiden (kein Teilnahmewusch), n=5 betrieben ihre vorzeitige Entlassung, n=8 Verordnung häuslicher Hilfsmittel und bei n=16 Patienten wurde aus organisatorischen Gründen kein Reha-Antrag gestellt. Eine ambulante Kardio-Reha wurde nicht beantragt. Bei 5 Patienten kam eine Kardio-Reha nicht zustande: n=1 für eine Patientin mit postpartum Kardiomyopathie fand sich keine Reha Einrichtung für Mutter mit ihrem Neugeborenen (kein Platz), n=1 Antrag war zu spät eingereicht worden (AHB), n=1 die Diagnose Hi wurde vom Kostenträger abgelehnt, n=1 vor Beginn der Reha verstorben und n=1 Reha trotz Bewilligung nicht angetreten.

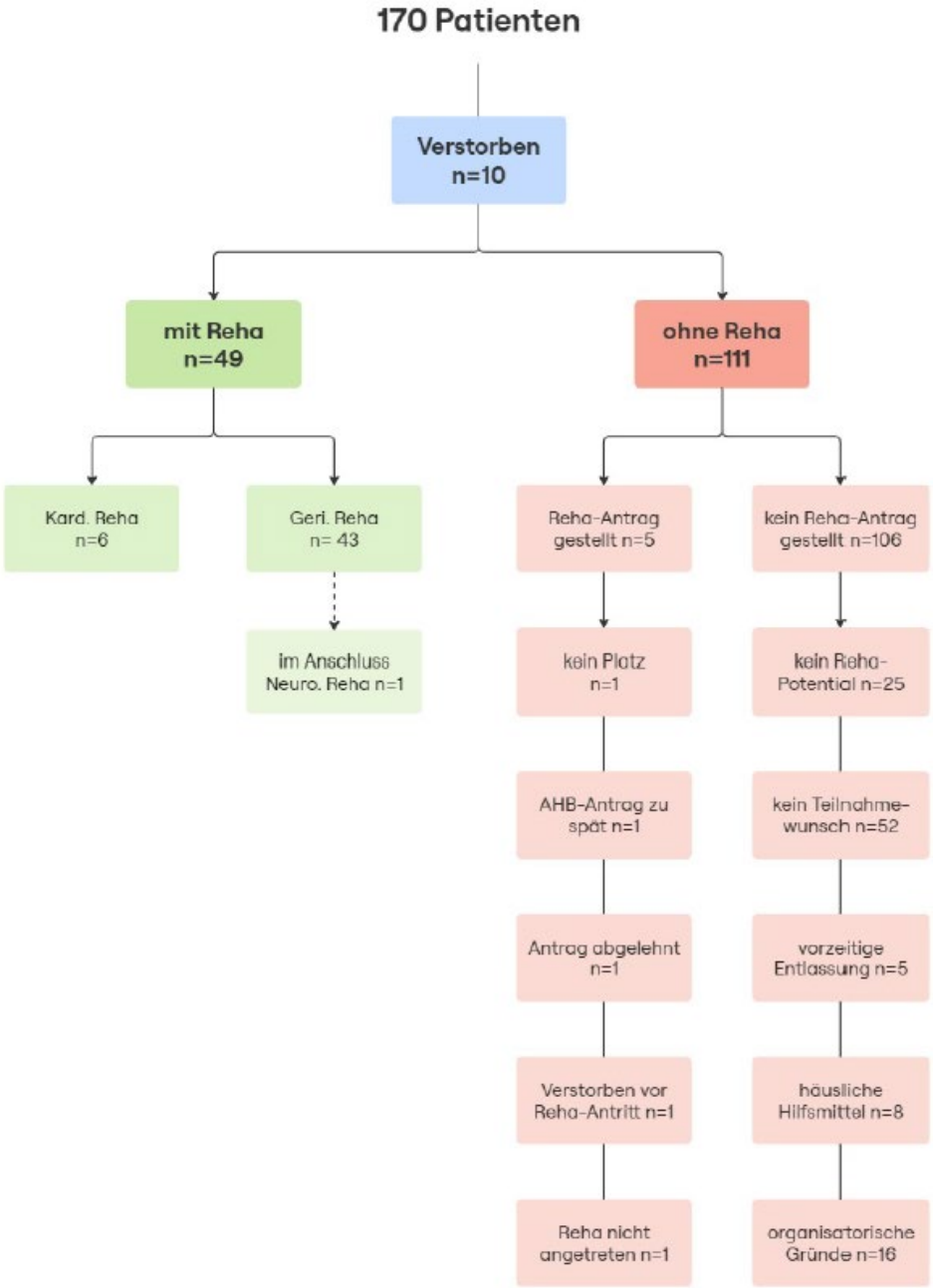


Abb. 1: Übersicht

Diskussion und Fazit

ACTIVE-HF zeigt die klinische Realität der Patienten mit akuter Herzinsuffizienz in einem konsekutiven Patientengut ohne Ausschlusskriterien zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme. Aufgrund des hohen Alters und des reduzierten Barthel-Index wurde die Mehrzahl der rehafähigen Patienten in der Geri-Reha aufgenommen. Die niedrige Inanspruchnahme der Kardio-Reha sollte durch Verbesserungen der Patientenselektion und des Antragverfahrens erhöht werden.

Take-Home-Message

Aufgrund der hohen Evidenz für die Kardio-Reha bei Patienten mit Hi sollte die niedrige Inanspruchnahme durch eine Verbesserung der Patientenselektion und des Antragverfahrens erhöht werden.

Literatur

Deutsche Herzstiftung. (2024): Deutscher Herzbericht, Update 2023. Frankfurt/Main: Tabelle 7/1. Seite 121.

Lewinter, C., Doherty, P., Gale, C., Crouch, S., Stirk, L., Lewin, R., LeWinter, M., Ades, P., Kober, L., Bland, J. (2015): Exercise-based cardiac rehabilitation in patients with heart failure: a meta-analysis of randomised controlled trials between 1999 and 2013. Eur J Prev Cardiol, 22. 1504-1512.

Schwaab, B., Henke, N., Guha, M., Schlitt, A., Müller-Werdan, U., Edelmann, F., von Haehling, S., Landmesser, U., Pauschinger, M. (2023): Cardiac rehabilitation in patients with heart failure. Die Kardiologie, 17. 161-172.

Kurzfristige Effekte einer verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation bei kardiovaskulären Erkrankungen: eine randomisierte kontrollierte Studie

Matthias Bethge[1]; Friederike Thome-Soós[1]; Viktoria Pollolk[1]; Konstantin Falk[2]; Dieter Benninghoven[2]

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

Hintergrund und Zielstellung

Persistierende psychische Beeinträchtigungen und auch Herzangst erhöhen das Mortalitätsrisiko bei stabiler koronarer Herzerkrankung oder nach kardiovaskulären Ereignissen. Depressivität ist zudem mit dem Ausmaß an Behinderung assoziiert, das Langzeitüberlebende eines Herzinfarktes erleben. Psychische Beeinträchtigungen kardiovaskulär erkrankter Patientinnen und Patienten sollten in der medizinischen Rehabilitation folglich frühzeitig erkannt und adressiert werden. Wir entwickelten und implementierten daher eine verhaltensmedizinisch orientierte kardiologische Rehabilitation und prüften diese im Vergleich zur herkömmlichen kardiologischen Rehabilitation (Benninghoven et al., 2022; Bethge et al., 2023).

Methoden

In unserer randomisierten kontrollierten Studie wurden die Teilnehmenden zufällig einer vierwöchigen verhaltensmedizinisch orientierten kardiologischen Rehabilitation (Interventionsgruppe) oder einer vierwöchigen herkömmlichen kardiologischen Rehabilitation (Kontrollgruppe) zugewiesen (Heilverfahren, keine Anschlussrehabilitation). Die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation kennzeichnete sich durch fünf Module: eine psychologische Bezugsgruppe mit sieben 90-minütigen Terminen; mindestens ein einstündiges psychologisches Einzelgespräch; neun Einheiten, in denen die progressive Muskelrelaxation geübt wurde; ein zweistündiges Seminar, das die Zusammenhänge von Herz und Psyche vermittelte, und eine Bewegungsgruppe, die in nahezu 30 Stunden Möglichkeiten körperlicher Aktivität erprobte. Eingeschlossen wurden Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren, für die eine psychische Komorbidität oder psychische Belastung festgestellt wurde. Fragebogendaten wurden am Beginn und Ende der Rehabilitation sowie drei Monate nach Ende der Rehabilitation erhoben. Ergänzend wird derzeit eine 12- Monats-Nacherhebung durchgeführt. Die dargestellten Analysen prüften die kurzfristigen Effekte des Programms bis drei Monate nach der Rehabilitation. Primäres Zielkriterium ist die mit dem Herzangstfragebogen gemessene Herzangst zwölf Monate nach Rehabilitationsende. Sekundäre Zielkriterien erfassten u. a. die psychische und körperliche Gesundheit sowie die Arbeitsfähigkeit. Zudem wurden Daten aus standardisierten Entlassungsberichten extrahiert und Behandlungskomponenten beobachtend dokumentiert. Die Studie wurde im Deutschen Register Klinischer Studien eingetragen (DRKS00029295; https://www.vor-kardio.de). Ein Studienprotokoll findet sich an anderer Stelle (Bethge et al., 2023).

Ergebnisse

Jeweils 154 Personen wurden der Interventionsgruppe bzw. der Kontrollgruppe zugewiesen. Drei Personen zogen ihre Einwilligung zurück. Von den verbliebenen 305 Personen beantworten 284 (93,1 %) die Befragung am Rehabilitationsende und 263 (86,2 %) die Befragung nach drei Monaten. Das durchschnittliche Alter lag bei 56,4 Jahren. 54,8 % waren weiblich. 37 % waren nach Erstdiagnose hypertonisch, 31 % waren ischämisch erkrankt. Bei knapp zwei Drittel der Interventionsgruppe stellten wir im diagnostischen Interview eine psychische Störung fest. Angst-, Schlaf- und Somatisierungsstörungen dominierten.

Die Interventionsgruppe war mit 72 Stunden geringfügig intensiver als die Kontrollgruppe mit 68 Stunden. Die Aufenthaltsdauer war mit rund 28 Tagen in beiden Gruppen vergleichbar. Die fünf verhaltensmedizinisch orientierten Interventionsmodule hatten einen Umfang von rund 50 Stunden. Dies entsprach 70,2 % der insgesamt in der Interventionsgruppe während der Rehabilitation dokumentierten therapeutischen Leistungen. Die Umsetzungsgenauigkeit war hoch. Durchschnittlich erhielten die Teilnehmenden der Interventionsgruppe rund zehn Stunden in der psychologischen Bezugsgruppe, rund zwei Stunden psychologisches Einzelgespräch, fünf Stunden Entspannungstraining, knapp zwei Stunden im Seminar Herz und Psyche sowie mehr als 30 Stunden in der Bewegungskompetenzgruppe. Am häufigsten wurden in den von uns beobachteten Sitzungen der psychologischen Bezugsgruppe Achtsamkeit (74,6 %), Veränderungsmöglichkeiten (52,5 %) und die Entstehung/Aufrechterhaltung psychischer Probleme (47,5 %) besprochen. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe bestätigten signifikant häufiger, dass Themen wie Wechselwirkungen von

Herzerkrankungen und psychischer Befindlichkeit bearbeitet wurden. In der Interventionsgruppe wurde der Zusammenhang von Herz und Psyche aus Sicht der Teilnehmenden konsistenter vermittelt.

Sowohl am Rehabilitationsende als auch nach drei Monaten waren die Herzangstwerte der Interventionsgruppe signifikant geringer als in der Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe reduzierte sich die Herzangst bis zu drei Monaten nach der Rehabilitation um etwa 60 % einer Standardabweichung, während in der Kontrollgruppe eine Reduktion um ca. 40 % einer Standardabweichung erreicht wurde. Vergleichbar unterschiedliche Verläufe wurden auch für die Subskalen Furcht und Aufmerksamkeit des Herzangstfragebogens beobachtet. Die Ergebnisse beider Gruppen für die sekundäre Zielkriterien waren hingegen überwiegend vergleichbar.

Diskussion und Fazit

Unsere randomisierte kontrollierte Studie zeigte eine Reduktion der Herzangst innerhalb der ersten drei Monate zugunsten der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation. Die Umsetzung des implementierten Programms gelang sehr gut. Die Vorteile beschränkten sich kurzfristig v. a. auf das primäre Zielkriterium. Unklar sind aktuell mögliche langfristige Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Take-Home-Message

Die geprüfte verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation reduzierte die Herzangst kurzfristig stärker als die herkömmliche kardiologische Rehabilitation.

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.

Bethge, M., Thome-Soós, F., Rašo, L. M., Weier, L., Benninghoven, D. (2023): Cognitive-behavioral rehabilitation in patients with cardiovascular diseases: a randomized controlled trial (CBR-CARDIO, DRKS00029295). BMC Cardiovascular Disorders, 23. 252.

Interessenkonflikt: Dieter Benninghoven und Konstantin Falk sind Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung, in der das Programm entwickelt und geprüft wurde.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Reha-Verlaufseffekte bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) bis ein Jahr nach der Rehabilitation

Karin Meng[1]; Ronja Westphal[2]; Michael Marx[3]; Robert Nechwatal[4]; Reimund Prokein[5]; Gesine Dörr[6]

[1] Universitätsklinikum Würzburg, [2] Segeberger Kliniken,
[3] Praxis für Angiologie und Kardiologie, [4] Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl,
[5] St. Vincenz Krankenhaus, [6] St. Josefs-Krankenhaus

Hintergrund und Zielstellung

Routinedatenanalysen zeigen, dass Rehabilitand:innen mit pAVK schlechtere sozialmedizinische Verläufe haben (Falk et al., 2018, Streibelt et al., 2024). Auch verweisen die Analysen auf Optimierungspotentiale hinsichtlich der Umsetzung von evidenzbasierten Therapiebausteinen (Falk et al., 2018). Leitlinien (D-A-CH, DGA) empfehlen einen krankheitsspezifischen Rehabilitationsansatz mit Gehtraining, Tabakentwöhnung und Sekundärprävention vaskulärer Risikofaktoren. Bisher liegen noch wenige systematische prospektive Daten für die Rehabilitation in Deutschland vor.

Ziel des Projekts VER-PAVK ist es, Erkenntnisse zu den (sozial-)medizinischen Rehabilitationsverläufen bei pAVK zu ermitteln. Die folgende Hauptfragestellung wird geprüft: Welche Prä-Post-Effekte bestehen bei Rehabilitand:innen mit pAVK hinsichtlich gesundheitsbezogener und (sozial-)medizinischer Reha-Zielparameter bis zu einem Jahr nach einer Rehabilitation?

Zum Zeitpunkt Reha-Ende zeigen sich kleine bis mittlere positive Prä-Post-Effekte in den gesundheitsbezogenen Zielparametern (PRO, Labor- und Testparameter; Meng et al., 2024). Der aktuelle Beitrag berichtet die Verlaufsergebnisse nach 6 und 12 Monaten.

Methoden

Durchgeführt wurde eine multizentrische, prospektive Kohortenstudie mit vier Messzeitpunkten (Reha-Beginn/t1, Reha-Ende/t2, nach 6 Monaten/t3, nach 12 Monaten/t4). In 8 Kliniken wurden Rehabilitand:innen mit PAVK konsekutiv in die Studie eingeschlossen (Zeitraum: 07/2021-05/2023). Die Datenerhebung erfolgte mittels validierter Selbstauskunftsfragebögen (PRO); zu t1 und t2 wurden zusätzlich (sozial-)medizinische Daten aus den Klinikdokumentation ermittelt.

Primäre Zielgröße ist die Gehfähigkeit (WIQ). Sekundäre Zielkriterien sind: Lebensqualität/ subjektive Gesundheit (VascuQol-25, SF-12), psychische Belastung (PHQ- 9, GAD-7), Gesundheitsverhalten, subjektive Arbeitsfähigkeit (WAI), Return-to-work, Morbidität (MACE, MALE).

Berechnet werden Prä-Post-Effekte (t1-t3, t1-t4) mittels t-Tests für abhängige Stichproben und Effektgrößen (SES) mit 95%-Konfidenzintervallen. Veränderungen in Häufigkeiten werden mittels McNemar-Tests getestet.

Die Ausgangsstichprobe umfasst 189 Rehabilitand:innen. 77 % sind Männer, das Durchschnittsalter ist 61 Jahre (SD=7.8). 58 % sind erwerbstätig, 14 % arbeitslos, 3 % in Zeit- /Erwerbsminderungsrente und 23 % in Altersrente. 79 % erhielten eine Anschluss-

rehabilitation, 15 % ein Heilverfahren und 6 % eine Reha nach §51. Zu t3 sind Daten von 67 %, zu t4 von 62 % der Stichprobe verfügbar.

Ergebnisse

Im primären Zielparameter Gehfähigkeit lassen sich auch 6 und 12 Monate nach der Reha kleine bis mittlere signifikante Prä-Post-Veränderung in den drei WIQ-Skalen nachweisen: Gehstrecke, Gehgeschwindigkeit, Treppensteigen (t3: 0.27 ≤ SES ≤ 0.44; t4: 0.33 ≤ SES ≤ 0.52).

Signifikante Verbesserungen zeigen sich in den meisten sekundären Zielparametern. Hinsichtlich der krankheitsspezifischen Lebensqualität bestehen kleine bis mittlere Verbesserungen in allen VascuQol-Skalen (t3: 0.22 ≤ SES ≤ 0.50; t4: 0.31 ≤ SES ≤ 0.56), in der subjektiven körperlichen Gesundheit ein annähernd großer Effekt (t3 und t4: SES = 0.74). Keine bedeutsamen Veränderungen liegen hinsichtlich der psychischen Gesundheit, Depressivität und Ängstlichkeit nach 6 Monaten vor. Nach einem Jahr zeigen sich wiederum kleine Verbesserungen (t4: 0.13 ≤ SES ≤ 0.19). Im Rauchstatus ergeben sich auch mittel- und langfristig keine signifikanten Veränderungen. Bei der Morbidität berichten 22 % der Teilnehmenden im ersten halben Jahr nach der Reha mindestens ein kardiovaskuläres Ereignis oder Beinereignis, im zweiten halben Jahr 31 %. An einer Reha-Nachsorge (IRENA und/oder Rehasport) haben 28 % teilgenommen.

In der Substichprobe der Erwerbsfähigen (keine Altersrente) verbessert sich auch die subjektive Arbeitsfähigkeit (t3: SES=0.50). 54 % sind in den ersten 6 Monaten wieder zur Arbeit zurückgekehrt.

Diskussion und Fazit

Für Rehabilitand:innen mit PAVK können bis zu einem Jahr nach der Rehabilitation positive Prä-Post-Effekte ermittelt werden. Diese sind für viele Zielparameter im Bereich, wie sie für die kardiologische Rehabilitation berichtet werden (Schuler et al., 2021).

Auffällig ist der hohe Anteil an Rauchenden, der sich auch langfristig wenig verringert. Hier könnten die Angebote im Rahmen der Reha nicht ausreichend sein, um Veränderungen zu erzielen. Auch unterstützen die vorliegenden Ergebnisse die aufgezeigte ungünstige sozialmedizinische Perspektive bei pAVK (Falk et al., 2018, Streibelt et al., 2024). Die Daten zeigen, dass die Nachsorgeempfehlungen nicht voll ausgeschöpft werden. Frühere bzw. intensiviertere Angebote können für die Zielgruppe diskutiert werden. Zu beachten ist, dass das Design keine Wirksamkeitsaussagen ermöglicht.

Take-Home-Message

Für Rehabilitand:innen mit PAVK werden Verbesserungen in der Gehfähigkeit und weiterer Reha-Zielparameter erzielt. Es zeigen sich auch Optimierungsmöglichkeiten.

Literatur

Falk, J., Haaf, H.-G., Brünger, M. (2018): Rehabilitation von Menschen mit einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit im Kontext aktueller Leitlinien. Eine Analyse auf Basis von Routinedaten. Die Rehabilitation, 58. 225-233.

Meng, K., Westphal, R., Marx, M., Nechwatal, R., Prokein, R., Dörr, G. (2024): Reha-Verlaufseffekte bei Rehabilitand:innen mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit zum Rehabilitationsende. DRV-Schriften, 130. 289-291.

Schuler, M., Faller, H. (2021): Verlaufseffekte in der medizinischen Rehabilitation - Meta-Analyse (VEMA). Unveröffentlichter Abschlussbericht. Würzburg: Universität Würzburg, Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie IKE-B.

Streibelt, M., Zollmann, P., Völler, H., Falk, J., Salzwedel, S. (2024): Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen – Repräsentative Analysen auf Basis der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 63. 169-179.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Veranlassung zur Anschlussrehabilitation nach Herzinfarkt: Eine systematische Analyse auf Basis von Sekundärdaten aus dem KIS

Melanie Lausen[1]; Claudia Pieper[1], Ulrike Kramer[2]

[1] Universitätsklinikum Essen (AöR), [2] Universitätsklinikum Düsseldorf

Hintergrund und Zielstellung

Eine Anschlussrehabilitation (AR, AHB) nach einem Myokardinfarkt (MI) führt zu einer verbesserten Genesung sowie einer Reduktion von Funktionsbeeinträchtigungen und Mortalität (Schwaab, 2018; van Halewijn et al., 2017; Rauch et al., 2016). Dennoch scheint der Zugang zur AR durch Faktoren beeinflusst, die nicht medizinisch begründet sind. So treten nur etwa 50% geeigneter Personen nach dem MI eine AR an (Deutsche Herzstiftung, 2022). Ziel dieser Sekundärdatenanalyse ist die Identifizierung möglicher Muster in der AR- Veranlassung im Sinne beeinflussender Patient*innencharakteristika.

Methoden

Die Analyse umfasst 10.652 anonymisierte Datensätze der Krankenhausinformationssysteme (KIS) der Universitätskliniken Düsseldorf und Essen (2017 – 2022). Eingeschlossen wurden stationär Behandelte mit den Diagnosen I21.* und I22.*. Statistische Auswertungen wurden mithilfe der SPSS-Statistiksoftware (v29.0.2) durchgeführt. Nach deskriptiver Beschreibung und Prüfung auf Unterschiede innerhalb der Stichprobe, wurden die Routinedaten hinsichtlich des primären Endpunkts (AR/AHB-Veranlassung ja/nein) mittels logistischer Regression untersucht. U.a. Diagnose, Behandlungsverlauf, Verweildauer und die Beratung durch den Sozialdienst (während stationären Aufenthalts) wurden als mögliche Faktoren betrachtet.

Ergebnisse

69,9 % der Patient*innen sind männlich (n=7.451). Das durchschnittliche Alter beträgt 67,9 (±13,3) Jahre. 64 % haben das Rentenalter erreicht (> 65 Jahre). Bei 13,5 % ist eine Pflegestufe dokumentiert oder beantragt.

Für die 10.652 MI-Behandelten liegen 11.167 I21.*- sowie 24 I22.*-Diagnosen vor (Tab. 1), inklusive der 482 (4,5 %) Mehrfachdiagnostizierten. Aufgrund der geringen Fallzahl wird nachfolgend auf die Betrachtung der 24 Patient*innen mit rezidivierendem Myokardinfarkt (I22.*) verzichtet.

Tab. 1: Übersicht Diagnosen I21.*

		Diagnose					
	Diagnosen gesamt	**I21.0**	**I21.1**	**I21.2**	**I21.3**	**I21.4**	**I21.9**
alle	11.167	1.178	992	258	171	8.289	279
männlich	7.827 70,1%	868 73,7%	721 72,7%	199 77,1%	126 73,7%	5.716 69%	197 70,6%
weiblich	3.339 29,9%	310 26,3%	271 27,3%	59 22,9%	45 26,3%	2.572 31%	82 29,4%
<40 Jahre	306 2,7%	29 10%	18 6,2%	6 2,1%	1 0,3%	240 82,5%	12 4,1%
40-49 Jahre	659 5,9%	115 18,6%	81 13,1%	28 4,5%	12 1,9%	405 65,6%	18 2,9%
50-59 Jahre	1.953 17,5%	306 16,5%	259 14%	67 3,6%	33 1,8%	1.240 66,8%	48 2,6%
60-69 Jahre	2.853 25,5%	321 11,9%	280 10,4%	72 2,7%	62 2,3%	2.041 75,5%	77 2,8%
70-79 Jahre	3.016 27%	243 8,4%	232 8,1%	54 1,9%	43 1,5%	2.375 82,6%	69 2,4%
80+ Jahre	2.380 21,3%	164 7,1%	122 5,3%	31 1,3%	20 0,9%	1.988 86,1%	55 2,4%
Rentenalter erreicht	7.113 63,7%	592 8,7%	498 7,3%	126 1,8%	105 1,5%	5.625 82,5%	167 2,4%
Rentenalter nicht erreicht	4.054 36,3%	586 15,3%	494 12,9%	132 3,4%	66 1,7%	2.664 69,5%	112 2,9%
Pflegegrad dokumentiert/ beantragt	1.498 13,4%	85 5,9%	71 4,9%	22 1,5%	16 1,1%	1.255 87,1%	49 3,4%
kein Pflegegrad dokumentiert/ beantragt	9.669 86,6%	1093 11,9%	921 10%	236 2,6%	155 1,7%	7034 76,4%	230 2,5%

* Da es Patient*innen mit Mehrfachdiagnosen gibt, ist die Anzahl der Diagnosen größer als die Anzahl der Patient*innen

26,8 % (n=2.803) aller Patient*innen erhielten eine AR-Veranlassung. Der Sozialdienst hat alle diese 2.803 Patient*innen beraten. Tab. 2 zeigt die Anteile der AR-Veranlassung und Beratung durch den Sozialdienst anhand soziodemografischer Daten.

Es zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Beratung durch den Sozialdienst und einer AR-Veranlassung ($p < 0{,}001$). Alter, Geschlecht, Nationalität oder Beziehungsstatus zeigen zunächst keinen Einfluss. Unter Berücksichtigung der Sozialdienstberatung werden Unterschiede zwischen Jüngeren und Ältere (Folgeuntersuchungen ausstehend) und Geschlechtern deutlich, wobei im Alter über 65 Frauen seltener beraten werden (OR=1,12; p=0,037). Für Jüngere hingegen wird für Männer seltener eine AR veranlasst (OR=0,82; p=0,021).

Zwar erhöht ein bestehender Pflegegrad im Rentenalter die Wahrscheinlichkeit der Beratung durch den Sozialdienst (OR=1,23; $p < 0{,}001$), die Wahrscheinlichkeit einer AR-Veranlassung sinkt jedoch (OR=0,86; p=0,042).

Tab. 2: AR-Veranlassung

	Patient*innen gesamt	AR veranlasst	Sozial-konsil	Anteil AR nach Sozialkonsil*
alle	10.652	2.803 26,3%	4.102 38,5%	68,3%
männlich	7.451	2.029 27,2%	2.855 38,3%	71,1%
weiblich	3.200	773 24,2%	1.246 38,9%	62%
<40 Jahre	291	83 28,5%	105 36,1%	79,1%
40-49 Jahre	617	218 35,3%	289 46,8%	75,4%
50-59 Jahre	1.855	641 34,6%	846 45,6%	75,8%
60-69 Jahre	2.703	733 27,1%	1.026 38%	71,4%
70-79 Jahre	2.877	643 22,3%	952 33,1%	67,5%
80+ Jahre	2.309	485 21%	884 38,3%	54,9%
Rentenalter erreicht	6.819	1.545 22,7%	2.432 35,7%	63,5%
Rentenalter nicht erreicht	3.833	1.258 32,8%	1.670 43,6%	75,3%
Pflegegrad dokumentiert/beantragt	1.441	301 20,9%	582 40,2%	51,7%
kein Pflegegrad dokumentiert/beantragt	9.211	2.502 27,2%	3.520 38,2%	71,1%

**AR veranlasst ja/Sozialkonsil (Beratung durch den Sozialdienst) ja*
In einem Datensatz fehlt die Angabe zum Geschlecht.

Diagnosen eines Vorderwand- (I21.0, n=1.178) oder Hinterwandinfarktes (I21.1, n=992) erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer AR-Veranlassung (OR=1,37; p < 0,001, bzw. OR=1,28; p=0,001) verglichen mit übrigen Diagnosen. Insbesondere das Vorliegen der I21.4-Diagnose reduziert die Wahrscheinlichkeit einer AR-Veranlassung. Von den n=8.289 I21.4- Patient*innen sind viele über 65 Jahre, 15 % haben eine Pflegestufe (Tab. 1).

Diskussion und Fazit

Der Anteil der AR-Veranlassungen entspricht der Literatur und muss als gering bewertet werden. Es werden weitere Subgruppenanalysen durchgeführt, um weitere mögliche Zusammenhänge zu untersuchen. Die bisherigen Ergebnisse zeigen bereits einen Zusammenhang der AR-Veranlassung mit der Beratung durch den Sozialdienst sowie geschlechts- und altersspezifische Unterschiede. Möglicherweise wirken Geschlechterrollen oder die Wahrnehmung von Unterstützungsbedarfen beeinflussend.

Um die Teilhabe der Patient*innen zu sichern, müssen die Reha-Indikationen berücksichtigt werden. Dazu scheint erforderlich, standardisierte Prozesse in die AR-Veranlassung zu integrieren. Unsere Untersuchung soll im Weiteren beitragen, Ärzt*innen in Zusammenarbeit mit Sozialdienststellen zu unterstützen, die Veranlassung indizierter ARs zu optimieren.

Take-Home-Message

Die Veranlassung der AR für Herzinfarktpatient*innen nach der Akutbehandlung im Krankenhaus ist weiterhin verbesserungswürdig und erfordert standardisierte Unter-

stützungsprozesse für Ärzt*innen, um die Teilhabe der Patient*innen nachhaltig zu sichern. Sekundärdatenanalysen bieten dafür eine wertvolle Datenbasis.

Literatur

Deutsche Herzstiftung (2022): Jahresbericht 2021. Abgerufen von https://www.herzstiftung.de.

Rauch, B., Davos, C. H., Doherty, P., Saure, D., Metzendorf, M. I., Salzwedel, A., Völler, H., Jensen, K., Schmid, J. P. (2016): The prognostic effect of cardiac rehabilitation in the era of acute revascularisation and statin therapy: A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized studies—The Cardiac Rehabilitation Outcome Study (CROS). European Journal of Preventive Cardiology, 23(18), 1914-1939. https://doi.org/10.1177/2047487316671181

Schwaab, B. (2018): Kardiologische Rehabilitation. Die Rehabilitation, 57(02), 117-126.

van Halewijn, G., Deckers, J., Tay, H. Y., van Domburg, R., Kotseva, K., Wood, D. (2017): Lessons from contemporary trials of cardiovascular prevention and rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Cardiology, 232, 294-303. https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.12.125

Förderung: refonet (Rehabilitationsforschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung Rheinland)

Welche kurzfristigen Prä-Post-Verläufe bestehen für duale Rehabilitand:innen in unterschiedlichen somatischen Indikationsbereichen?

Karin Meng[1]; Natascha Scheller[1], Peter Eisermann[2]; Jördis Kroll[2], Klaus Hermann[3]; Sabine Jendrosch[4]; Robert Wessbecher[4]; Volker Köllner[5]; Christoph Reichel[6]; Gerhard Sütfels[7]

[1] Universitätsklinikum Würzburg, [2] Reha-Zentrum Bad Frankenhausen, [3] Reha-Zentrum Bad Kissingen, Kliniken Rhön und Saale, [4] Reha-Zentrum Borkum, [5] Reha-Zentrum Seehof, Teltow, [6] Reha-Zentrum Bad Brückenau, [7] Reha-Zentrum Todtmoos, Klinik Wehrawald

Hintergrund und Zielstellung

Die duale Rehabilitation ist ein Rehabilitationsansatz für Patient:innen mit einer gleichwertig rehabilitationsbedürftigen körperlichen und psychischen Erkrankung. Dieser ist durch eine strukturierte Zusammenarbeit von zwei Fachabteilungen definiert und beinhaltet folgende Bausteine (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2020): fachabteilungsübergreifende Aufnahme, Fallbesprechungen, Visiten und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung sowie eine psychotherapeutische Bezugsgruppe, Einzelgespräche und Entspannungstraining. Die Bewilligungsdauer ist entsprechend der psychosomatischen Rehabilitation 5 Wochen.

Der duale Rehabilitationsansatz wird in einer Modellphase in sechs Kliniken mit unterschiedlicher somatischer Indikation in Zusammenarbeit mit der psychosomatischen

Fachabteilung erprobt. Als Teil einer multi-methodalen formativen Evaluation (Projekt DUAL) wurden die Konzepte in den Fachbereichen (Psycho-Dermatologie, Psycho-Diabetologie, Psycho-Gastroenterologie, Psycho-Kardiologie, Psycho-Orthopädie, Psycho-Pneumologie) und die Akzeptanz der Teilnehmenden exploriert (Fahmer et al., 2024; Fiedler et al., 2024). In einer Kohortenstudie werden die Prä-Post-Verläufe untersucht. Der aktuelle Beitrag umfasst die Ausgangsbelastung sowie die kurzfristigen Rehabilitationsverläufe. Folgende Fragestellungen werden bearbeitet:

- Wie ist die subjektive Gesundheit von dualen Rehabilitand:innen zu Reha-Beginn?
- Welche Prä-Post-Verläufe liegen zum Ende der dualen Rehabilitation vor? Bestehen indikationsspezifische Unterschiede?
- Welche Behandlungszufriedenheit besteht für die duale Rehabilitation?

Methoden

Prospektive (kontrollierte) Kohortenstudie mit 4 Messzeitpunkten und konsekutivem Einschluss von dualen Rehabilitand:innen in 6 Kliniken mit unterschiedlicher somatischer Indikation. Die Messparameter werden mittels validierter Fragebögen erfasst. Zusätzlich werden (sozial-)medizinische Parameter aus der Klinikdokumentation erhoben. Primäre Zielkriterien sind die psychische Belastung (PHQ-9, GAD-7) und allgemeine Befindlichkeit (HEALTH-49 psychische und somatoforme Beschwerden). Sekundäre Zielparameter sind u. a. die generische gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36) und subjektive Arbeitsfähigkeit (WAI). Die Reha-Zufriedenheit wurde mit einem selbstentwickelten Fragebogen erfasst.

Die Prä-Post-Effekte wurden mittels t-Test berechnet und die standardisierte Effektgröße mit Konfidenzintervallen bestimmt (SES, 95 %-KI). Unterschiede zwischen den Indikationsbereichen wurden mittels Varianzanalyse und Post-hoc-Tests geprüft.

Die Ausgangsstichprobe besteht aus 718 dualen Rehabilitand:innen (11 % - 21 % pro Fach- /Indikationsbereich). Der Frauenanteil ist 69 %, das durchschnittliche Lebensalter 52.6 Jahre (SD=9.1). 85.3 % sind in Voll- oder Teilzeit erwerbstätig, 11.7 % arbeitslos. Ein hoher Anteil war in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben (90.5 %). Zwischen den Indikationen bestehen signifikante Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Lebensalter und Erwerbsstatus. Zum Reha-Ende liegen Daten von 89 % vor.

Ergebnisse

Zum Rehabilitationsbeginn besteht bei 70 % eine depressive und bei 56 % eine Angstsymptomatik (PHQ-9 bzw. GAD-7 ≥ 10). Bei etwa der Hälfte sind beide Werte auffällig. Die subjektive Lebensqualität ist in allen Bereichen deutlich beeinträchtigt. Es zeigen sich einige indikationsspezifische Unterschiede.

Zum Reha-Ende bestehen signifikante Verbesserungen in den primären Zielparametern psychische Belastung (PHQ-9: SES=0.92, GAD-7: SES=1.0) und psychische und somatoforme Beschwerden (SES=0.74). Signifikante Verbesserungen können auch in den sekundären Zielparametern nachgewiesen werden. Die Effektgrößen liegen für die Lebensqualität im kleinen bis großen Bereich (SF-36 Skalen: 0.37 ≤ SES ≤ 1.25), für die subjektive Arbeitsfähigkeit zeigt sich ein kleiner Effekt (SES=0.39). Die signifikanten Verbesserungen lassen sich meist in allen Indikationsbereichen nachweisen.

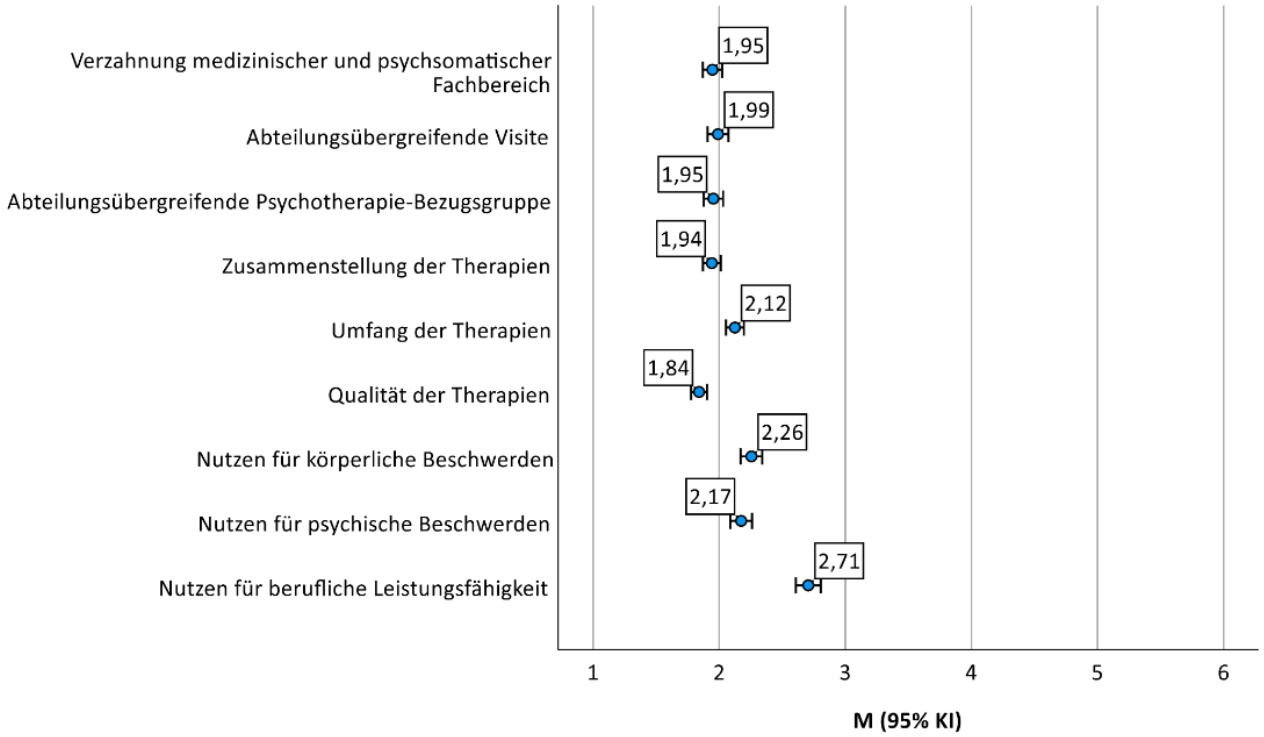


Abb. 1: Bewertung der Therapie und des subjektiven Nutzens (Schulnotenskala: 1 = sehr gut; 6 = ungenügend)

Die abteilungsübergreifenden Therapiebausteine sowie Umfang und Qualität der Therapien werden im Durchschnitt als gut bewertet. Der subjektive Nutzen hinsichtlich der psychischen oder körperlichen Beschwerden liegt ebenfalls im guten Bereich. Der Nutzen hinsichtlich der beruflichen Leistungsfähigkeit fällt subjektiv geringer aus (s. Abb. 1).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zur psychischen Belastung und subjektiven Gesundheit zeigen eine deutliche Beeinträchtigung der dualen Rehabilitand:innen im psychischen und körperlichen Bereich. Die intendierte Zielgruppe wird somit erreicht. Die kurzfristigen Prä-Post-Effekte ergeben Verbesserungen in allen Zielparametern und in allen Indikationsbereichen. Einzelne Unterschiede erklären sich durch indikationsspezifische Reha-Ziele (z. B. BMI). Die erzielten Effektgrößen liegen im Bereich von Effekten aus der Psycho-Kardiologie bzw. der psychosomatischen Rehabilitation (u.a. Langheim et al., 2022). Die gute Bewertung der fachbereichsübergreifenden Therapiebausteine bestätigt die hohe Akzeptanz der dualen Reha (Fahmer et al., 2024).

Zur weiteren Bewertung sind die längerfristigen Ergebnisse der Kohortenstudie sowie die geplanten Analysen zum sozialmedizinischen Outcome ein Jahr nach der dualen Rehabilitation relevant. Auf Grundlage der multi-methodalen Studienergebnisse kann der duale Rehabilitationsansatz diskutiert, weiterentwickelt und ggf. verstetigt werden.

Take-Home-Message

Duale Rehabilitand:innen weisen eine hohe psycho-somatische Belastung auf. Zum Rehabilitationsende können indikationsübergreifend Verbesserungen für alle Zielparameter gezeigt werden.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2020): Duale Rehabilitation. Rahmenkonzept für die Modellphase. Berlin: Hrsg.

Fahmer, N., Fiedler, S., Herrmann, K., Jendrosch, S., Köllner, V., Kroll, J., Reichel, C., Sütfels, G., Meng, K. (2024): Akzeptanz der dualen Rehabilitation und Zugangswege aus Perspektive der Reha-bilitand*innen – Ergebnisse qualitativer Interviews. DRV-Schriften, 130. 366-368.

Fiedler, S., Fahmer, N., Eisermann, P., Herrmann, K., Köllner, V., Reichel, C., Sütfels, G., Weßbecher, R., Meng, K. (2024): Formative Evaluation einer dualen Rehabilitation in verschiedenen Indikationsbereichen – Analyse der Rahmenkonzeptumsetzung anhand von KTL-Daten. DRV-Schriften, 130. 518-521.

Langheim, E., Schmitz, C., Köllner, V. (2022): Fächerübergreifende psychokardiologische Rehabilitation: vom Modellprojekt zur Blaupause des dualen Rehabilitationskonzeptes – von Erfahrungswerten zu wissenschaftlichen Daten. Rehabilitation, 61. 230-239.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Berufliche Rehabilitation aus Sicht der Beteiligten

Hans-Christoph Eichert

Pädagogische Hochschule Heidelberg

Hintergrund und Zielstellung

Beruflichen Rehabilitation kann aus verschiedenen Bestandteilen bestehen (Vorbereitung, Praxis, Training, Wissensvermittlung, Betreuung). Rehaberater:innen, Mitarbeiter:innen von Leistungserbringern und Rehabilitand:innen haben als Beteiligte unterschiedliche Perspektiven auf deren Bedeutung und auf grundlegende Prinzipien, wie sie z.B. in der IPS- Fidelity-Scale (vgl. Stengler et al., 2021) formuliert sind. Daten zur Bewertung von Prinzipien und Bestandteilen gibt es bislang jedoch nicht. Diese sind aber in Zusammenhang mit der Weiterentwicklung beruflicher Rehabilitation wichtig, da die Beteiligten wesentlich zu deren Gelingen beitragen.

Folgende Fragestellungen standen daher im Mittelpunkt der Befragung:

1. Wie bewerten Rehabilitand:innen, Rehaberater:innen der Kostenträger und Mitarbeiter:innen von Leistungserbringern die Wichtigkeit grundlegender Prinzipien und Bestandteile beruflicher Rehabilitation?
2. Gibt es Bewertungsunterschiede zwischen den Bestandteilen und Prinzipien?
3. Gibt es zwischen den Gruppen Bewertungsunterschiede?

Methoden

Befragt wurden über soscisurvey zwischen 17.7.2024 und 15.10.2024 Berater:innen von 184 Reha-Beratungsstellen (DRV, BG, Arbeitsagenturen), Mitarbeiter:innen von 1.331 Einrichtungen und Leistungserbringern (BBW, BfW, BTZ, WfbM, IFD, RPK, ambulante berufliche Rehabilitationsträger) und deren Rehabilitand:innen. Sie sollten die Bedeutung von Prinzipien und Bestandteilen einer beruflichen Rehabilitation (Training, Wissensvermittlung, Beratung/Betreuung, Rehavorbereitung und Berufs-Praxis) aus ihrer Sicht anhand von 35 Items auf einer fünfstufigen Skala einschätzen sowie den bevorzugten Ort einer beruflichen Rehabilitation angeben. Außerdem wurden Bundesländer, Haupt-Tätigkeiten der Mitarbeiter:innen (Erst/Wiedereingliederung) und Leistungserbringer bei Rehabilitand:innen erhoben.

Ergebnisse

Stichprobe. Teilgenommen haben 615 Personen, 16,7 % Rehabilitand:innen, 26,2 % Rehaberater:innen, 52,4 % Einrichtungsmitarbeiter:innen sowie 4,7 % Sonstige. In der Stichprobe waren alle Bundesländer vertreten, überwiegend NRW (32,3 %), Baden-Württemberg (10,9 %) und Bayern (10 %). Das Durchschnittsalter lag bei 45,69 Jahren, die Rehabilitand:innen (41,04 Jahre) waren signifikant jünger als die anderen Gruppen (46,18 - 47,82 Jahre). Die Stichprobe bestand weit überwiegend aus Frauen (68,0 %), der

Anteil der Rehabilitanden war bei den Männern überrepräsentiert. Die meisten Mitarbeiter:innen und Beraterinnen arbeiteten sowohl in der Erst- als auch in der Wiedereingliederung (46,4 %). Die Rehabilitationsorte der Rehabilitanden:innen waren hauptsächlich das BfW (34,4 %) und das BTZ (31,3 %). Als bevorzugten Ort der Rehabilitation bezeichneten die weitaus meisten Befragten eine Mischung aus Rehabilitationseinrichtung und Betrieb (86,8 %).

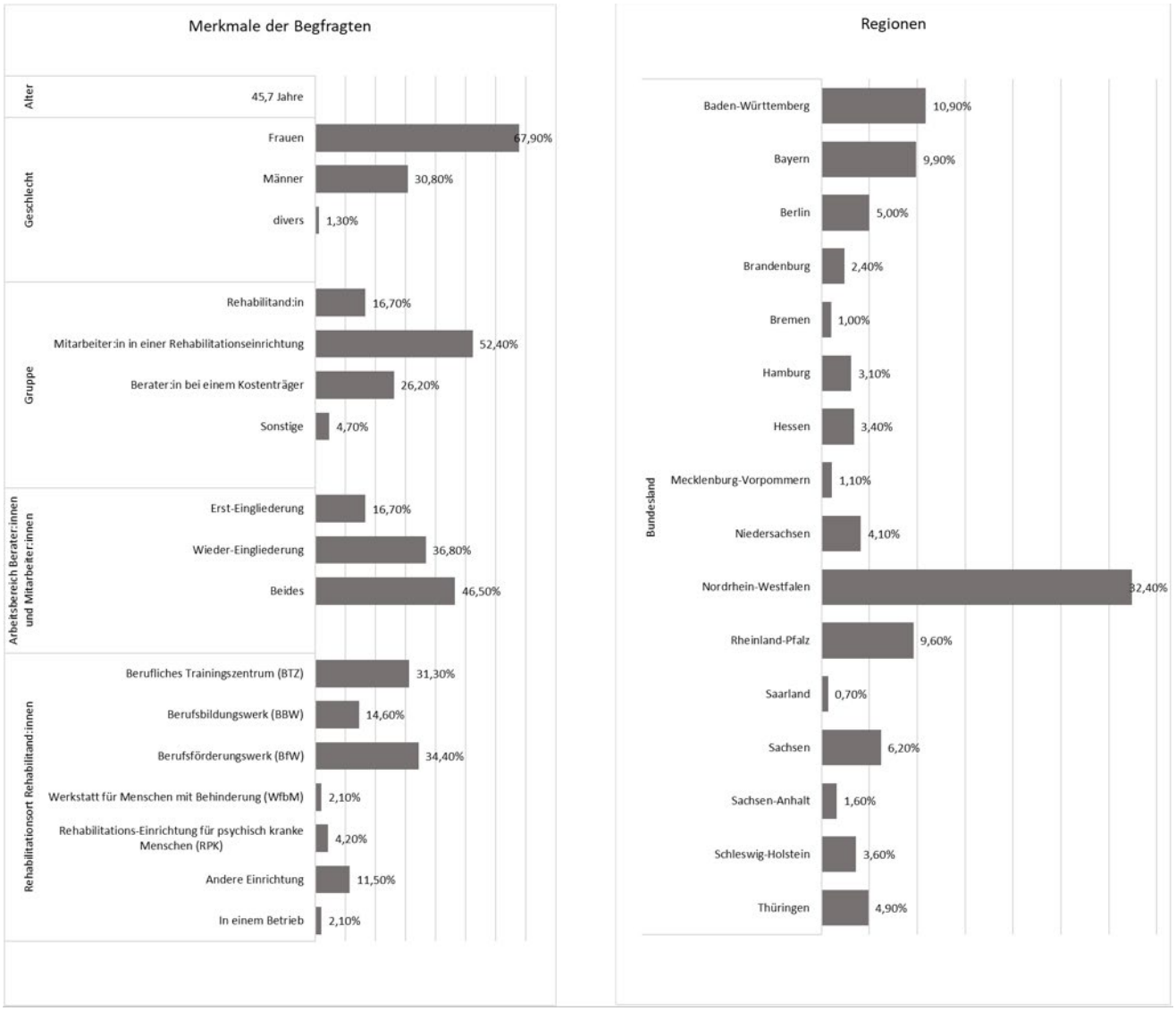


Abb. 1: Soziodemografie

Prinzipien und Bestandteile. Prinzipien und Bestandteile der beruflichen Rehabilitation wurden unterschiedlich bewertet χ^2=346.59, df =5, p < 0.001; ω=0.129). Am höchsten bewertet wurde Praxis (M=4,49) mit den wichtigsten Einzelitems Berufspraktika und Unterstützung des Praktikumsbetriebs. Im Bereich Vorbereitung (M=4,36) wurden die Einzelitems Individuelle Reha-Planung und Berufsfindung/Erprobung am höchsten bewertet. Im Bereich Betreuung (M=4,31) standen die Items Psychologische Unterstützung, Einzelgespräche und Einzelbetreuung im Mittelpunkt. Niedriger bewertet wurde Training (M=4,2) mit den Schwerpunkten Belastbarkeit/Ausdauer sowie Soziale Fähigkeiten. Am niedrigsten bewertet wurden Wissensvermittlung (M=4,07) (Schwerpunkte Vermittlung von Arbeitstechniken und Feldkenntnissen) sowie Rehabilitations-Prinzipien (M=4,06)

(Schwerpunkte Finden und Erhalten von Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und Berücksichtigung persönlicher Wünsche). Zwischen dem Bereich Praxis und den anderen Bereichen außer Vorbereitung ($p < 0.0001$, $r=0.21$) waren die Unterschiede signifikant bei mittleren Effektstärken ($p < 0.0001$, $r > 0,30$). Ebenfalls signifikant waren die Unterschiede zwischen Vorbereitung und Wissensvermittlung ($p < 0.001$, $r=0.35$), Prinzipien ($p < 0.001$, $r=0.35$) und Training ($p < 0.001$, $r=0.18$) sowie zwischen Betreuung und Wissensvermittlung ($p < 0.001$, $r=0.24$) und Prinzipien ($p < 0.001$, $r=0.35$).

Die Freitextangaben befassten sich mit der Individualität von Maßnahmen (48), der Individualität der Beratung (30), Schnittstellen und Übergängen (19), strukturellen Rahmenbedingungen (15) und betrieblichen Kontexten (8).

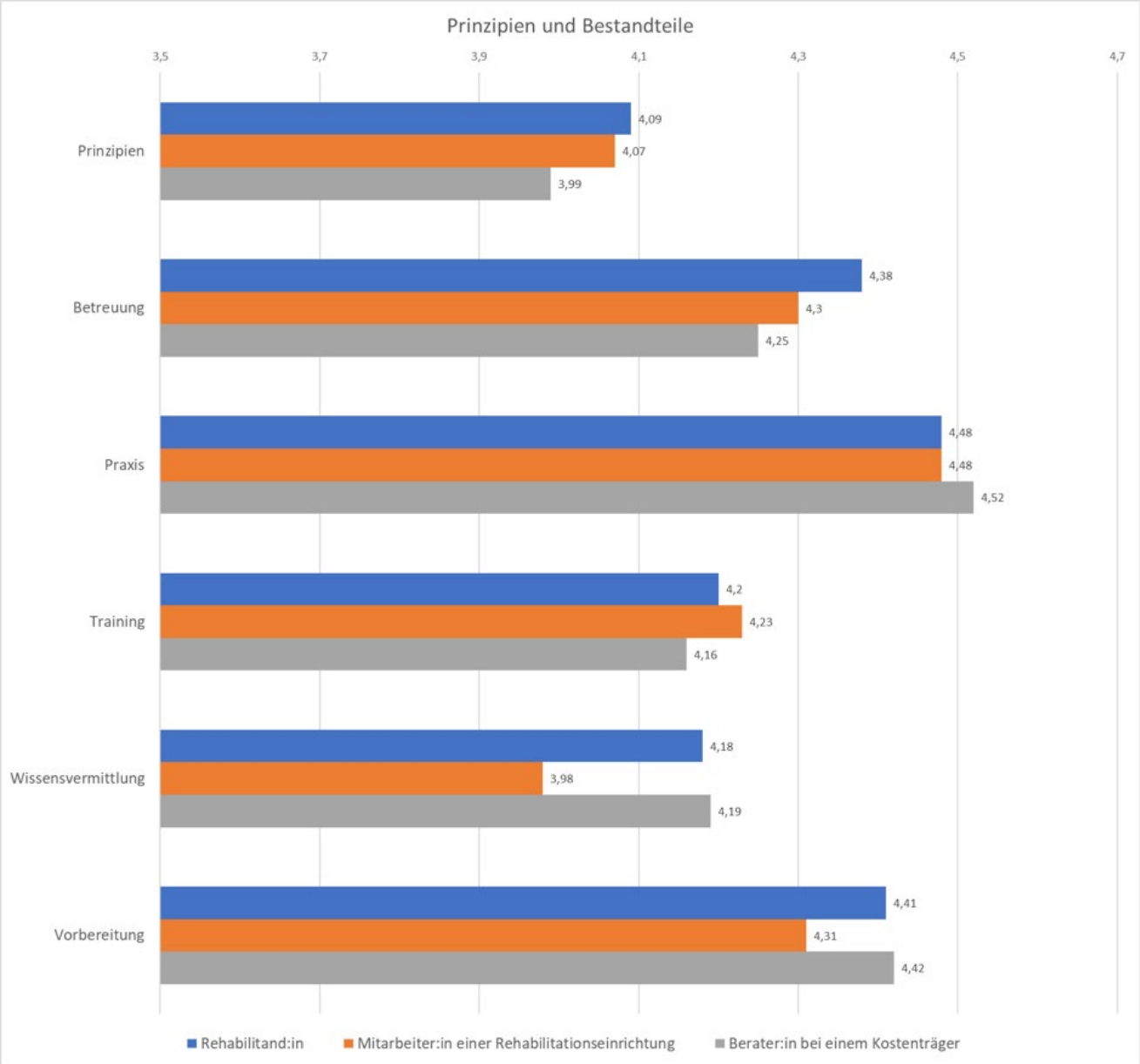


Abb. 2: Gruppenvergleich

Gruppenunterschiede. Verglichen wurden die Bewertungen von Rehabilitenden:innen, Rehaberater:innen und Mitarbeiter:innen von Leistungserbringern. Den Bereich Wissensvermittlung bewerteten Rehabilitand:innen und Rehaberater:innen am höchsten ($F(2, 514)= 5.802$, $p=0.003$; $\eta^2=0,022$). Die Einzelitems Unterricht und Fachkenntnis-

Vermittlung bewerteten Rehabilitand:innen am höchsten, Feldkenntnis-Vermittlung und Lernförderung die Rehaberater:innen. Weitere Unterschiede zeigten sich lediglich auf der Einzelitemebene.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass über alle Gruppen hinweg die Bestandteile Betriebliche Praxis, Rehabilitations-Vorbereitung und Begleitende Betreuung am höchsten bewertet werden. Bewertungsunterschiede zwischen den Gruppen zeigen sich lediglich bei im Bereich Wissensvermittlung. Rehabilitand:innen und Rehaberater:innen bewerten im Bereich Wissensvermittlung Vermittlung von Fach- und Feldkenntnissen sowie Lernförderung höher. Daraus ergibt sich, dass aus Sicht der Beteiligten berufliche Rehabilitation gut vorbereitet und geplant werden, schwerpunktmäßig betriebliche Praxis beinhalten, kontinuierlich begleitend betreut und sowohl betrieblich als auch überbetrieblich stattfinden sollte.

Take-Home-Message

Zentrale Aspekte bei der Weiterentwicklung beruflicher Rehabilitation sollten eine starke betriebliche Orientierung, kontinuierliche begleitende Betreuung und fundierte Vorbereitung und Planung sein.

Literatur

Eichert, H.-C. (2024): Inklusion als Prozess – Überlegungen zur Ergänzung beruflicher Rehabilitation In: DRV-Bund 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Tagungsband) Berlin: DRV-Bund: 423-426.

Stengler, K., Bechdolf, A., Becker, T. et al. (2021): Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland, in: Nervenarzt 92, 955–962.

Die Teilnehmendenentwicklung in Berufsbildungswerken von 2019 bis 2023: Erfassung und Darstellung anhand ICF-basierter Indikatoren

Alexander Röhm[1]; Moritz Hölzer[1]; Matthias R. Hastall[1], Hans-Christian Hart[2]; Fachausschuss TEP[2]; Mechtild Ronge[3];

[1] TU Dortmund, [2] BAG BBW e.V., [3] CJD Berufsbildungswerk Dortmund

Hintergrund und Zielstellung

Die Erfassung umwelt- und personenbezogener Barrieren und entlang des bio- psychosozialen Modells der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) bietet eine vielversprechende Möglichkeit zur Abbildung der spezifischen Ressourcen und Risikofaktoren im Rahmen beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen. Das Konzept umfasst zunächst die berufsfachliche Orientierung und Kompetenzvermittlung, ergänzt durch psychosoziale und persönlichkeitsfördernde Maßnahmen. Das übergeordnete Ziel der Maßnahmen, die Jugendlichen auf den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren, wird laut Erhebungen der BAG BBW bei etwa zwei Drittel der Auszubildenden erreicht (vgl. BAG BBW e.V., 2020). Daher ist es von Interesse zu erfassen, welche Aspekte der Ausbildung einen Einfluss auf den Erfolg der Maßnahmen haben und welche Faktoren ein potenzielles Risiko für einen erfolgreichen Verlauf darstellen können. Im Sinne einer ressourcenorientierten

Erfassung der Teilnehmendenentwicklung entlang der ICF sind personenbezogene Faktoren wie personale, soziale, kommunikative und methodische sowie berufs- und wohnbezogene Kompetenzen von Bedeutung. Zu deren Erfassung wurde im Rahmen der sogenannten Teilnehmendeneingangserhebung und Prozessbewertung (TeP) ein ICF-basiertes Instrument entworfen und kontinuierlich weiterentwickelt (vgl. Röhm et al., 2022).

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es dementsprechend, die Teilnehmendenentwicklung in den BBW vom Beginn der Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme (BvB) bis zum Ausbildungsabschluss mittels eines ICF-basierten Erhebungsinstruments auszuwerten. Die vorliegende Studie geht den folgenden Forschungsfragen nach:

1) In welchem Ausmaß zeigen sich Unterschiede zwischen der Fremd- und Selbsteinschätzung der Teilnehmendenentwicklung in den personalen, sozialen, methodischen, kommunikativen, wohnbezogenen und berufsbezogenen Kompetenzen von Anfang bis zum Ende der jeweiligen Maßnahme?
2) Welche Unterschiede zeigen sich dabei zwischen den sechs Kompetenzbereichen?

Methoden

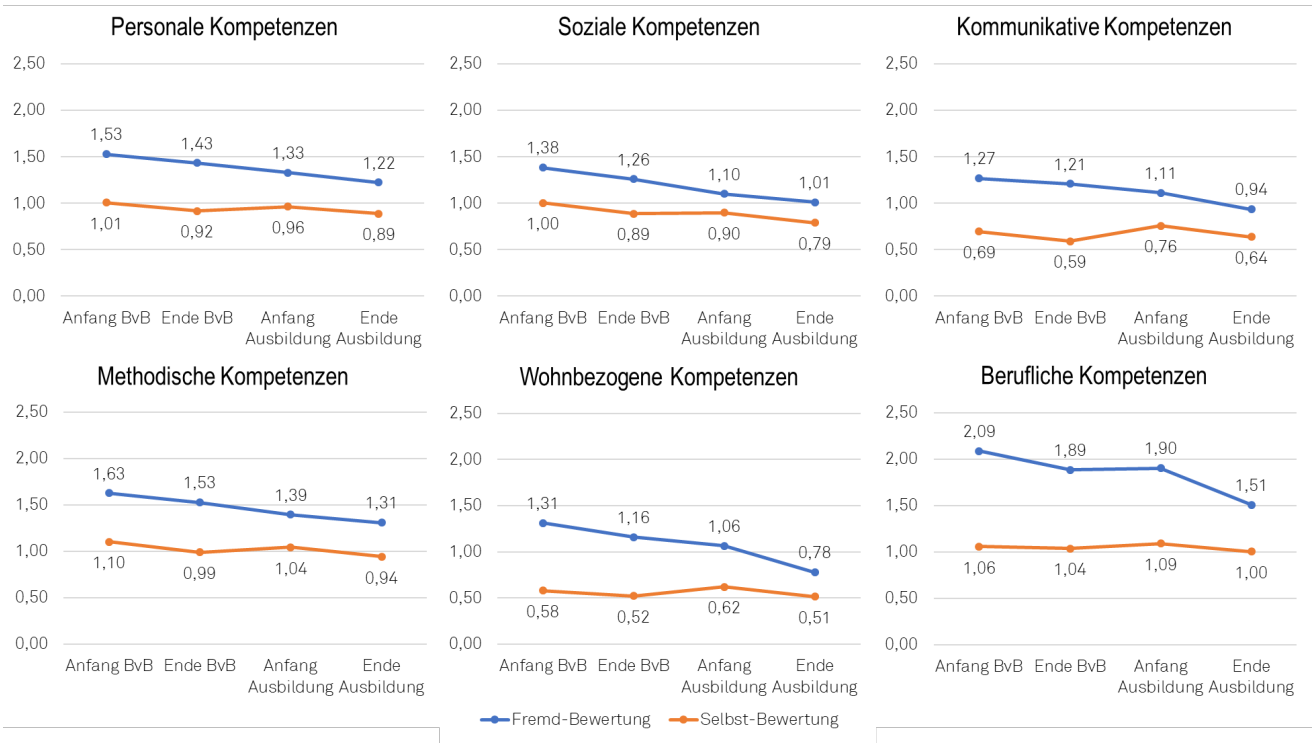
Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von Oktober 2019 bis November 2023 zu sechs Erhebungszeitpunkten. Diese lagen jeweils zu Beginn und zum Ende der berufsvorbereitenden Maßnahme (t1 und t2) bzw. Beginn (t3) und Ende der verschiedenen Ausbildungen (zwei, drei oder 3,5 Jahre; t4, t5 oder t6) als Selbstbewertung durch die Rehabilitand*innen sowie als Fremdbewertung durch das Fachpersonal in den BBW.

Die Ausgangsstichprobe zu t1 bestand aus N = 3.110 Rehabilitand*innen (M = 19,0 Jahre; SD = 2,6; 64,5 % männlich), wovon von n = 2.076 Personen die Daten für die vorliegenden Analysen genutzt werden konnten.

Die Erfassung der Teilnehmenden Entwicklung erfolgte mittels Items der ICF-Standardliste der BAG BBW e.V. (2019), die in den Dimensionen personale Kompetenzen (8 Items; McDonalds Omega = .84 - .93), soziale Kompetenzen (5 Items; McDonalds Omega = .78 - .90), wohnbezogene Kompetenzen (4 Items; McDonalds Omega = .69 - .97), berufsbezogene Kompetenzen (1 Item), kommunikative Kompetenzen (4 Items; McDonalds Omega = .68 - .90) und methodische Kompetenzen (4 Items; McDonalds Omega = .80 - .90) zusammenfasst wurden.

Ergebnisse

Insgesamt weisen die Ergebnisse für alle sechs Kompetenzbereiche darauf hin, dass sich die Fremd- und Selbsteinschätzung zu allen vier Erhebungszeitpunkten anhand von t-Test für unabhängige Stichproben signifikant voneinander unterscheiden. Die Rehabilitand*innen selbst schätzen den Handlungs- und Förderbedarf konsequent geringer ein als die Fachkräfte in den BBW. Ferner ist erkennbar, dass der attestierte Bedarf vom Start der BvB bis zum Ende der Ausbildung in allen Kompetenzbereichen kontinuierlich abnimmt, am deutlichsten bei den berufsbezogenen Kompetenzen (Abb. 1).



Diskussion und Fazit

Ausgehend von den Ergebnissen der ersten Auswertung von Röhm und Kolleg*innen (2022) zeigt sich im Hinblick auf Forschungsfrage 1, dass sich der signifikante Unterschied zwischen der Fremd- und Selbsteinschätzung sowohl im zeitlichen Verlauf bis zum Ende der Ausbildung, als auch hinsichtlich aller sechs erfassten Kompetenzbereiche besteht. Im Hinblick auf Forschungsfrage 2 lässt sich feststellen, dass insbesondere in der Fremdbewertung der beruflichen Kompetenzen die größte Veränderung vom Anfang der BvB bis zum Ende der Ausbildung erkennbar ist. Insgesamt unterstreichen die Befunde die generelle Bedeutung einer umfassenden Erhebung der personalen Kompetenzen (vgl. Grotkamp, 2020) zur Bewertung der individuellen, aber auch kollektiven Teilnehmendenentwicklungen in den BBW.

Take-Home-Message

Die Angebote der BBW stellen ein effektives Angebot dar, um die Rehabilitand*innen in ihrer Entwicklung im Sinne eines ressourcenorientierten und ICF-basierten Ansatzes zu fördern und zu unterstützen.

Literatur

BAG BBW e.V. (2019): ICF Standardliste BBW Ver. 1.1. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e.V.

BAG BBW e.V. (2020): Bericht – Ergebnisse der Qualitätssicherung und -entwicklung der BAG Berufsbildungswerke e.V. gemäß Rahmenvertrag. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e.V.

Grotkamp, S., Cibis, W., Brüggemann, S., Coenen, M. M., Gmünder, H.-P., Keller, K. et al. (2020): Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Gesundheitswesen, 82(1), 107–116.

Röhm, A., Schulz, S., Lueg, M.-C., Gollasch, S., Ronge, M., Hastall, M. R. (2022): Evaluation der Teilnehmendenentwicklung in Berufsbildungswerken. Berufliche Rehabilitation, 36(1), 29–46.

Förderung: Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (BAG BBW) e.V.

Die Teilnehmendenstruktur in der beruflichen Bildung im Wandel der Zeit

Janett Görke; Nico Seifert; Marco Streibelt

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die Herausforderungen für den Arbeitsmarkt in Deutschland sind gewachsen. Die langfristigen und tiefgreifenden Transformationsprozesse der Digitalisierung, des demografischen Wandels und daraus folgend des Fachkräftemangels verändern zunehmend den Wirtschaftsstandort Deutschland. Hinzu kommen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie, die wirtschaftlichen Folgen des Krieges in der Ukraine sowie auch die zunehmend notwendiger werdenden Anpassungen an den fortschreitenden Klimawandel (BMAS, 2022). Das sind Anforderungen, welche sich ebenfalls auf die Sozialversicherung und den Rehabilitationssektor auswirken (DRV, 2023; Schultis et al., 2024).

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) haben sich als wichtige Instrumente zur Integration von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ins Erwerbsleben etabliert. Vor allem durch Leistungen der beruflichen Bildung als ein Teil von LTA erhalten die Versicherten das theoretische und praktische Rüstzeug für die Wiederkehr in den alten bzw. Start in einen neuen Beruf, wenn sie ihren alten aufgrund ihrer eingeschränkten Erwerbsfähigkeit nicht mehr ausüben können (Gross et al., 2024).

Um als Reha-Träger auf die gesellschaftlichen Herausforderungen reagieren zu können, ist eine Analyse der Entwicklung der Rehabilitand*innenstruktur über einen langen Zeitraum unabdingbar. In einer früheren, ähnlich gelagerten Studie aus dem Jahr 2018 (Nivorozhkin et al., 2018) wurden die Teilnehmenden-Strukturdaten der DRV und der Bundesagentur für Arbeit miteinander zwischen 2011 und 2015 verglichen. Es erfolgte jedoch keine Fokussierung auf berufliche Bildungsleistungen bzw. langfristige Betrachtung zur Entwicklung der Strukturdaten der Teilnehmenden. In diesem Beitrag sollen die Teilnehmenden mit einer beruflichen Bildungsleistung als besondere und kostenintensive Form der LTA betrachtet werden. Folgende Frage soll beantwortet werden: Wie verändert sich im Langzeitverlauf die Teilnehmendenstruktur hinsichtlich soziodemografischer, sozioökonomischer und rehabezogener Merkmale?

Methoden

Für die deskriptiven Auswertungen wurden Daten aus der Reha-Statistik-Datenbasis der DRV im 9-Jahresverlauf (2013 bis 2021) zugrunde gelegt. Betrachtet wurden alle Teilnehmenden der DRV, die eine berufliche Bildungsleistung in DRV-belegten Bildungseinrichtungen erhalten haben (ohne Fälle aus BTZ- und RPK-Einrichtungen). Zu den beruflichen

Bildungsleistungen zählen Qualifizierung (Teilausbildung), Weiter- und Ausbildung (Vollausbildung) sowie Integrationsmaßnahmen. In einer weiteren Leistungsgruppe wurden Verfahren zur Auswahl von Leistungen, Eignungsabklärung und Arbeitserprobung, erweiterte Berufsfindung und vergleichbare Trainingsmaßnahmen, individuelle betriebliche Qualifizierung und Berufsvorbereitung zusammengefasst. Pro Kalenderjahr wurde für jede Person die zuletzt begonnene Bildungsmaßnahme berücksichtigt.

Ergebnisse

Im betrachteten Zeitraum ist ein Rückgang der Teilnehmenden, welche eine berufliche Bildungsmaßnahme der DRV in Anspruch nahmen, zu verzeichnen. Während es im Jahr 2013 noch 36.174 Teilnehmende waren, sind nach einem Anstieg bis 2016 die Zahlen nach einem „Corona-Knick“ im Jahr 2020 auf 31.988 Teilnehmende in 2021 gesunken. Das Durchschnittsalter der Rehabilitand*innen stieg dabei von 43,8 auf 46,1 Jahre. Bei Betrachtung der beiden Altersgruppen bis 39 Jahre und 40 bis 49 Jahre ist der Anteil der Teilnehmenden um 27 % resp. 30 % zurückgegangen, während sich der Anteil der über 60- Jährigen mehr als verdreifacht hat. Der Anstieg ist in allen betrachteten Maßnahmearten zu verzeichnen. Die ältesten Teilnehmenden finden sich in den Integrationsmaßnahmen (50,8 Jahre), die jüngsten in den sonstigen Leistungen (43,5 Jahre). Die geringsten Zuwächse sind mit +1,7 Jahren bei den Weiterbildungen zu verzeichnen.

Berufliche Bildungsmaßnahmen werden überwiegend durch Männer in Anspruch genommen (2021: 56 % Männer, 44 % Frauen), auch wenn sich dies seit 2013 nivelliert (2013: 62 % Männer, 38 % Frauen). Die Schulbildung der Teilnehmenden ist im Zeitverlauf relativ konstant. Über die Hälfte der Teilnehmenden besitzt einen Hauptschul- bzw. Realschulabschluss, und knapp zwei Drittel der Teilnehmenden besitzen eine berufliche Ausbildung oder einen Berufsfachschulabschluss.

Auffällig über den Zeitverlauf ist die Abnahme des Anteils der Teilnehmenden, die aus einer Arbeitslosigkeit heraus in die LTA gehen. Lag dieser Anteil in 2013 noch bei 21 %, ist er in 2021 bis auf 11 % gesunken. Ebenfalls auffällig im Zeitverlauf ist der Anstieg der Teilnehmenden mit einer vorherigen medizinischen Rehabilitation (2013: 6 %, 2021: 39 %).

Diskussion und Fazit

Angesichts sich stets verändernder Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt und bei begrenzten finanziellen Ressourcen ist eine flexible, auf die individuellen Anforderungen der Rehabilitand*innen zugeschnittene Ausgestaltung der Leistungen ebenso wichtig wie eine effiziente Mittelverwendung. Die Daten zeigen, dass der demografische Wandel bei der Altersstruktur der Teilnehmenden deutlich sichtbar wird: Die Teilnehmenden werden älter, der Anteil arbeitslos gemeldeter Personen ist gesunken. Daraus lassen sich Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Leistungen erarbeiten, um Leistungen zur beruflichen Bildung an eine bedarfsgerechte Versorgung der älter werdenden Betroffenengruppen anzupassen.

Take-Home-Message

Der demografische Wandel muss beim Zuschnitt der Rehabilitationsleistungen der DRV berücksichtigt werden.

Literatur

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2022): Fachkräftestrategie der Bundesregierung. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2023): Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation. Gemeinsames Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.

Gross, B., Funke, A., Görke, J., Klaus, S., Parthier, K., Streibelt, M. (2024): Innovative Wege zu mehr beruflicher Teilhabe: Aktuelle Entwicklungen der Deutschen Rentenversicherung. Berufliche Reha, 3/2024, im Druck.

Nivorozhkin, A., Reims, N., Zollmann, P., Bethge, M.: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Rentenversicherung im Vergleich. Rehabilitation; 57:149-156.

Schultis, S., Seuffert, S., Stramka, S. (2024): Der demografische Wandel im Wandel. Wirtschafts-dienst, 2024, 104(4), 269-274. DOI: 10.2478/wd-2024-0072.

Entwicklung eines Beratungsleitfadens für die Reha-Fachberatung der Deutschen Rentenversicherung - Eine Delphi-Studie

Anna-Lena Baasner[1]; Stella Lemke[1]; Matthias Bethge[1], Stefanie Gröhl[2]; Katja Nebe[2]

[1] Universität zu Lübeck, [2] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Die Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) hatte weitreichende Auswirkungen auf die Beratungspraxis der Reha-Fachberatung. Auf Grundlage einer die Reha-Fachberatung betreffenden sozialrechtlichen Analyse der Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes sowie einer Fragebogen- und qualitativen Erhebung der aktuellen Beratungspraxis folgte ein Delphi-Verfahren, das die Entwicklung und Konsentierung von Beratungsempfehlungen, die sich an den Anforderungen des BTHG orientierten, zum Ziel hatte.

Methoden

Wir nutzten eine modifizierte Delphi-Technik, die sowohl Fokusgruppen als auch Abstimmungen berücksichtigte. Die Delphi-Runden wurden von Februar bis Juni 2024 durchgeführt.

Zunächst wurden drei Fokusgruppen in Präsenz durchgeführt und anschließend mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring induktiv ausgewertet (Mayring, 2022), um Umsetzungsmöglichkeiten und Best-Practice-Beispiele für die Anforderungen des BTHG zu erarbeiten.

Über die daraus entstandenen Empfehlungen wurde während beider Delphi-Runde schriftlich und anonym mithilfe einer vierstufigen Skala abgestimmt. Zusätzlich konnten die Teilnehmenden die Empfehlungen kommentieren, um z. B. Umformulierungen vorzuschlagen. Die zweite Delphi-Runde umfasste zudem Nachfragen zur Spezifizierung von Empfehlungen. Teilnehmenden wurden nach jeder Runde die Konsensstärken jeder Empfehlung und die abgegebenen Kommentare als Feedback zurückgemeldet.

Empfehlungen mit einem Konsens (≥ 75 % Zustimmung) wurden anschließend in den Beratungsleitfaden übernommen. Empfehlungen mit einer Zustimmung von 50 bis < 75 % wurden als optionale Empfehlungen formuliert. Empfehlungen ohne Mehrheit wurden nicht übernommen.

Ergebnisse

Am Delphi-Prozess nahmen 12 Reha-Fachberatende und 7 Führungskräfte teil. Mit Ausnahme einer Person, die nur an der ersten Delphi-Runde beteiligt war, wirkten alle Teilnehmenden am gesamten Prozess mit.

Aus den Fokusgruppen ergaben sich für die erste Delphi-Runde 92 Empfehlungen. In der zweiten Runde wurde über 33 Empfehlungen abgestimmt. Insgesamt konnte für 53 Empfehlungen ein Konsens erlangt werden. Vier Empfehlungen erhielten zwischen 50 % bis < 75 % Zustimmung und wurden als optionale Empfehlungen aufgenommen.

Es wurden Empfehlungen zu z. B. Wunsch- und Wahlrecht, Klinikberatungen, Ergänzender unabhängiger Teilhabeberatung, Betrieblichem Eingliederungsmanagement, Teilhabeplanverfahren, Netzwerkarbeit und allgemein zur Durchführung der Beratung entwickelt. Im Folgenden sind auszugsweise einige Empfehlungen genannt.

1. Bezüglich des Wunsch- und Wahlrechts sind die Wünsche der Versicherten in Bezug auf mögliche Teilhabeleistungen und Teilhabeziele zu erfragen. 2. Können die Versicherten keine konkreten Wünsche nennen, unterstützt die Reha-Fachberatung, z. B. durch das Erfragen von Hobbys und Interessen. 3. Die Ablehnung von Wünschen ist im persönlichen Gespräch zu besprechen und ggf. schriftlich mitzuteilen. 4. Regelmäßiger telefonischer Kontakt stellt sicher, dass die Wünsche der Versicherten im Verlauf des gesamten Reha-Prozesses ermittelt werden. 5. Zu Beginn der Reha-Fachberatung ist zu erklären, dass es sich um ein Beratungsgespräch handelt. Die gesundheitliche, persönliche und familiäre Situation ist im Gespräch zu erfragen. 6. Koordinierte, trägerübergreifende Leistungsgewährung bedingt Wissen über die rechtlichen Rahmenbedingungen und Leistungen aller beteiligten Rehabilitationsträger. Zur Sicherung dieses Wissens bei allen am Rehabilitationsprozess beteiligten Leistungsträgern sind regelmäßig persönliche Informations- und Austauschformate zwischen den Trägern umzusetzen. 7. Die Erstellung, Anpassung und Fortschreibung des Teilhabeplans bedingt regelmäßigen, vorrangig elektronischen Austausch unter den beteiligten Akteuren. 8. Einmal jährlich ist ein allgemeiner Austausch mit allen relevanten Akteuren, z. B. Werkstätten für behinderte Menschen, Arbeitsagenturen und Integrationsfachdiensten, durchzuführen.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der sozialrechtlichen Analyse sowie der Fragebogen- und qualitativen Erhebung dienten als Grundlage für die vorliegende Delphi-Studie. Unsere Delphi-Studie nutzte also möglichst weitreichend erfasste rechtliche und empirische Vorarbeiten.

Die Beratungsempfehlungen geben einen Überblick, wie die Anforderungen des BTHG in der Reha-Fachberatung umgesetzt werden können. Sie können der Reha-Fachberatung als Grundlage dienen, die aktuelle Beratungspraxis kritisch zu reflektieren und an die Anforderungen anzupassen. Die Empfehlungen sind jedoch nicht dahingehend zu interpretieren, dass sie die alleinigen Inhalte eines Reha-Fachberatungsgesprächs darstellen.

Wie im Aufgabenprofil der Reha-Fachberatung (Deutsche Rentenversicherung, 2018) ersichtlich, gehen die Beratungsinhalte und Beratungsaufgaben weit über unsere Empfehlungen hinaus. Die erarbeiteten Empfehlungen können aber als Leitplanken der Beratung wirken, um eine selbstbestimmte und personenzentrierte Beratung im Sinne des BTHG zu erreichen. Darüber hinaus sollen die Empfehlungen nur umgesetzt werden, wenn dies aufgrund der Umstände der versicherten Person sinnvoll ist.

Take-Home-Message

Im Rahmen dieser Delphi-Studie konnten Beratungsempfehlungen dafür erarbeitet werden, wie die Reha-Fachberatung, orientiert an den Anforderungen durch das BTHG, durchgeführt werden kann.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2018): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.

Mayring, P. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (13. Auflage). Weinheim Basel: Beltz.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord und Knappschaft-Bahn-See

Erfolgsfaktoren in der beruflichen Rehabilitation – Ergebnisse einer retrospektiven Dokumentenanalyse kontinuierlicher und diskontinuierlicher Verläufe in Berufsförderungswerken

Regina Weißmann; Verena Kakuschke; Joachim Thomas

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

Hintergrund und Zielstellung

Im aktuellen Rehabericht für das Jahr 2022 (DRV, 2023) zeigt sich, dass rund ein Viertel der Teilnehmer:innen beruflicher Bildungsleistungen diese nicht erfolgreich beenden. Angeführt werden hierfür häufig gesundheitliche Gründe, aber auch unzureichende Prüfungsleistungen oder Abbrüche wegen Aufnahme einer Beschäftigung. Abbrüche können in verschiedene Kategorien eingeteilt werden (vgl. von Kardorff et al., 2013), wobei insbesondere Abbrüche „nach unten“ und wiederholte „Wiedereinstiege“ eine besondere Herausforderung für Teilnehmende, Leistungserbringende und Kostenverantwortliche mit sich bringen. Die vorliegende Studie als Teilstudie im Projekt „Erfolgsfaktoren beruflicher Rehabilitations- und Integrationsprozesse – eine Analyse individueller Verläufe in Berufsförderungswerken (BRIV)“ widmet sich der Identifikation neuralgischer Punkte im Rehabilitationsprozess sowie Faktoren, die Einfluss auf die erfolgreiche Bewältigung von Herausforderungen und Diskontinuitäten nehmen. Ziel ist es, darauf basierend Handlungsempfehlungen abzuleiten, um Unterstützungsmöglichkeiten für vulnerable Zielgruppen in der beruflichen Rehabilitation aufzuzeigen.

Methoden

Die beschriebenen Forschungsfragen wurden im Rahmen einer retrospektiven Dokumentenanalyse der Unterlagen von Teilnehmer:innen beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen aus den Berufsförderungswerken Birkenfeld und Koblenz untersucht. Das Auswertungsprocedere erfolgte hierbei äquivalent zur qualitativen Inhaltsanalyse von Interviewdaten mit der Abgrenzung, dass die Informationen bereits vor dem Prozess der Datenerhebung generiert wurden und es sich um eine nicht-reaktive Methode handelt, die Zugänge zu vergangenen Prozessen ermöglicht (Schmidt, 2017).

In die Analyse wurden Dokumente von N = 102 Teilnehmer:innen beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen einbezogen – darunter n1 = 51 Personen, deren Verlauf in einem Abbruch mündete (Geschlecht: weiblich = 24, männlich = 27, Alter: M = 39.28, SD = 7.98, Min = 23, Max = 57) und n2 = 51 Personen mit erfolgreichem Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme (Geschlecht: weiblich = 23, männlich = 28, Alter: M = 37.78, SD = 6.93, Min = 24, Max = 57). Die Teilnehmenden stammten aus verschiedenen Ausbildungs-gängen (z.B. IT, Mediengestaltung, gewerblich-technische Ausbildungen, Wirtschaft und Verwaltung). Bezüglich der Wohnform während der Qualifizierungsmaßnahme setzt sich die Gesamtstichprobe aus 53 internen Teilnehmer:innen (Internat) und 49 externen Teilnehmer:innen (Pendler:innen) zusammen. Insgesamt wurde auf eine vergleichbare Zusammensetzung beider Teilstichproben unter Anwendung eines paarweisen Matching-Ansatzes geachtet. In die Dokumentenanalyse einbezogen wurden Assessmentberichte und damit in Verbindung stehende Unterlagen (z.B. Lebensläufe, Ergebnisse der Arbeitserprobungen, psychologische und medizinische Berichte, Testergebnisse), Berichte über etwaige Reha-Vorbereitungslehrgänge (RVL) sowie Zwischenberichte, Zielvereinbarungen, Prozessprofilings und Prüfungsergebnisse aus der Qualifizierungsmaßnahme.

Ergebnisse

Die induktive Codierung der Dokumente ergibt 6 übergeordnete Verlaufskategorien (Lebenslaufdaten vor Beginn der beruflichen Rehabilitation, RehaAssessment®, RVL, Qualifizierung, Rahmenbedingungen des Abbruchs, Verlauf nach der Rehabilitationsmaßnahme), , in denen sich neuralgische Punkte im Lebens- und Rehabilitationsverlauf sowie Erfolgsfaktoren auf den Verlauf der beruflichen Rehabilitation ableiten lassen. Die weiterführenden Auswertungen weisen darauf hin, dass die Verläufe von Abbrecher:innen und erfolgreicher Absolvent:innen beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen sich im Hinblick auf die Ausgangsbedingungen (bisherige berufliche Laufbahn, familiärer Hintergrund, kritische Lebensereignisse) unterscheiden. Darauf basierend zeigen sich auch Unterschiede im RehaAssessment® - insbesondere im Hinblick auf psychologische Einflussfaktoren auf das arbeitsbezogene Erleben und Verhalten der Teilnehmer:innen. Im Rahmen der Reha-Vorbereitung und dem Prozessprofiling erweisen sich insbesondere Gesundheits- und personale Kompetenzen als bedeutsam. Die inferenzstatistische Auswertung zeigt, dass die beschriebenen Unterschiede durch Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Bildungshintergrund und das Rehaleiden betreffende Faktoren (Art, Schwere, Mehrfachdiagnosen) moderiert werden.

Diskussion und Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse geben Hinweise auf verschiedene relevante Einflussfaktoren, die den erfolgreichen Verlauf einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme begünstigen können und zeigen Herausforderungen vulnerabler Zielgruppen, die infolge einer Aufschichtung ungünstiger Bedingungsfaktoren in einen Abbruch münden können. Für die Gestaltung beruflicher Rehabilitationsprozesse ergeben sich hieraus eine Reihe von Implikationen, welche die Ausgestaltung der verschiedenen Leistungsbereiche (RehaAssessment®, RVL, Qualifizierung, Nachbetreuung) betreffen. Die Ergebnisse sollen im weiteren Verlauf des Projekts gemeinsam mit den Verantwortlichen im Rahmen partizipativer Zukunftswerkstätten diskutiert und ausgestaltet werden. Dabei werden die Ergebnisse mit Auswertungen aus weiteren Teilstudien im Projekt zusammengeführt, die stärker das Erleben und Verhalten der Teilnehmer:innen in den Blick nehmen (u.a. der qualitativen Kohortenstudie des Projektteams an der Otto-von-Guericke Magdeburg).

Take-Home-Message

Verläufe beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen sind multifaktoriell bedingt. Die Ressourcen, um Herausforderungen im Verlauf zu begegnen, sind individuell unterschiedlich. Vulnerable Personengruppen benötigen an diesen Punkten gezielte Unterstützung.

Literatur

DRV Bund. (2023): Reha-Bericht 2023. Abgerufen am 8. November 2024, von https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2023.html

Kardorff v., E., Ohlbrecht, H., Bartel, S., Kasten, Y., Meschnig, A. (2013): Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation. Eine qualitative Studie zu individuellen und kontextbezogenen Ursachen. Berlin: Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin. Abgerufen am 8. November 2024 https://www.projekte.hu-berlin.de/de/kardorff/projektberichte/abbrueche-beruflicher-qualifizierungsmassnahmen-in-der-rehabilitation-gemeinsam-mit-frau-dr-heike-ohlbrecht

Schmidt, W. (2017): Dokumentenanalyse in der Organisationsforschung. In S. Liebig, W. Matiaske, S. Rosenbohm (Hrsg.), Handbuch Empirische Organisationsforschung (pp. 443–446). Springer Gabler.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Netzwerke und Kooperationen in der beruflichen Rehabilitation (NEKOBERE)

Dieter Röh

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Hintergrund und Zielstellung

Innerhalb des bestehenden Systems beruflicher Rehabilitation besteht ein Risiko für Unter- und Fehlversorgung und geringere Chancen auf eine erfolgreiche (Wieder-)Eingliederung für Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt als bei anderen Erkrankungen (Zapfel et al., 2020). Der Fokus des Forschungsprojektes lag auf den Netzwerken und Kooperationen der beteiligten Akteur*innen während der beruflichen Rehabilitation.

Methoden

Das Projekt hatte ein qualitativ-deskriptives Studiendesign mit explorativem Charakter. Es wurden problemzentrierte Interviews mit Rehabilitand*innen (R), Reha-Fachkräften (RFK) und Personalverantwortlichen/Anleitenden (PV/AL) in Betrieben zu zwei Zeitpunkten vor und nach der Praktikumsphase durchgeführt. Die PV/AL von Praktikumsbetrieben wurden einmalig interviewt. Zur Erfassung der Netzwerkstrukturen wurden egozentrierte Netzwerkkarten eingesetzt. Zudem wurde eine Fokusgruppe mit Reha-Fachkräften der kooperierenden leistungserbringenden Einrichtungen (LE) in Hamburg durchgeführt. Die erhobenen Daten wurden mithilfe von MAXQDA und der qualitativ-strukturierenden Inhaltsanalyse (QIA, Kuckart, Rädiker, 2022), die Netzwerkkarten mit der qualitativ-strukturalen Netzwerkanalyse (QSA, Herz et al., 2015) ausgewertet. Insgesamt wurden in Hamburg (HH) und Schleswig-Holstein (S-H) 74 Interviews mit 32 R, 35 RFK und 16 PV/AL durchgeführt.

Ergebnisse

Die Netzwerke in HH und S-H verdeutlichen die Bedeutung sozialer Beziehungen auf unterschiedliche Art und Weise und konnten analytisch in verschiedene Cluster zusammengefasst werden. Am wichtigsten waren den R ihre Kontakte zu (Ehe-)Partner*innen, Kindern, engsten Freund*innen und Haustieren. In S-H nahmen zusätzlich für einzelne R ambulant Betreuende eine zentrale Rolle ein. Die Bedeutung der sozialen Kontakte für die R ist abhängig von der Form der erlebten sozialen Unterstützung (Kupfer, Nestmann, 2015).

Am wichtigsten waren für die RFK neben den begleiteten R die internen Kontakte zu Kolleg*innen, Ausbilder*innen der Reha, Vorgesetzten und Supervisor*innen, extern zu Betrieben, die häufiger Praktika ermöglichten. In S-H spielten zudem Praktikant*innen sowie weitere Fachkräfte wie Psycholog*innen und Ergotherapeut*innen eine stärkere Rolle. Die Bedeutung der beruflichen Kontakte steht in engem Zusammenhang mit der Häufigkeit.

Am wichtigsten waren den PV/AL neben den betreuten R der Kontakt zu RFK, innerbetrieblich die AL der Praktikant*innen, die Leitungen sowie das eigene Team. Insgesamt sind die interviewten Personen der Zielgruppen mit ihrem sozialen und beruflichen Netzwerk zufrieden.

In der Fokusgruppe mit RFK in HH wurden die Ergebnisse der RFK-Netzwerkkarten-Analyse diskutiert und kommunikativ validiert. Die Teilnehmenden bestätigten weitestgehend die erhobenen Netzwerkstrukturen und Kooperationen der RFK in HH und entwickelten konkrete Ideen zur Verbesserung der Vernetzung der LE untereinander sowie der Öffentlichkeitsarbeit zur beruflichen Rehabilitation.

Diskussion und Fazit

Die Netzwerkkarten der an der beruflichen Rehabilitation beteiligten Akteur*innen geben einen guten Über- und Einblick in die gelebten sozialen Beziehungen. Die Netzwerkkarten-Analyse weist auf unterschiedliche Konnotationen hin, was für die berufliche Reha bzw. die (Re-)Integration in das Erwerbsleben jeweils als wichtig erachtet wird. Aus Perspektive der interviewten RFK und R ist die berufliche Rehabilitation in der Öffentlichkeit und bei den potenziellen Zuweisern zu wenig bekannt, um die Potenziale dieses wichtigen Angebots zur (Re-)Integration voll ausschöpfen zu können. Gesamtgesellschaftlich betrachtet wird der Abbau von Vorurteilen und die Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen als förderlich für den Erfolg der beruflichen Rehabilitation und die (Re-)Integration von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in den ersten Arbeitsmarkt gesehen. Insgesamt betrachtet ergeben sich aus der Netzwerkanalyse der R, RFK und PV/AL sowie aus den in den Interviews geäußerten Wünschen auf Stärkung des Netzwerkes und Unterstützungsbedarfen konkrete Hinweise auf Optimierungspotenziale der beruflichen Rehabilitation, welche in Handlungsempfehlungen für die Praxis einfließen

Take-Home-Message

Ein starkes Netzwerk und gute Kooperationen sind förderlich und unabdingbar für eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation – aber Netzwerkarbeit braucht Ressourcen!

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin, Dezernat Reha-Wissenschaften (Hrsg.) (2023): Reha-Bericht 2023, Berlin.

Herz, A. Peters, L., Truschkat, I. (2015): How to do qualitative strukturale Analyse? Die qualitative Interpretation von Netzwerkkarten und erzählgenerierenden Interviews. In: Forum Qualitative Sozialforschung 16 (1).

Kuckartz, U., Rädiker, S. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Grundlagentexte Methoden (5. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Kupfer, A., Nestmann F. (2015): "Soziale Unterstützung – Social Support: Eine zentrale Funktion sozialer Netzwerke". In: Gamper, Reschke Düring (Hg.): Knoten und Kanten III: Soziale Netzwerkanalyse in Geschichts- und Politikforschung. Bielefeld: transcript Verlag, 151-180.

Zapfel, S., Reims, N., Niehaus, M. (2020): Soziale Netzwerke und Behinderung – Zugang und Stabilisierung der Einbindung in den allgemeinen Arbeitsmarkt. In: Klärner, A., Gamper, M., Keim-Klärner, S., Moor, I., von der Lippe, H., Vonneilich, N. (Hrsg.): Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten. Eine neue Perspektive für die Forschung. Wiesbaden: Springer VS, 347-368.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Social welfare literacy: Deutungs- und Aushandlungsprozesse zur Optimierung des Lebensentwurfs von Teilnehmenden von LTA in Berufsförderungswerken – eine qualitative Längsschnittanalyse

Stefan Dreßke; Nathalie Glamann; Heike Ohlbrecht

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitationsverläufe in die Erwerbstätigkeit sind in der Regel sehr langwierig und komplex, insbesondere dann, wenn Rehabilitierende aufgrund von Behinderung oder chronischer Krankheit des psychischen und psychosomatischen Formenkreises ein neues Berufsfeld erschließen. Sie durchlaufen kaskadenförmig unterschiedliche Institutionen der Erbringung und Trägerschaft sozialstaatlicher Leistungen und treffen dabei auf Gatekeeper und street- level-bureaucrats bzw. Verfahrensarbeiterinnen, die beraten, behandeln, begutachten. etikettieren, ausbilden sowie Ressourcen zuweisen. Im Gesamtprozess werden dabei die komplexer werdenden Lebenswirklichkeiten und Problemsituationen der Rehabilitierenden in die jeweiligen institutionellen Erwartungen und Anforderungen übersetzt. Mit dem Konzept der Social welfare literacy sollen Kompetenzen der Rehabilitierenden analysiert werden, sich im System der beruflichen Rehabilitation zurechtzufinden und ihren Lebensentwurf zu optimieren.

Methoden

In einem qualitativen Längsschnittdesign wurden in zwei Berufsförderungswerken sukzessive insgesamt 93 Teilnehmende von LTA seit Oktober 2022 bis Oktober 2023 eingeschlossen, die Umschulungen absolvieren. In der Kohorte wurden biografische Erstinterviews am Beginn der Maßnahme durchgeführt, worauf viertel- bis halbjährlich weitere ad-hoc-Interviews (follow-ups) bis zum Ende der Maßnahme (nach zwei Jahren) erfolgten. Mit einem weiteren Sample bestehend aus 25 Teilnehmenden von LTA wurden retrospektive Interviews am Beginn der Maßnahme (n=14) und am Ende bzw. nach der Maßnahme (n=11) durchgeführt. Inhalt der Interviews sind berufliche Verläufe, familiäre Situationen, gesundheitlicher Zustand und die Karriere der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. In einem ersten Schritt wurden die Interviews einer qualitativen Globalanalyse mit dem Fokus auf dem Zusammenspiel von beruflichen und familiären Verläufen, Krankheitskarrieren sowie Versorgungsverläufen unterzogen. Im zweiten Schritt wird die Analyse mit Blick auf Handlungsstrategien im Sozialsystem und Wissenskompetenzen über die Rehabilitation sowie performative Kompetenzen der Deutung und Aushandlung der Problembearbeitung vertieft.

Ergebnisse

In den Deutungs- und Aushandlungsprozessen im System der beruflichen Rehabilitation benötigen Rehabilitierende vielfältige Kompetenzen, die mit dem Konzept der Social welfare literacy in Anlehnung an Stahl et al. (2021) diskutiert werden. Social welfare literacy bezieht sich auf die ökonomischen, sozialen und kulturellen Ressourcen von Rehabilitierenden sowie auf deren Fähigkeiten, sich im Rehabilitationssystem zurechtzufinden und ihre Bedürfnisse und Ansprüche (erfolgreich) zu artikulieren und durchzusetzen. Besonderes Augenmerk liegt

auf biografisch erworbenen Wissensbeständen und Erfahrungen mit Sozialbürokratien sowie auf performative Kompetenzen gegenüber den Verfahrensarbeiter*innen. Entsprechend der Ressourcen und der sozialmoralischen Orientierungen der Rehabilitierenden gelingt ihnen in unterschiedlicher Weise eine Optimierung ihres Lebensentwurfs mit Hilfe sozialstaatlicher Unterstützungen.

Diskussion und Fazit

Die Handlungsmächtigkeit der Rehabilitierenden hängt von ihren Kompetenzen ab, mit den sozialstaatlichen Akteur*innen zu interagieren. Mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben restrukturieren sich Lebensentwürfe und Lebensrealitäten der Rehabilitierenden.

Take-Home-Message

Mit dem Konzept der Social welfare literacy lassen sich Erfolgsfaktoren in der beruflichen Rehabilitation identifizieren.

Literatur

Bartel, S. (2018): Arbeit – Gesundheit – Biographie. Gesundheitsbedingte Neuorientierungsprozesse im Erwerbsleben. Bielefeld: transcript.

Dreßke, St., Ohlbrecht, H., Quehl, Ch. (2024): Biografische Passungsarbeit und institutionelle Handlungslogiken bei Verläufen der beruflichen Rehabilitation in Berufsförderungswerken.

Dreßke, St., Ohlbrecht, H., Quehl, Ch. (2024): Die Aushandlung von Versorgungsverläufen in der beruflichen Rehabilitation. Passungsverhältnisse von sozialstaatlichen Interventionen und Lebensentwürfen. In: Zeitschrift für Sozialreform, DOI: 10.1515/zsr-2024-0011

Kardorff v., E., Ohlbrecht, H., Bartel, S., Kasten, Y., Meschnig, A. (2013): Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation. Eine qualitative Studie zu individuellen und kontextbezogenen Ursachen. Berlin: Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin. https://www.projekte.hu-berlin.de/de/kardorff/projektberichte/abbrueche-beruflicher-qualifizierungsmassnahmen-in-der-rehabilitation-gemeinsam-mit-frau-dr-heike-ohlbrecht

Publikationstyp. In: Sozialer Fortschritt (73) 653-669, DOI Nr.: 10.3790/sfo.2024.1445007

Schaeffer, D., Pelikan, J.M. (Hrsg.) (2017): Health literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe.

Stahl et. al. (2021): Social insurance literacy. In: Disability and Rehabilitation (43) 1776-1785.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Welche Leistung für wen? Auswertungen zu Merkmalen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beruflicher Bildungsleistungen und den erbrachten Leistungen

Stefanie Märtin; Robert Kittel

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die Deutsche Rentenversicherung Bund verantwortet die externe Reha-Qualitätssicherung für alle Rentenversicherungsträger. Auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) stehen berufliche Bildungsleistungen im Fokus. Untersucht wird unter anderem, welche Merkmale die Versicherten aufweisen, die entsprechende Leistungen im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung absolvieren, welche Leistungen erbracht und wie diese abgeschlossen wurden. Die Analyseergebnisse werden den Leistungserbringern in Form einrichtungsvergleichender QS-Berichte zur Verfügung gestellt (vgl. DRV Bund, 2018).

Nachfolgend werden die neuesten Auswertungen (QS-Bericht 2024) vorgestellt.

Methoden

Die Struktur der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beruflicher Bildungsleistungen wird jährlich analysiert. Datengrundlage sind Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung, die auf den Anträgen auf berufliche Bildungsleistungen sowie auf den Bescheiden basieren.

Die neuesten Auswertungen beziehen sich auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die im Jahr 2022 beendet wurden. Eingeschlossen wurden dabei Leistungen zur Reha-Vorbereitung, Leistungen zur beruflichen Bildung, Leistungen zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) sowie Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich. Für die untersuchten Einrichtungen mussten Daten für mindestens 12 Leistungen pro Jahr vorliegen (Quorum).

Es gingen 19.725 abgeschlossene Leistungen aus 245 Einrichtungen in die Auswertung ein.

Ergebnisse

Der größte Anteil der Leistungen (48,6%) wurde in Berufsförderungswerken (BFW, n=28) erbracht. In anderen Bildungseinrichtungen nach § 51 SGB IX (sonstige BE, n=151) fanden 37,0% der Leistungen statt. In Beruflichen Trainingszentren (BTZ, n=24) und Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM, n=42) waren es jeweils 7,2 %.

Tabelle 1 zeigt ausgewählte Merkmale der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach der Einrichtungsart. Dabei fällt u. a. auf, dass das Durchschnittsalter der Teilnehmenden in BFW mit 44,4 Jahren am niedrigsten ist, in sonstigen BE mit 48,1 Jahren am höchsten. Die meisten Frauen finden sich mit 52% in BTZ. In BFW und in WfbM sind die Frauenanteile mit 37% deutlich geringer. Der Anteil der Teilnehmenden, die unter Psychischen und Verhaltensstörungen leiden, ist erwartungsgemäß in BTZ (60%) und WfbM (59%) weitaus höher als in BFW und sonstigen BE. In WfbM waren wiederum nur ca. die Hälfte der Teilnehmenden vor der Leistung in Arbeit. Die spezifischen Merkmalsausprägungen verdeutlichen, dass die Klientel der betrachteten Einrichtungsarten sehr verschieden ist.

Tabelle 2 richtet den Blick auf die erbachten Maßnahmearten. Im größten Umfang wurden danach im Jahr 2022 Qualifizierungen und Integrationsmaßnahmen abgeschlossen, die je einen Anteil von ca. einem Drittel am Leistungsgeschehen hatten. Es zeigen sich dabei nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die Dauer der Leistungen unterscheidet sich erwartungsgemäß stark zwischen den Maßnahmearten: Am schnellsten werden Reha-Vorbereitungen mit durchschnittlich 94,4 Tagen Dauer abgeschlossen, am längsten dauern Qualifizierungen mit einem Mittelwert von 519,2 Tagen Dauer (entspricht rd. 17 Monaten; ohne Abbildung).

Die Mehrheit der Leistungen wurde mit Erfolg abgeschlossen (75 %). Wurde dies nicht erreicht, ist dies am häufigsten auf einen Abbruch seitens der Teilnehmenden zurückzuführen (14 %).

Diskussion und Fazit

Die Auswertungen geben einen interessanten Einblick in die Struktur der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beruflicher Bildungsleistungen. Es zeigen sich u. a. deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Einrichtungsarten. Diese sind plausibel, weil sich die betrachteten Einrichtungen jeweils auf spezielle Zielgruppen konzentrieren.

Mit Blick auf die erbrachten Leistungen zeigte sich ein verschiedenes Gewicht der Leistungsarten ebenso, wie bspw. eine erwartungsgemäß sehr heterogene Leistungsdauer. Positiv fällt auf, dass der Großteil der Leistungen mit Erfolg abgeschlossen wird.

Take-Home-Message

Die externe Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung nimmt auch die berufliche Rehabilitation in den Blick. Im Fokus stehen dabei berufliche Bildungsleistungen.

An der Struktur der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beruflicher Bildungsleistungen lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten erkennen. Der Großteil der erbrachten Leistungen wird mit Erfolg abgeschlossen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), 2018: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung.

Wiedereingliederung durch berufliche Rehabilitation

Angela Rauch; Nancy Reims

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)

Hintergrund und Zielstellung

Die Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderungen hat sich verbessert, aber es zeigt sich immer noch eine deutliche Ungleichverteilung: sie sind häufiger und länger arbeitslos und seltener erwerbstätig. Aufgrund der demografischen Entwicklung und angesichts des immer stärker hervortretenden Fachkräftemangels wird der Arbeitsmarkt aber mehr denn je auf Menschen mit Behinderungen angewiesen sein (Zapfel et al., 2024).

Methoden

Wir betrachten die Zugänge in Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) von berufserfahrenen Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, Strukturveränderungen der Förderpopulation, Maßnahmezuweisungen und Arbeitsmarktübergänge zwischen 2015 und 2022. Für die deskriptiven Analysen nutzen wir das LTA-Rehaprozessdatenpanel des IAB. Es umfasst administrative Daten aus den Geschäftsprozessen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und den Meldungen zur Sozialversicherung (Reims et al., 2018).

Ergebnisse

Immer weniger berufserfahrene Personen beginnen in den letzten Jahren bei der BA eine berufliche Rehabilitation im Rahmen der Wiedereingliederung. Im Jahr 2023 nahmen etwa 19.500 Personen eine berufliche Rehabilitation auf, im Jahr 2015 waren dies noch etwa 26.600 Personen. Dabei hat die Pandemie ihre Spuren hinterlassen, aber auch Zuweisungen aus dem SGB-III Bereich und vor allem aus dem SGB-II Bereich haben sich verringert. Gestiegen hingegen sind die Eintritte direkt aus einer Erwerbstätigkeit heraus.

Menschen mit Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates stellen mit steigender Tendenz die größte Gruppe (55 Prozent im Jahr 2022). Die Zahl der Menschen mit psychischen Behinderungen bleibt mit einem Anteil von 30 Prozent relativ gleich. Aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten ist die BA für eine relativ junge Gruppe von LTA Kostenträgerin im Rahmen der Wiedereingliederung, im Schnitt sind diese 31 Jahre alt. Frauen waren in den LTA schon immer unterrepräsentiert, diese Entwicklung hat sich verstärkt. Ihr Anteil sank von 42 auf 35 Prozent. Der Anteil an Menschen mit Schwerbehinderung/Gleichstellung unter den Geförderten bleibt hingegen konstant bei 17 Prozent.

Es steht ein breites Spektrum an LTA zur Verfügung. Ein deutlicher Anstieg lässt sich bei der Vergabe kurzfristiger Zuschüsse (z.B. technische Hilfen am Arbeitsplatz) beobachten. Lag ihr Anteil im Jahr 2015 noch bei 15 Prozent, ist er im Jahr 2022 schon bei 28 Prozent. Weiterbildungen machen relativ konstant über die Jahre hinweg etwa ein Drittel der Maßnahmen aus, ebenfalls konstant ist der Anteil der Personen, die in das Eingangsverfahren/den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) gehen (10 Prozent).

Bei den Maßnahmenteilnahmen zeigen sich behinderungs- und geschlechtsspezifische Unterschiede: Frauen erhalten eher Weiterbildungen, Männer eher kurzfristige Zuschüsse; Personen mit Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates erhalten deutlich häufiger kurzfristige Zuschüsse (49 Prozent) als Weiterbildungen (23 Prozent) Personen mit psychischen Behinderungen hingegen erhalten zu knapp der Hälfte eine Weiterbildung, etwa jede(r) Vierte geht in die WfbM über.

Die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten steigt auf 66 Prozent an für diejenigen, die die Reha 2021 beendet haben, mit deutlichen Unterschieden nach Art der Behinderung: nur vier von zehn psychisch Erkrankten aber acht von zehn Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates sind beschäftigt. Und auch zwei Jahre nach Ende der LTA sind noch 58 Prozent beschäftigt.

Diskussion und Fazit

Es zeigt sich ein deutlicher Rückgang bei den LTA im Rahmen der Wiedereingliederung mit gleichzeitigen Strukturveränderungen beim Zugangsgeschehen: Die Zugänge aus dem Leistungsbezug werden weniger, und immer weniger Frauen werden gefördert; dafür beantragen mehr Menschen mit Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates LTA, die insgesamt häufiger aus einer Beschäftigung kommen. Diese „neue“ Zusammensetzung von LTA-Geförderten und die positive Arbeitsmarktentwicklung schlagen sich in einer steigenden Beschäftigtenquote nach LTA nieder. Vor allem psychisch Erkrankte haben größere Schwierigkeiten bei der (Re-)Integration.

Take-Home-Message

Die Gefördertenstruktur und die aktuelle Arbeitsmarktentwicklung wirkt sich positiv auf eine nachhaltige Integration der AbsolventInnen von LTA aus, die größten Arbeitsmarktchancen haben dabei Personen mit einer körperlichen Behinderung.

Literatur

Reims, N., Tophoven, S., Tisch, A., Jentzsch, R., Nivorozhkin, A., Köhler, M., Rauch, A., Thomsen, U. (2018): Aufbau und Analyse des LTA-Rehaprozessdatenpanels. Eine Prozessdatenbasis zur Untersuchung beruflicher Rehabilitation in Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit. (BMAS. Forschungsbericht, 503), Berlin, 127 S.

Zapfel, S., Hiesinger, K., Reims, N. (2024): Die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen als Potenzial für den Fachkräftemangel für kleine und mittlere Unternehmen. In: B. Badura, A. Ducki, J. Baumgardt, M. Meyer, H. Schröder (Hrsg.) (2024): Fehlzeiten-Report 2024: Bindung und Gesundheit - Fachkräfte gewinnen und halten. DOI:10.1007/978-3-662-69620-0_2

Zugänge psychisch Kranker in das BTZ und ihre Wege in Qualifizierung und Arbeit (WePsyBTAM)

Niklas Tibbe; Ernst von Kardorff; Alexander Meschnig

Berliner Werkstatt für Sozialforschung (UG)

Hintergrund und Zielstellung

In unserer Studie haben wir Zugangswege, Zuweisungsprozesse und die Zugangsteuerung zu niedrigschwelligen und modular angelegten Angeboten der beruflichen Rehabilitation schwer psychisch beeinträchtigter Menschen (Gühne, Riedel-Heller, 2015) analysiert, wie sie von den Beruflichen Trainingszentren (BTZ) angeboten werden.

Darüber hinaus wurden die biografischen Verlaufsprozesse von Teilnehmer/innen an Angeboten des BTZ nachgezeichnet. Hierzu wurde mit Hilfe einer Fragebogenerhebung, Teilnehmerinterviews sowie Expertengesprächen und Hospitationen in BTZ die Sichtweisen aller beteiligten Akteur/innen miteinander ins Spiel gebracht, um kritische Konstellationen im Verlauf und den Übergängen zu identifizieren.

Methoden

Die Mixed-Method-Verlaufsstudie hatte einen qualitativen Schwerpunkt: Neben einer Fragebogenerhebung zu zwei Zeitpunkten im Abstand von ca. 12 Monaten wurden episodisch-narrative Interviews zu Beginn der Maßnahme und ca. 18 Monaten später geführt. Zusätzlich wurden drei Fokusgruppen, 20 Expertengespräche (u. a. mit Reha-Teams der AfA/Jobcenter, der Reha-Fachberatung der Rentenversicherung [Bund und regional], Fachkräften aus den BTZ) und 13 ein- bis zweitägige Hospitationen in ausgewählten BTZ an Stelle der vorgesehenen Go-Alongs durchgeführt.

In der ersten Erhebungswelle wurden an 56 BTZ-Standorten im Bundesgebiet 4.137 Fragebögen versandt; der Rücklauf betrug n0=735 (17,76 %). An der zweiten Erhebungswelle nach ca. 12 Monaten nahmen noch n1 = 206 Personen teil, für die der Maßnahmeverlauf bis zu diesem Zeitpunkt ausgewertet wurde.

Aus den Fragebogen-Rückläufern erfolgte die Akquise der Interviewpartner. Von den insgesamt 49 Interviews wurden 32 Personen zur ersten und 17 von ihnen zusätzlich zur zweiten Erhebungswelle befragt Die Auswahl der Interviews erfolgte anhand ausgewählter Kriterien der Fragebogenergebnisse (gezielte Fallauswahl), solange bis keine neuen Erkenntnisse in den Interviews mehr gewonnen werden konnten (theoretische Sättigung).

Ergebnisse

Im Gruppenvergleich der Fragebogenerhebung (n = 206) zeigten sich im Längsschnitt deutliche Verbesserungen im selbstberichteten Gesundheitszustand, der selbstberichteten körperlichen und psychischen Arbeitsfähigkeit und eine signifikante Abnahme der beschriebenen Belastungen bei 12 von 15 abgefragten Symptomen wie z. B. Versagensängste, Depression, Antriebslosigkeit (Bsp. siehe Tab. 1). Diese Ergebnisse bestätigten die Befragten in den Interviews anhand konkreter Situationen, wie Bewerbungsgesprächen, Konflikten und Leistungsanforderungen.

Tab. 1: Veränderung der selbstberichteten psychischen Belastungen im Längsschnitt; Auswahl; n_1=206

	verbessert	verschlechtert
Versagensängste	24,3%	9,7%
Antriebslosigkeit	35,9%	10,7%
Depressionen	36,9%	1,9%

Von den Maßnahmeteilnehmer/innen werden insbesondere der geschützte Erfahrungsaustausch in der Gruppe sowie die stark personalisierte und auf die individuelle Situation zugeschnittene Begleitung in einem sicheren sozialen Rahmen („Innenwelt“ vs. „Außenwelt“) als hilfreich hervorgehoben. Für die Mehrzahl der schwer psychisch beeinträchtigten Befragten wäre eine direkte Platzierung auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt aus unterschiedlichen Gründen zu früh gekommen: so geben 29,9% an, keine abgeschlossene Berufsausbildung zu haben, was zunächst längerfristige Qualifizierungen, bei einigen sogar Berufsvorbereitende Maßnahmen erforderlich macht. Zudem beschreiben die befragten Expert/innen eine angestiegene Vulnerabilität der Teilnehmer/innen, wobei z.

T. auch stärkere Verhaltensprobleme oder Defizite bei Selbstversorgung, Hygiene und Umgangsformen den Reha-Prozess erschweren würden. Unrealistische Zukunftserwartungen und fehlende Krankheitsakzeptanz stehen aus Expertensicht v. a. bei Akademiker/innen im Vordergrund, bei älteren Rehabilitand/innen müsse vor allem die Art des Wiedereinstiegs besonders abgewogen werden.

Aufgrund der teilweise großen Unterschiede in Organisation, Verfahren, Entscheidungsgrundlagen und Zuweisungskriterien bei den Reha-Teams und - Fachberater/innen der regionalen RV-Träger und der DRV-Bund sowie der Arbeitsagentur bzw. den Jobcentern, die eine Schlüsselstellung bei der Zuweisungssteuerung einnehmen, erweist sich die Gestaltung von Übergängen als ein Kernproblem; sie sind u. a. von langen Wartezeiten, unzureichenden Informationen bis hin zur finanziellen Überbrückung bei Transitionen von und in Maßnahmen gekennzeichnet. Hierzu wurden unter dem Aspekt des Fallmanagements Fallvignetten entwickelt.

Diskussion und Fazit

Fundierte Aussagen über einen nachhaltigen Return-to-Work sind aufgrund der kurzen Projektlaufzeit nur begrenzt möglich. Auch befand sich etwa die Hälfte der Proband/innen zum zweiten Erhebungszeitpunkt aufgrund der gestaffelten Verteilung der Fragebögen noch im BTZ.

Eine Verzerrung der Ergebnisse ergibt sich auch über einen statistisch signifikanten Bias in Bezug auf den Bildungsstand beim Fragebogenrücklauf. Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen sind insbesondere zum zweiten Zeitpunkt unterrepräsentiert. Es ist auch zu vermuten, dass vor allem diejenigen Personen zu beiden Befragungszeitpunkten teilnahmen, die insgesamt mit dem Maßnahmenverlauf eher zufrieden waren.

Take-Home-Message

1. Begleitung und Maßnahmengestaltung im BTZ tragen der Heterogenität und den unterschiedlichen psychischen und zeitlichen Bedarfen der Teilnehmenden größtenteils Rechnung und werden überwiegend positiv eingeschätzt.
2. Übergangsprozesse ins BTZ und aus den BTZ in Arbeit oder weitere Maßnahmen weisen eine Vielzahl bislang unzureichend gelöster Schnittstellenprobleme auf.
3. Eine direkte Platzierung auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt dürfte für die Mehrzahl der Rehabilitand/innen aufgrund der starken Beeinträchtigungen, fehlender Orientierung zu Beginn der Maßnahme, nicht abgeschlossener Krankheitsverarbeitung sowie aufgrund fehlender Grundqualifikationen und psychischer Anpassungsprobleme nicht in Frage kommen.

Literatur

Gühne, U., Riedel-Heller, S.G. (2015): Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Anforderungen an ein erwerbsbezogenes Behandlungsangebot in der AHB der Orthopädie (MBOR-AHB-Studie) – Erwartungen der Rehabilitanden und Sicht der Ärzte

Wolfgang Bürger[1]; Udo Kaiser[2]; Rüdiger Nübling[2]; Jacqueline Bahr[3]; Helmut Tüchert[3], Ewald Höschele[4]; Andreas Reinhardt[5]

[1] fbg forschung und beratung im gesundheitswesen,
[2] Gesellschaft für Qualität im Gesundheitsweisen (GfQG),
[3] Rehaklinik Bad Boll, [4] SRH Gesundheitszentrum Dobel, [5] Salinenklinik Bad Rappenau

Hintergrund und Zielstellung

Für Heilverfahren ist die inkrementelle Wirksamkeit der MBOR in der Orthopädie, auch in der Routine-versorgung, gut belegt.

Die MBOR-AHB-Studie untersucht die Frage, welche Zielgruppen mit welchem MBOR- Angebot und welchen Ergebnissen auch in der AHB (MBOR-AHB) behandelt werden können.

Bislang fehlen Daten, die Hinweise geben, ob es besondere Anforderungen an Therapieangebote in einer MBOR-AHB in der Orthopädie gibt, die sich aus der besonderen Situation der AHB-Rehabilitanden kurz nach einer OP ergeben.

Methoden

Im Rahmen einer multizentrischen, quasi-experimentellen, kontrollierten Interventionsstudie (Längs-schnitt, 3 Messzeitpunkte mit multiperspektivischer Berücksichtigung der Datenquellen Rehabilitanden, Reha-Ärzte, Reha-Team und KTL-Leistungsdaten) wird in drei Modelleinrichtungen überprüft, welche Anforderungen sich an eine MBOR in der AHB ergeben und ob ein solches Angebot die Reha-Ergebnisse verbessert. Die berichteten Ergebnisse basieren auf der abgeschlossenen Erhebung des Eingangsstatus von Rehabilitanden bei Beginn der AHB aus der Perspektive der Rehabilitanden und der aufnehmenden Ärzte in der Phase I der Studie vor Etablierung eines MBOR-Angebotes.

Ergebnisse

In den drei Modellkliniken konnten 1208 Rehabilitanden für die Studienteilnahme gewonnen werden, dabei liegen für N = 1150 (95 %) auch Einschätzungen der Ärzte zu Beginn der AHB vor.

Im Vergleich mit Rehabilitanden in orthopädischen Heilverfahren (STW-Studie, vgl. Bürger, Streibelt, 2015; 2018), zeigen sich in der AHB-Stichprobe substantielle Anteile von Rehabilitanden mit Frühberen-tungsüberlegungen (82 % vs. 85 %) und mit BBPL (21 %) (SIBAR, vgl. Bürger, Deck; 2009).

Laut SIBAR und den Arzturteilen sind bei den Hüft- (40 % bzw. 13 %) und Kniegelenkserkrankungen (34 % bzw. 16 %) deutlich seltener MBOR-Angebote indiziert im Vergleich mit Schultergelenkserkrankungen (50 % bzw. 48 %), bei den Rückenerkrankungen (71 % bzw. 37 %) zeigen sich deutliche Diskrepanzen zwi-schen SIBAR und Arzteinschätzungen.

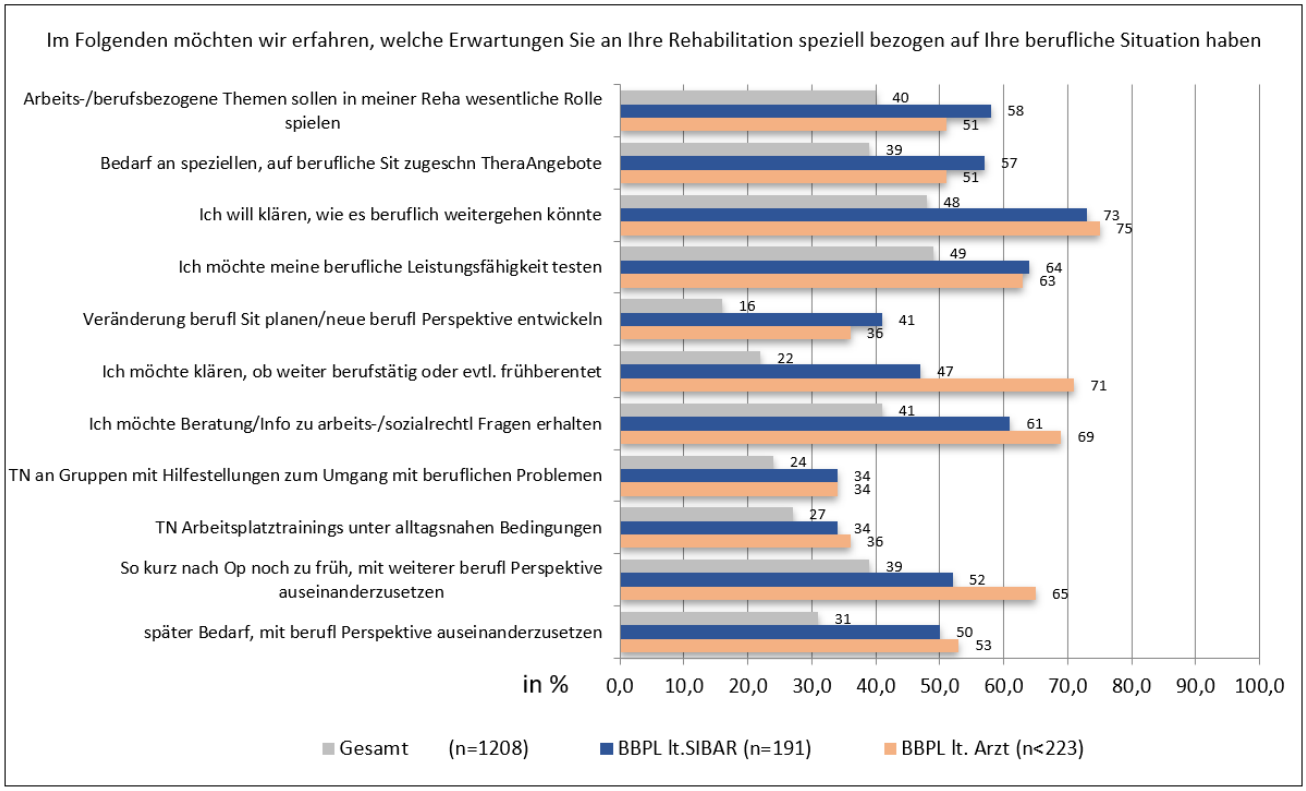


Abb. 1: Erwartungen an berufsbezogene Ausrichtung der Reha aus Sicht der Rehabilitanden; Vergleich BBPL-Pat mit anderen, Anteile Zustimmung (in%), MBOR-AHB-Studie, *n*< = 1208

Im Vordergrund der Beeinträchtigungen, die es bei der Rehabilitationsgestaltung zu beachten gilt, stehen Rehabilitandenangaben zufolge Kraft- (40 %) und vor allem Bewegungs-einschränkungen (63 %), seltener Wundschmerzen (23 %) oder schmerzbedingte Konzentrationsbeeinträchtigungen (13 %).

Ärzte sehen bei Rehabilitanden mit MBOR-Indikation die Verordnung von MBOR-Angeboten ohne und mit körperlichen Anforderungen in knapp drei Viertel der Fälle indiziert. Dabei werden Wundheilungsstörungen, Schmerzmittelkonsum oder mangelnde Bereitschaft der Rehabilitanden selten als Ausschlußgründe angegeben (< 2 %), selten auch Schmerzen (10 %), fehlende Fähigkeiten so früh nach OP (13 %), oder Kontraindikationen für bestimmte Bewegungsanforderungen (7 %).

Von den Rehabilitanden erwarten auch in der AHB substantielle Anteile einen deutlichen Erwerbsbezug der AHB (40 %), speziell auf die berufl. Situation zugeschnittene Angebote (39 %) und Hilfe bei der Klärung, wie es beruflich weiter gehen könnte (48 %). Diese Erwartungen sind bei Rehabilitanden mit BBPL (SIBAR) und Arztindikation für eine MBOR deutlich stärker ausgeprägt (siehe Abb. 1), unterscheiden sich bei Vorliegen einer MBOR- Indikation nicht zusätzlich zwischen den Erkrankungsgruppen.

Etwa zwei Drittel aller AHB-Rehabilitanden wünschen sich speziell berufsbezogen ausgerichtete Einzelgespräche bei Psychologen o. Sozialarbeitern, Vorträge zu erwerbsbezogenen Themen, und Gruppenangebote mit und ohne körperliche Belastungsanforderungen.

Von den Ärzten wird der Wunsch ihrer RehabilitandInnen nach berufsbezogen ausgerichteten Behandlungsangeboten (2 % vs. 39 %) deutlich unterschätzt.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse sprechen auch bei AHB RehabilitandInnen, insbesondere solchen mit Schulter- und Rückenbeschwerden, für einen deutlichen subjektiven und objektiven Bedarf an MBOR-Angeboten, deren Gestaltung aus Sicht der RehabilitandInnen und behandelnden Reha-Ärzte den hier gezeigten Ergeb-nissen zufolge kaum einen besonderen Anpassungsbedarf gegenüber der MBOR in den allgemeinen Heilverfahren nahelegen. Vergleichbares haben auch begleitende Konzeptdiskussionen mit Vertretern der Modellkliniken und Experten nahegelegt.

Nur bei einem kleineren Prozentsatz der Rehabilitanden sind Einschränkungen bei der Indikationsstellung von Angeboten mit körperlichen Anforderungen zu beachten, die dann im Sinne einer Verschiebung zugunsten von Beratungsbedarf und psychosozialen Angeboten mit der Zielrichtung der Klärung der Erwerbsperspektive und Vorbereitung des Wiedereinstiegs ins Berufsleben orientiert sind.

Take-Home-Message

Auch für AHB-Verfahren in der Orthopädie gibt es deutliche Hinweise auf einen Bedarf an MBOR-Angeboten, die Befragungen von Rehabilitanden und Rehabilitationsärzten zufolge mit kleinen Anpassungen an die besonderen Bedarfe dieser speziellen Zielgruppe umgesetzt werden können.

Literatur

Bürger, W., Deck, R. (2009): SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. Die Re-habilitation, 48, 211-221.

Bürger, W., Streibelt, M. (2015): Wonach richtet sich die Inanspruchnahme von Stufenweiser Wiederein-gliederung zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung ? Erste Ergebnisse der STW-Kohortenstudie. Die Rehabilitation, 54, 10-15.

Bürger, W., Streibelt, M. (2018): Wer profitiert von Stufenweisen Wiedereingliederungen zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung. Ergebnisse einer Kohortenstudie. Die Rehabilitation, 57: 163-171.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Bedeutsame Aspekte für die berufliche Zukunft kardiologischer Patient*innen in der Anschlussrehabilitation

Machteld Luizink-Dogan[1]; Annett Salzwedel[1], Heinz Völler[1,2]

[1] Universität Potsdam, [2] Klinik am See Reha-Fachklinik

Hintergrund und Zielstellung

Eine ungünstige subjektive Erwerbsprognose (SE) ist ein wichtiger Indikator für eine geringere Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Rückkehr in das Berufsleben nach der Anschlussrehabilitation (AR) (Deutsche Rentenversicherung, 2019). Bislang fehlen allerdings Studien, die hinreichende Interventionsmöglichkeiten für Patient*innen mit einer ungünstigen SE in der kardiologischen Rehabilitation untersuchen. Die BESSER-V Studie untersucht daher die bedeutsamen Aspekte für die SE von Patient*innen in der kardiologischen AR und wie diese Aspekte in Themenfeldern zusammengefasst werden können. Darüber hinaus wird geprüft, inwieweit diese Themenfelder auch relevant sind für die SE onkologischer und orthopädischer Patient*innen.

Methoden

Für diese qualitative Vergleichsstudie wurde basierend auf einer Literaturrecherche in der kardiologischen AR ein konzeptionelles Modell zur Abbildung, der als wichtig wahrgenommenen Aspekte einer SE von Patient*innen, erstellt. Dies diente als Grundlage für den Interviewleitfaden der Einzelinterviews (Sep 2023-Jun 2024), die mit Patient*innen in der kardiologischen, onkologischen sowie orthopädischen AR durchgeführt wurden. Sechs Monate nach der Klinikentlassung wurden dieselben Patient*innen nochmals (telefonisch) interviewt (ab März 2023). Die Stichprobenauswahl erfolgte mittels der „Maximum-Variation-Sampling-Methode“ durch vordefinierte Einschluss- (AR, Alter 18-60 Jahre, ungünstige SE) und Ausschlusskriterien (Arbeitslosigkeit > 3 Monate, vorgezogene Altersrente). Die Durchführung der Interviews mit Patient*innen erfolgte so lange, bis keine neuen Erkenntnisse zu den bisherigen Informationen hinzukamen. Zunächst wurden die Interviews softwaregestützt transkribiert und kodiert. Die Auswertung erfolgte anhand der „Flexible-Pattern-Matching-Methode“, wobei die Literatur mit den empirischen Ergebnissen mit einem besonderen Fokus auf den Vergleich zwischen den relevanten Aspekten für kardiologischen Patient*innen gegenüber orthopädischen/onkologischen Patient*innen (Bouncken et al., 2021) verglichen wurde.

Ergebnisse

Die Ergebnisse umfassen insgesamt 51 Interviews (63% weiblich) von 20 kardiologischen, 15 onkologischen und 16 orthopädischen Patient*innen mit einem Medianalter von 55 Jahren (33-60). Indikationsübergreifend zeigte sich, dass die meisten Patient*innen nach der AR wieder arbeiten wollten. Die meisten Patient*innen waren jedoch unsicher, wann und in welcher Form sie an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können. Es wurde deutlich, dass sieben verschiedene Themenfelder relevant sind, wenn Patient*innen über ihre Erwerbsprognose reflektieren.

So war die „Wahrnehmung der Gesundheit“ bezüglich der SE vor allem bei kardiologischen Patient*innen wichtig, die eine erkrankungsbezogene mentale Belastung (z.B. Herzangst)

erfahren. Indikationsübergreifend war beim Thema „Wahrnehmung des Umfelds“, sowohl das persönliche Umfeld, das Arbeitsumfeld als auch die Gesellschaft, als Unterstützung oder Hindernis für die Erwerbsprognose besonders wichtig. Zunächst war die Umsetzbarkeit der Lebensstil- und Arbeitsplatzänderungen im Bereich „Gesundheitsverhalten und Lebensstil“ für die Patient*innen bedeutsam. Insbesondere kardiologische Patient*innen wollten primär- als auch sekundärpräventiv ihr Gesundheitsverhalten ändern, um ihren Einstieg in den Alltag und den Beruf zu fördern. Aber auch die problematischen Arbeitsbedingungen in der „Wahrnehmung der bisherigen Tätigkeit“ prägten vor allem bei kardiologischen Patient*innen mit einer schweren körperlichen Belastung die Gedanken über die SE. Außerdem waren überwiegend onkologische Patient*innen unsicher bzgl. des weiteren Verlaufs ihrer Krankheit. Generell gab es unter den Patient*innen eine „Verunsicherung über die Zukunft“, bei der Patient*innen hauptsächlich an ihrem zukünftigen Gesundheitszustand zweifelten. Weiterhin waren auch die „Motive der Erwerbsabsicht“ ein wichtiges Thema. Zum Beispiel spielt die finanzielle Sicherheit und der Erhalt der sozialen Identität für die Rückkehr der Patient*innen in die Arbeitstätigkeit eine entscheidende Rolle. Im Themenfeld „Wiedereingliederungsmöglichkeiten“ wogen Patient*innen die Chancen und Barrieren ihrer beruflichen Wiedereingliederung ab und eruierten die Möglichkeit der Arbeitsplatzanpassungen. Hierbei hatten insbesondere orthopädische Patient*innen im Vergleich zu onkologischen und kardiologischen Patient*innen öfter konkrete Vorstellungen zu ihrer beruflichen Wiedereingliederung (Abb. 1).

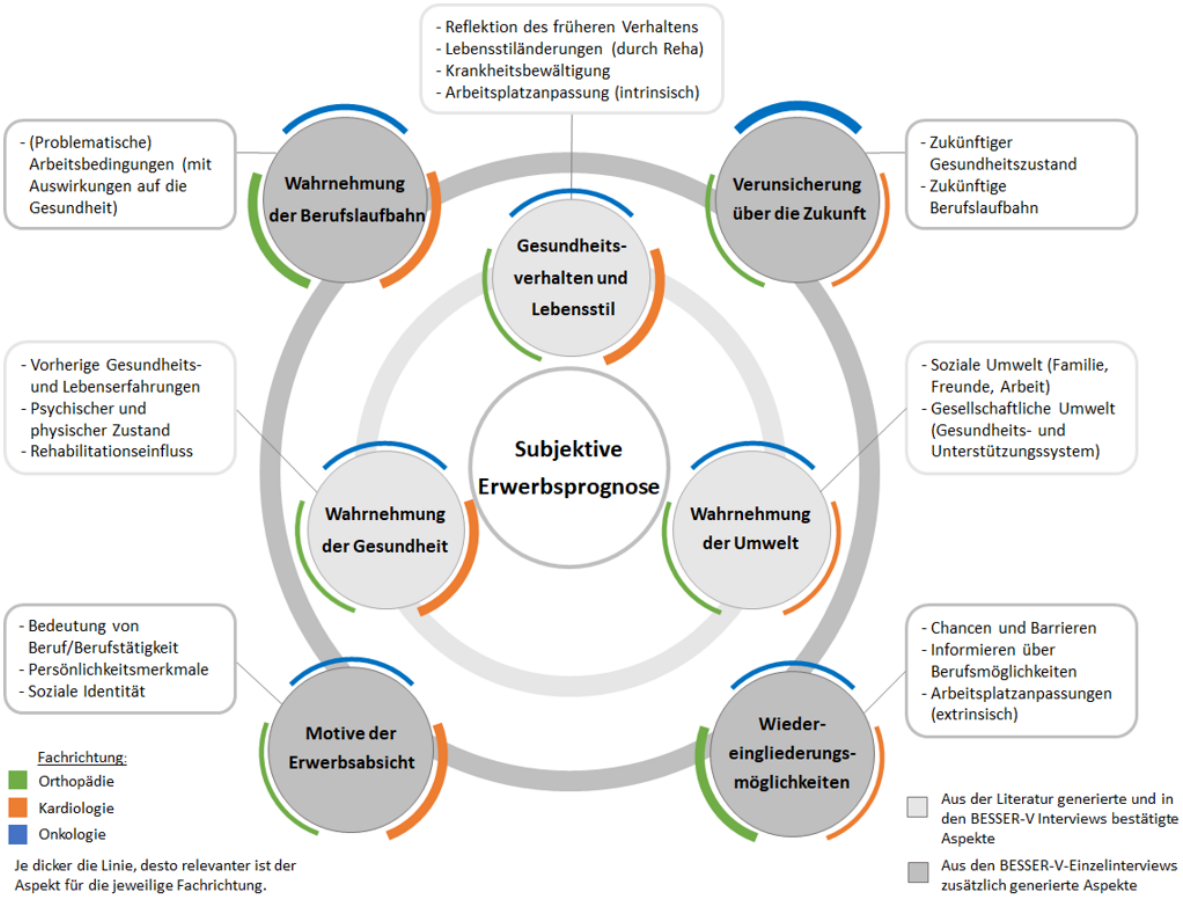


Abb. 1: Übersicht der relevanten Themenfelder (inkl. indikationsspezifischer Aspekte) für kardiologische, onkologische und orthopädische Patient*innen mit einer ungünstigen Erwerbsprognose in der AR.

Diskussion und Fazit

Kardiologie- aber auch Onkologie- und Orthopädiepatient*innen sind grundsätzlich motiviert, nach einer AR an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Bei der Betrachtung der SE scheinen verschiedene Themenfelder von Bedeutung zu sein, die für kardiologische als auch orthopädische und onkologische Patient*innen gleich relevant sind. Die Aspekte der Themenfelder sind allerdings indikationsspezifisch und sind mehr oder weniger bedeutsam nach Indikationsbereich. Daher erscheint es sinnvoll, diese Themenfelder mit den Patient*innen im Rahmen der AR zu vertiefen und einen Schwerpunkt für die krankheitsspezifischen und bedeutsamen Aspekte in den jeweiligen Indikationsgruppen zu setzen.

Take-Home-Message

Die SE von Patient*innen ist ein multifaktorielles Konstrukt, dessen verschiedene Themenfelder indikationsübergreifend gleichermaßen bedeutsam sind, jedoch die Aspekte der Themenfelder je nach Indikation unterschiedlich gewichtet sind.

Literatur

Bouncken, R. B., Qiu, Y., Sinkovics, N., Kürsten, W. (2021): Qualitative research: extending the range with flexible pattern matching. Review of Managerial Science, 15(2). 251-273.

Deutsche Rentenversicherung. (2019): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/MBOR_AP_2019.html, Abruf: 30.10.2023.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Kosten und Nutzen der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation bei Muskel-Skelett-Erkrankungen

Rüdiger Nübling[1]; Udo Kaiser[1]; Jürgen Schmidt[1]; Wolfgang Bürger[2]; Marco Streibelt[3]

[1] Gesellschaft für Qualität im Gesundheitsweisen (GfQG),
[2] fbg forschung und beratung im gesundheitswesen, [3] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) dient dem Ziel, die beruflichen Teilhabechancen besonderer Risikogruppen zu verbessern. Für Muskel-Skelett-Erkrankungen ist die Evidenz der MBOR-Stufe B gut belegt, die Return-to-work-(RTW)-Quote ein Jahr nach der Rehabilitation liegt zwischen 6 und 20 Prozentpunkte höher, wenn für Versicherte mit einer besonderen beruflichen Problemlage (BBPL) eine MBOR durchgeführt wurde (Bethge, 2017, Fauser, Bethge, 2019, Bethge et al., 2019). Rehaeinrichtungen erhalten für die MBOR einen festen Zuschlag (in 2023 bspw. 6,58 € pro Behandlungstag). Bislang ist

nicht untersucht, in welchem Verhältnis diese Zusatzkosten zu den arbeitsbezogenen Outcomes der MBOR stehen.

Methoden

Es wird eine gesundheitsökonomische Modellierung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der MBOR für die orthopädische Rehabilitation in Trägerschaft der DRV vorgestellt. Hierzu wird der Return on Investment (ROI) als Verhältnis des Erfolgs (Versichertenbeiträge bei Erhalt der Erwerbfähigkeit) zum eingesetzten Kapital (zusätzliche Kosten für MBOR) berechnet. Darüber hinaus wird der potenziell entgangene Nutzen bei nötiger, aber nicht durchgeführter MBOR geschätzt.

Für die Modellschätzungen wurden folgende Parameter herangezogen:

1. Anzahl orthopädischer Heilverfahren pro Jahr
2. Anteil Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) sowie mit MBOR- Leistungen (Stufe B) bei vorhandener BBPL
3. MBOR-Effekt, d.h. Differenz positiver RTW-Ergebnisse aus MBOR gegenüber herkömmlicher Reha (Annahme: +20 %, +10% und +6% höhere RTW-Quoten),
4. Zusatzkosten für eine MBOR je Behandlungstag (Ansatz: 6,58 € pro Tag)
5. Durchschnittliche Rehadauer für die orthopädische Rehabilitation in Tagen
6. Durchschnittliches Einkommen aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung in € sowie daraus abgeleitet die durchschnittlich geleisteten Sozialversicherungsbeiträge an die Rentenversicherung
7. Kosten für durchgeführte, aber möglicherweise „nicht nötige“ MBOR-Leistungen

Die Parameter für die Modellschätzungen wurden folgenden Quellen entnommen: Reha-Statistik der DRV (Pos. 1), aktuelle Reha-Studien (MBOR-R und Requamo II; Pos. 2, 5, 7), o.g. MBOR-Studien zu den RTW-Quoten (Pos. 3) sowie Scientific Use File der DRV für das Jahr 2020 (6) (Nübling et al., under review).

Tab. 1: Schätzung MBOR-Nutzen (ROI) sowie potenziell entgangener Nutzen jeweils für DRV-übergreifend – Modellvarianten I bis III

		Modellvarianten		
	MBOR-Nutzen (ROI)	I (+20 % RTW)	II (+10 % RTW)	III (+6 % RTW)
	Zusammenfassung regionale RVen + DRV Bund			
	Summe zusätzlicher Beiträge in €	**15.977.615**	**7.991.413**	**4.793.934**
	Summe zusätzliche Kosten in €	**4.198.692**	**4.198.692**	**4.198.692**
	Differenz/Gewinn in €	**11.778.923**	**3.792.721**	**595.242**
	ROI MBOR Gesamt	**3,81**	**1,90**	**1,14**
	Entgangener Nutzen			
	Zusammenfassung regionale RVen + DRV Bund			
	Summe Entgangene Einnahmen in €	**26.103.910**	**13.054.882**	**7.837.227**
	Summe Kosten für zusätzliche MBOR-Leistungen in €	**3.826.602**	**3.826.602**	**3.826.602**
	Differenz/Gewinn in €	**22.277.308**	**9.228.280**	**4.010.625**

Legende: Modell I = durchschnittlich +20 Prozentpunkte höhere RTW-Quote; Modell II = durchschnittlich +10 Prozentpunkte höhere RTW-Quote; Modell III = durchschnittlich +6 Prozentpunkte höhere RTW-Quote durch MBOR-Maßnahme

Ergebnisse

Je nach Modellannahmen bzw. eingesetzten Modellparametern ergibt sich für den aktuellen Nutzen ein Return on Investment (ROI) zwischen 1,1 und 3,8; dies entspricht einem Nettoeffekt zwischen 600.000 und 11,8 Millionen € pro Jahr. Der potenziell entgangene Nutzen liegt den Schätzungen zufolge in der Größenordnung zwischen 4,0 und 22,3 Millionen € pro Jahr.

Diskussion und Fazit

Fasst man die Ergebnisse zusammen, so ergibt sich für die DRV ein finanzielles Potenzial von im Best-Case bis zu 34 (11,8 + 22,3) Million € pro Jahr für den Fall, dass MBOR- Leistungen gezielt für jene Rehabilitanden durchgeführt werden, die diese benötigen. Im Worst-Case-Szenario liegt der ROI knapp über 1, d. h. die eingesetzten finanziellen Mittel und der daraus resultierende Nutzen gleichen sich in etwa aus. Die Schätzungen wurden bewusst unter Einschluss der Kosten für mögliche Fehlzuweisungen in MBOR-Leistungen vorgenommen.

Take-Home-Message

Die Modellschätzung zeigt, wie viel Potenzial in einer verbesserten bzw. optimierten Zuweisung in den Rehaeinrichtungen sowie in einer optimal durchgeführten MBOR liegen. Die Analyse legt nahe, dass aktuelle Schwierigkeiten bei der flächendeckenden Versorgung und zielgenauen Bedarfsfeststellung den in gut kontrollierten Studien erkannten Zusatznutzen des MBOR-Modells erheblich verringern und im Extremfall den ROI auf knapp über 1 reduzieren, was die MBOR de facto zu einem "Nullsummenspiel" macht.

Literatur

Bethge, M. (2017): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. In: Rehabilitation 56 (1), S. 14–21. DOI: 10.1055/s-0042-118579.

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. In: Occupational and environmental medicine 76 (12), S. 913–919. DOI: 10.1136/oemed-2019-106065.

Fauser, D., Bethge, M. (2019): Propensity-Score-Methoden zur Schätzung von Behandlungseffekten. Eine Chance für die rehabilitative Versorgungsforschung. In: Rehabilitation 58 (1), S. 50–58. DOI: 10.1055/a-0781-8967.

Nübling, R., Kaiser, U., Bürger, W., Schmidt, J., Streibelt, M. (under review): Kosten und Nutzen der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) bei Muskel-Skelett-Erkrankungen. - Gesundheitsökonomische Modellschätzungen aus der Perspektive der Deutschen Rentenversicherung. In: Rehabilitation.

Interessenkonflikt: Rüdiger Nübling, Udo Kaiser und Jürgen Schmidt sind Gesellschafter eines privaten, unabhängigen Forschungsinstituts, das neben Studien zur Rehaforschung u.a. MBOR-Dienstleistungen wie Rehabilitandenbefragungen oder Checkups durchführt bzw. diese Reha-Kliniken und/oder -Trägern gegen Entgelt anbietet oder von der Deutschen Rentenversicherung gefördert werden. Wolfgang Bürger ist Inhaber eines privaten, unabhängigen Forschungsinstitutes, das u.a. Auftragsforschung im Bereich der Rehabilitation

anbietet und u.a. mit dem Schwerpunkt MBOR hat, die u.a. von der DRV gefördert wurden. Marco Streibelt ist bei der Deutsche Rentenversicherung Bund beschäftigt, die MBOR-Konzepte prüft und zulässt sowie MBOR-Leistungen bewilligt und vergütet.

Patient Reported Outcomes in der MBOR der orthopädischen AHB der Rentenversicherung: MBOR-Bedarf, berufliche Schwerpunktsetzung, Behandlungszufriedenheit und Reha-Erfolg

Udo Kaiser[1]; Rüdiger Nübling[1]; Jürgen Schmidt[1]; Wolfgang Bürger[2]; Jacqueline Bahr[3]; Helmut Tüchert[3], Ewald Höschele[4]; Andreas Reinhardt[5]

[1] Gesellschaft für Qualität im Gesundheitsweisen (GfQG),
[2] fbg forschung und beratung im gesundheitswesen, [3] Rehaklinik Bad Boll,
[4] SRH Gesundheitszentrum Dobel, [5] Salinenklinik Bad Rappenau

Hintergrund und Zielstellung

Die MBOR ist in der orthopädischen Rehabilitation in die Routineversorgung implementiert. Während es für ihre Wirksamkeit im Bereich der Heilverfahren (HV) eine gute Evidenz gibt, liegen für die Anschlussrehabilitation (AHB) keine belastbaren Daten vor. Die MBOR- AHB- Studie dient der Entwicklung und Überprüfung einer spezifisch auf die orthopädische AHB zugeschnittenen MBOR (Kaiser et al., 2022) und beschäftigt sich hierbei mit Fragen zur Relevanz der MBOR für die Zielgruppe (Bedarfe, Fallzahlen), Übertragbarkeit der MBOR-Konzepte auf die Spezifika des AHB-Verfahrens, der AHB-Zielgruppe und zentralen Outcome-Parametern.

Methoden

Die als multizentrische, quasi-experimentelle, kontrollierte Interventionsstudie (Längsschnitt, 3 Messzeitpunkte) erfolgt 3-phasig (Evaluation MBOR_alt, Entwicklung / Implementierung MBOR_neu, Evaluation MBOR_neu) in 3 Einrichtungen der orthopädischen Rehabilitation (Kaiser et al., 2022). Die berichteten Ergebnisse basieren auf der abgeschlossenen Ausgangsmessung (N=1208) und der 3-Monats-Katamnese (N=987, Rücklaufquote 79,8 %) aus der Projektphase I.

Ergebnisse

Die Stichprobe weist ein Durchschnittsalter von 56,1 Jahren (SD=7,1) auf. Insgesamt 93,5 % der Befragten sind bei Reha-Beginn in Voll- oder Teilzeit berufstätig. In der Selbstbewertung (SIBAR ≥ 8) (Bürger, Deck, 2009) weisen 22,9 % einen MBOR-Bedarf auf. In der ärztlichen Beurteilung liegt dieser bei 19,3 %. Die personenbezogene Übereinstimmung zwischen beiden liegt bei 33,9 %. Zusätzlich weisen 22,6 % eine psychische Komorbidität auf, die bei vorliegender BBPL mit 45,4 % dreimal so hoch als ohne BBPL (T=11,65/ p=.000) ausfällt. Es sind vielfältige berufsbezogene Erwartungen an die AHB vorhanden, die im Schwerpunkt die berufliche Perspektive / sozialrechtliche Beratung betreffen und bei vorhandener BBPL nochmals deutlich höher ausfallen. Die Wahrnehmung der beruflichen Schwerpunktsetzung wurde 3 Monate nach Entlassung mit dem MBOR-R-Fragebogen (Nübling et al., 2022) erfasst.

Jeweils 75 % der Befragten geben an, dass durch das Reha-Team Informationen zur beruflichen Situation erhoben und Therapiemaßnahmen zur Zielerreichung besprochen wurden. Die Umsetzung berufsbezogener Maßnahmen wird als eher gering angegeben. Lediglich ein Drittel der Befragten gibt an, dass arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen in der Reha eine wesentliche Rolle gespielt haben (vgl. Abb. 1). Insgesamt wird der Umfang erwerbsbezogener Maßnahmen von 59,3 % als genau richtig bewertet, für 38,6 % war dieser zu gering. Die Ergebnisse der Rehabilitand*innen-Zufriedenheit (ZUF-8) (Schmidt, Nübling, 2002) zeigen durchweg hohe positive Zustimmungen (vgl. Abb. 2). Der Skalenmittelwert liegt bei 27,4 (SD=4,4), was bei einem Maximum von 32 als gut zu bewerten ist.

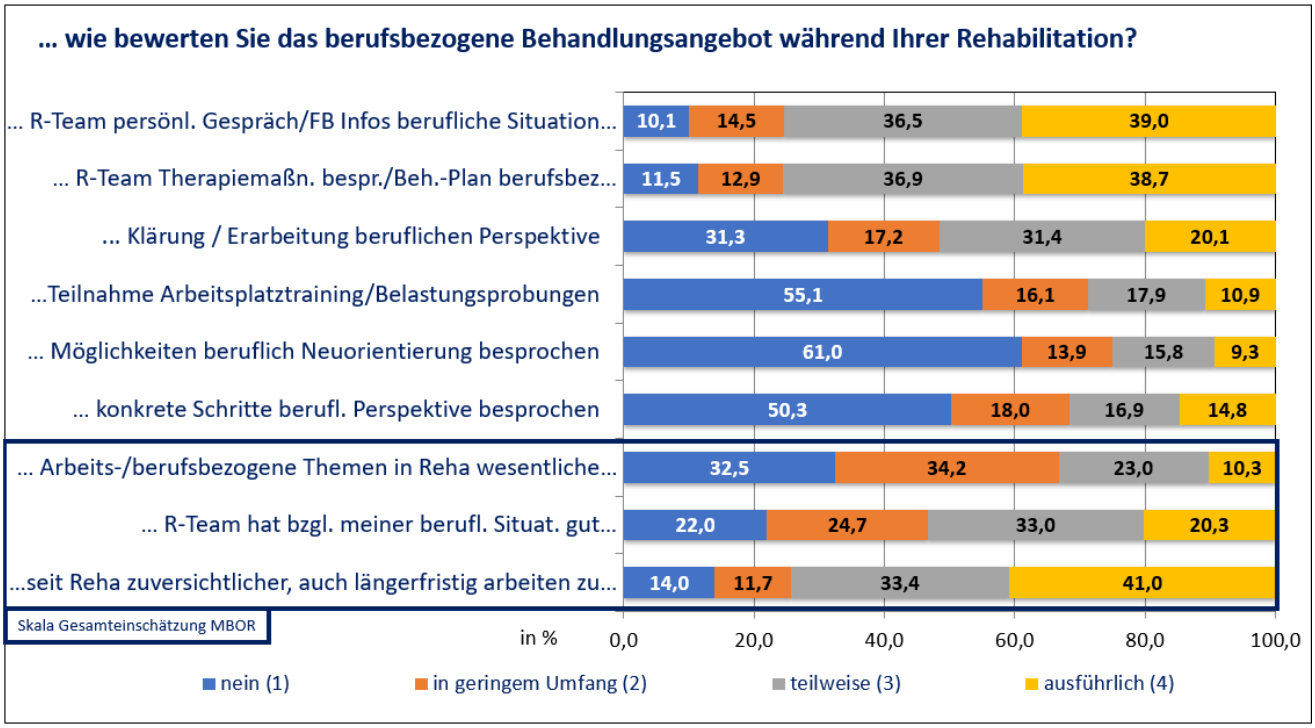


Abb.1: Medizinisch-berufliche Orientierung der Reha aus Sicht der Rehabilitanden – Einzelitems MBOR-R (in Prozent); n_{max} =973

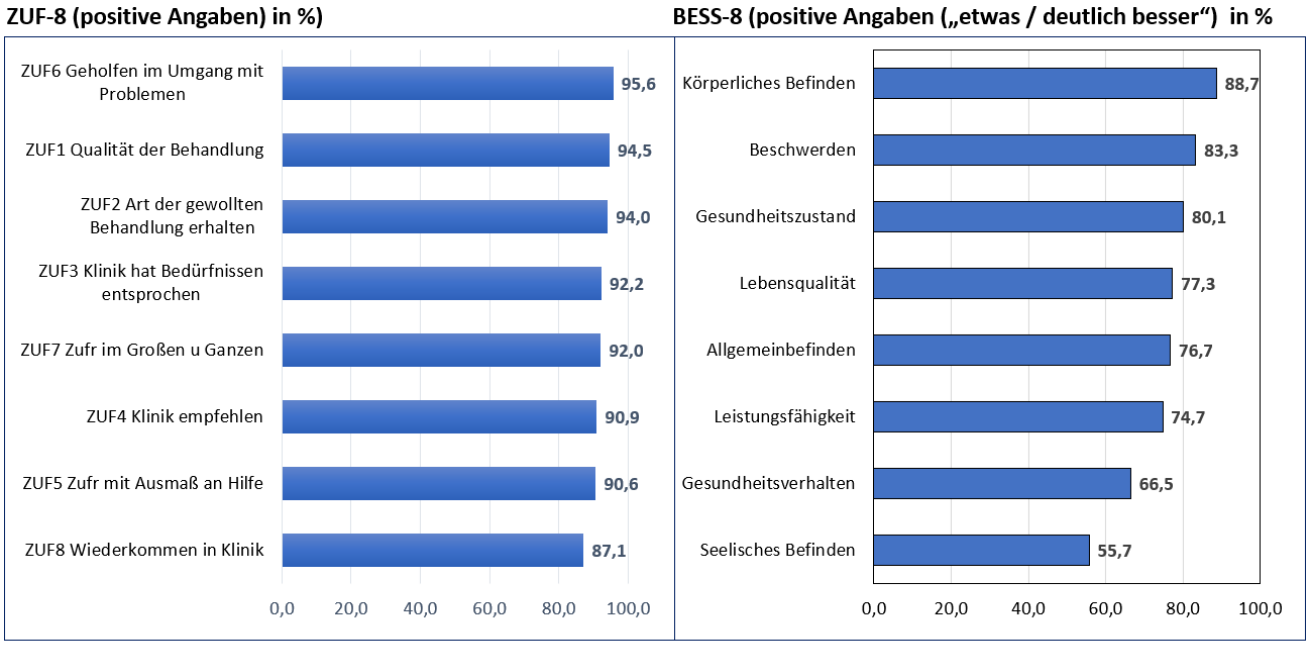


Abb.2: Patientenzufriedenheit Einzelitems ZUF-8 (n_{max} = 987); Rehabilitationserfolg Einzelitems Skala BESS (n_{max} = 980)

Der subjektive Nutzen der AHB wird von 49,7 % als groß und von 36,8 % als deutlich angegeben. Lediglich 11,8 % bzw. 1,6 % bezeichnen diesen als gering bzw. als nicht vorhanden (M=2,34; SD=0,75). In der Skala BESS8 (Schmidt et al. 2019) berichten über 80 % Verbesserungen im körperlichen Befinden, den Beschwerden und im Gesundheits-zustand (vgl. Abb. 2) (M=32,8; SD=6,4). Die Gesamtbewertung der Reha (sehr schlecht - sehr gut) fällt positiv aus (M=4,12; SD=0,78), was auch für den Reha-Erfolg (schlecht - ausgezeichnet) gilt (M=3,43; SD=0,95). Die RTW-Quote liegt 3 Monate nach Entlassung insgesamt bei 74,9 % (kumulative Zeitverlaufsquote). Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen „ohne BBPL“ (RTW-Quote 84,7 %) und „mit BBPL“ (38,8 %). Dies bedeutet, dass 61,2 % Befragten aus der BBPL+-Gruppe auch 3 Monate nach Entlassung noch nicht in die Arbeit zurückgekehrt sind.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse sprechen für einen substanziellen MBOR-Bedarf und hohe berufsbezogene Erwartungen. Der deutliche Unterschied des MBOR-Bedarfs zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung muss als erhebliches Risiko für die bedarfsgerechte Zuweisungs-steuerung angesehen werden. Die Ergebnisse zur Psychokomorbidität legen nahe, diese im Reha-Prozess bedarfsgerecht zu berücksichtigen. Insgesamt weisen die Ergebnisse zum Reha-Bedarf, der wahrgenommenen MBOR-Schwerpunktsetzung und den RTW-Quoten auf Optimierungspotenziale in den relevanten Strukturen und Prozessen hin. Eine abschließende Bewertung kann jedoch erst nach Vorliegen der Ergebnisse der Einjahres-Katamnese erfolgen.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse weisen auch für die orthopädische AHB der Rentenversicherung auf einen relevanten MBOR-Bedarf und mit entsprechenden Leistungsangeboten hin.

Literatur

Bürger, W., Deck, R. (2009): SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48. 211–221.

Kaiser, U., Bürger, W., Nübling, R. (2022): Entwicklung und Evaluation einer MBOR-AHB in der orthopädischen Rehabilitation der Rentenversicherung (MBOR-AHB-Studie). Karlsruhe: GfQG & fbg. Im Internet: https://gfqg.de/c2/assets/f163504c-c998-4b82-afb5-4d75c2dae4bd.

Nübling, R., Bürger, W., Henn, J., Streibelt, M. (2022): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden. Testmethodische Überprüfung des Fragebogens MBOR-R. Präv. Rehab., 34. 1-18.

Schmidt, J., Nübling, R. (2002): ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In: Brähler, E., Schumacher, J., Strauß, B. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe. 392-396.

Schmidt, J., Nübling, R., Kriz, D., Kaiser, U., Wittmann, W.W. (2019): Die Kurzskala BESS zur direkten Veränderungsmessung des gesundheitlichen Befindens. Psychometrische Überprüfungen für den Bereich der Medizinischen Rehabilitation (09.09.2019). Im Internet: http://bit.ly/2ONgU7O.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Determinanten der Teilhabe am Arbeitsleben bei Multipler Sklerose (TAMuS) – Welche arbeitsplatzbezogenen Parameter beeinflussen den Erwerbsstatus?

Nadine Schumann[1]; Kerstin Eichstädt[2]; Sarah Schilling[2]; Alexander Stahmann[2]; Michael Sailer[3]

[1] An-Institut für Neurorehabilitation der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg,
[2] MS Forschungs- und Projektentwicklungs-gGmbH, [3] MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg

Hintergrund und Zielstellung

Die berufliche Teilhabe stellt für Personen mit MS (PmMS) eine wichtige Ressource zur gesellschaftlichen Integration dar und wirkt sich positiv auf die Lebensqualität, den Krankheitsverlauf sowie die -bewältigung aus. Dennoch scheiden sie häufig frühzeitig aus dem Erwerbsleben aus (Flachenecker et al., 2021). Bisherige Forschungsschwerpunkte zur beruflichen Teilhabe fokussieren primär soziodemografische und krankheitsbezogenen Parameter (Gerhardt et al., 2020). Der Einfluss von Umweltfaktoren im Sinne der ICF ist unzureichend untersucht (Bolte et al., 2024). Anknüpfend wird der Frage nachgegangen, welche Bedeutung arbeitsplatzbezogene Kontextfaktoren für die berufliche Teilhabe bei PmMS haben.

Methoden

Im Rahmen einer multizentrischen Längsschnitterhebung in 12 neurologischen Reha-Zentren wurden bundesweit 279 PmMS (Alter: 47,5 (± 9,6) Jahre; 65,2 % weiblich) rekrutiert und zu 2 MZP (T1: Reha-Ende; T2: 12 Monate nach Reha-Ende) schriftlich befragt. Im Sinne der ICF wurden verschiedene arbeitsplatzbezogene Kontextfaktoren (u. a. Arbeitszeit/-reduktion/-wechsel, Arbeitsverhältnis, Arbeitsjahre, Art der Tätigkeit & Arbeitshaltung) erhoben. Die vorliegende deskriptive Auswertung fokussiert sich auf den 1. MZP zu „Reha-Ende“ und vergleicht stabil erwerbstätige PmMS mit jenen, die im Follow-Up in die Nichterwerbstätigkeit wechselten. Die Analyse erfolgte, je nach Skalenniveau mit t-Tests für unabhängige Stichproben, Mann-Whitney-U-Tests und Chi-Quadrat-Tests.

Ergebnisse

71,7 % der Befragten waren zu Reha-Ende erwerbstätig. Im 12-Monats-Verlauf blieb der Erwerbsstatus für die Mehrheit (79 %) stabil, 18,5 % der vormals Erwerbstätigen waren 12 Monate nach Reha-Ende nicht erfolgreich in die Arbeit zurückgekehrt. Ein geringer Anteil (2,4 %) der Nicht-Erwerbstätigen hatte im 12-Monats-Verlauf wieder eine Arbeit aufgenommen. Bedeutsame Unterschiede zwischen stabil Erwerbstätigen und Wechslern in die Erwerbslosigkeit bzgl. arbeitsplatzbezogener Kontextfaktoren zeigten sich im Hinblick auf die Gesamtberufsjahre ($p = .018$), der wöchentlichen Arbeitszeit ($p < .001$), einer stehenden und gehenden Arbeitshaltung ($p = .019$ & $p = .017$) sowie der Arbeitsplatzzufriedenheit ($p = .001$) (Tab. 1). Ferner gaben stabil Erwerbstätige deutlich häufiger an, Angebote, wie „Homeoffice“,

„flexible Arbeitszeiten“ und einen „barrierefreien Arbeitsplatz“ vom Arbeitsgeber zur Verfügung gestellt zu bekommen (Abb. 1). Lediglich marginale Unterschiede zeigten sich bei der Frage nach gewünschten erwerbsbezogenen Maßnahmen und Angeboten zur Sicherung der beruflichen Teilhabe. Wechsler nannten hier häufiger "regelmäßige Ruhepausen", einen "Aufzug im Gebäude" sowie eine „Haushaltshilfe“ ($p < .05$). Eine positive Arbeitseinstellung wurde signifikant häufiger von stabil Erwerbstätigen als hilfreich für den Verbleib im Arbeitsleben bewertet ($p < .05$).

Tab. 1: Vergleich arbeitsplatzbezogener Kontextfaktoren zwischen stabil erwerbstätigen PmMS (N=113) und Wechslern in die Nicht-Erwerbstätigkeit (N=38)

		stabil erwerbstätig (N=113)	*Wechsel → nicht-erwerbstätig (N=38)*	*p*
Berufsjahre gesamt				**.018** t-test
	MW (SD)	26,4 (± 11,2)	30,8 (± 8,8)	
wöchentl. Arbeitszeit				**< .001** t-test
	MW (SD)	33,8 (± 8,2)	27,7 (± 8,9)	
Arbeitszeitreduktion				**.045** χ^2
	nein	80 (70,8 %)	19 (51,4 %)	
	ja	33 (29,2 %)	18 (48,6 %)	
Arbeitshaltung - stehen				**.019** χ^2
	trifft nicht zu – zeitweise	71 (75,5 %)	19 (52,8 %)	
	überwiegend – ständig	23 (24,5 %)	17 (47,2 %)	
Arbeitshaltung - gehen (N=129)				**.017** χ^2
	trifft nicht zu – zeitweise	74 (78,7 %)	20 (57,1 %)	
	überwiegend – ständig	42,9 (21,3 %)	15 (42,9 %)	
Arbeitshaltung - sitzen				.089 χ^2
	trifft nicht zu – zeitweise	30 (27,3 %)	15 (44,1 %)	
	überwiegend – ständig	80 (72,7%)	19 (55,9 %)	
Arbeitshaltung - heben				.051 χ^2
	trifft nicht zu – zeitweise	82 (92,1 %)	25 (78,1 %)	
	überwiegend – ständig	7 (7,9 %)	7 (21,9 %)	
Arbeitsplatzzufriedenheit[1]				**.001** t-test
	MW (SD)	67,2 (± 16,6)	55,9 (± 18,7)	

Anmerkungen: χ^2 = Chi-Quadrat-Test, t-Test = T-Test für unabhängige Stichproben, [1] Index (1-100)

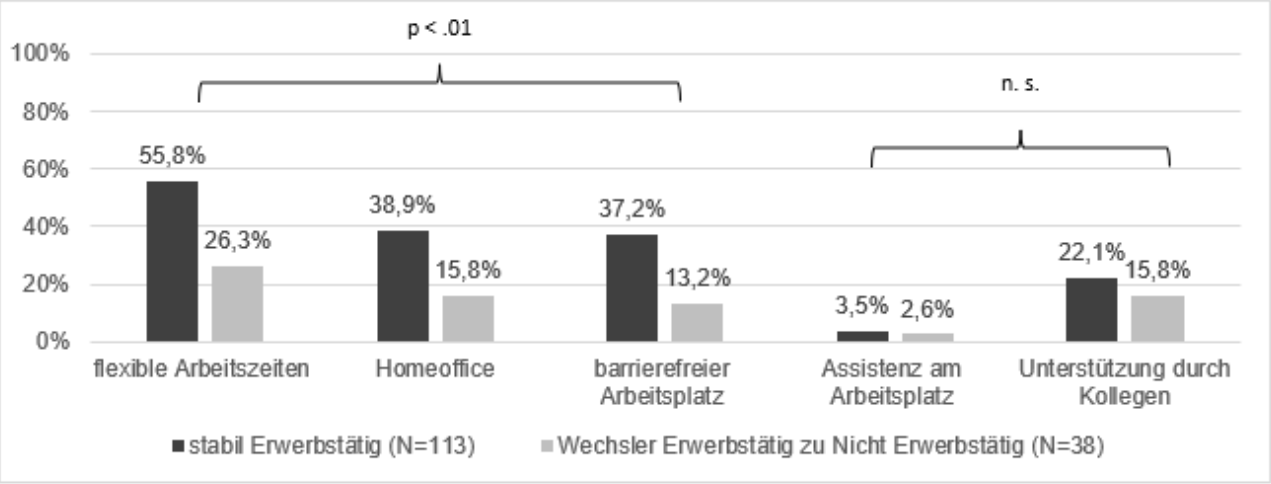


Abb. 1: Vergleich arbeitsplatzbezogener Angebote des Arbeitgebers (%) zwischen stabil Erwerbstätigen PmMS & Wechslern

Diskussion und Fazit

In Bezug auf die untersuchten arbeitsplatzbezogenen Parameter konnten deutliche Unterschiede hinsichtlich verschiedener Aspekte der Arbeitsplatzgestaltung (Stichwort: Barrierefreiheit) und Arbeitsorganisation zwischen stabil erwerbstätigen MS-Erkrankten sowie Wechslern in die Erwerbslosigkeit identifiziert werden. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass frühzeitige Arbeitsplatzanpassungen dazu beitragen können, MS-Erkrankte länger im Erwerbsleben zu halten. Hierfür müssen Angebote und Informationen sowohl auf der Arbeitgeber- als auch Arbeitnehmerseite gestärkt werden. Relevante Anlaufstellen in der Versorgung (Niedergelassene Ärzte, Arbeitsmediziner, Reha-Zentren) sollten bei der Identifikation beruflicher Problemlagen, verstärkt arbeitsplatzbezogene Kontextfaktoren in den Blick nehmen und auf bestehende Angebote (u.a. LTA-Maßnahmen) hinweisen.

Take-Home-Message

Um die berufliche Teilhabe von MS-Erkrankten zu sichern, sind arbeitsplatzbezogene Kontextfaktoren von entscheidender Bedeutung. Arbeitsplatzanpassungen (bzgl. Arbeitsplatzgestaltung & -organisation) können dazu beitragen, einen frühzeitigen Erwerbsaustritt zu verringern.

Literatur

Bolte, J., Dilger, E-M., Brütt, A.L. (2024): Leitlinienempfohlene standardisierte Instrumente bei mul-tipler Sklerose: Eine inhaltlich vergleichende Analyse mittels der Internationalen Klassifika-tion der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Der Nervenarzt. doi:10.1007/s00115-024-01752-z

Flachenecker, P., Sterz, C., Gusowski, K., Meißner, H. (2021): Beurteilung der beruflichen Leistungs-fähigkeit bei Multipler Sklerose – eine prospektive Studie zur Entwicklung und Evaluation eines symptomspezifischen Assessment-Instrumentariums. Neurologie & Rehabilitation, 27. 37–48.

Gerhard, L., Dorstyn, D. S., Murphy, G., Roberts, R. M. (2020): Neurological, physical and sociodem-ographic correlates of employment in multiple sclerosis: A meta-analysis. Journal of Health Psychology, 25. 92–104.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Laufbandtraining mit und ohne Musikunterstützung zur Gangrehabilitation von Personen mit Multipler Sklerose

Florian Wolf; Philipp Kröber; Mareike Eschweiler; Katrin Rauen

Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe

Hintergrund und Zielstellung

Personen mit Multipler Sklerose (PmMS) zeigen häufig schon in frühen Krankheitsstadien Einschränkungen der Gehfähigkeit. Als Reaktion darauf haben sich verschiedene Ansätze zur Gangrehabilitation herausgebildet. Eine spezifische Form des Gangtrainings ist das

Laufbandtraining. Dieses kann mit rhythmisch-auditorischer Stimulation (RAS), z.B. in Form von Musik („music-assisted treadmill training“ (MATT)), ergänzt werden um eine Synchronisierung der Schritte zum Takt zu erzielen („auditory-motor coupling“) (Maggio et al., 2021) und dadurch das Gangbild zu verbessern. MATT wurde bei anderen Krankheitsbildern bereits häufiger angewendet (z.B. Parkinson), bei PmMS existierte bisher jedoch nur eine kleine Machbarkeitsstudie, neben drei weiteren Studien, die RAS nicht auf dem Laufband einsetzten. Dabei bietet das Laufband verschiedene praktische Vorteile und die Möglichkeit weitere Stimuli wie z.B. visuelles Feedback einzusetzen. Ein Ziel der MATT-MS Studie war es den Effekt von MATT und den Effekt von Laufbandtraining ohne Musik („treadmill training only“ (TT)) hinsichtlich Ganggeschwindigkeit und Gangausdauer zu vergleichen.

Methoden

Im Neurologischen Rehabilitationszentrum Godeshöhe (Bonn) wurden PmMS als Studienteilnehmende rekrutiert und zufällig der Gruppe MATT oder TT zugewiesen (randomisiert-kontrolliertes Design). Zur Beantwortung der Studienfrage wurden zu Trainingsbeginn und –ende neben weiteren Tests der Timed 25-foot Walk Test (T25FW) (Ganggeschwindigkeit) und der 6-Minute Walk Test (6MWT) (Gangausdauer) erhoben.

Die Trainingsphase bestand aus 10 Trainingseinheiten (jeweils 30min) verteilt auf zwei Wochen (Montag-Freitag). Alle Teilnehmenden trainierten auf dem Biodex Gait Trainer 3.1 (Biodex Medical System, USA), welcher für alle Teilnehmenden ein visuelles Feedback zur Schrittlänge anzeigte und für die MATT-Gruppe zusätzlich RAS in Form eines Metronoms und Musik (jeweils 10min pro Training) wiedergab (Abb. 1).

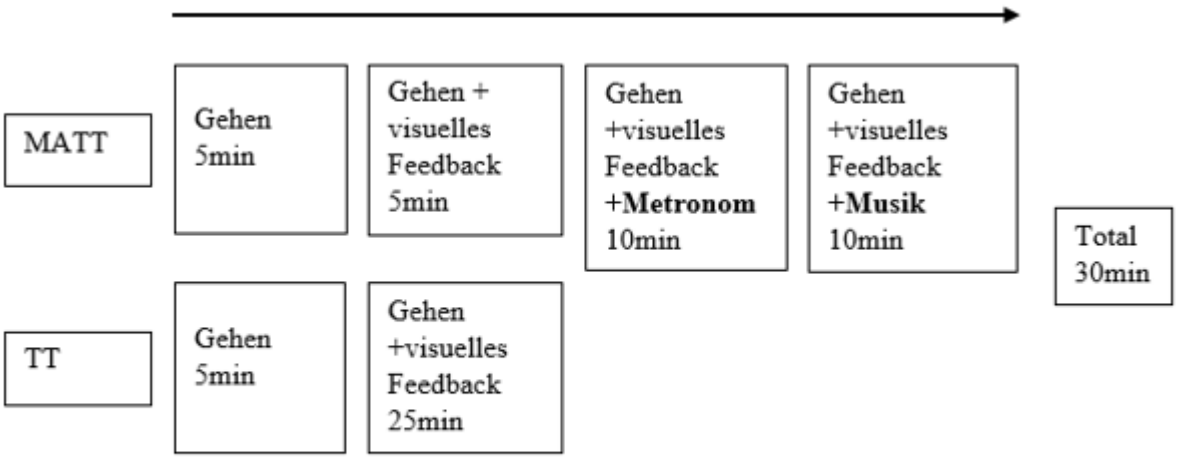


Abb. 1: Ablauf einer Trainingseinheit in den beiden Gruppen. MATT = music-assisted treadmill training; TT = treadmill training only

Bei der Datenanalyse wurden Dropouts und Ausreißer nicht einbezogen. Es wurden die Voraussetzungen für eine mixed ANOVA mit den Faktoren Gruppe und Zeit geprüft. Da die 6MWT-Daten die Voraussetzungen Varianz- und Kovarianzhomogenität verletzten, wurde hier eine Aligned Rank Transform ANOVA angewendet. Ein p-Wert $< 0{,}05$ wurde als statistisch signifikant interpretiert. Zusätzlich wurden die Effektstärken berechnet.

Ergebnisse

68 PmMS wurden rekrutiert. Davon absolvierten 58 PmMS (MATT n=30; TT n=28) mindestens 8/10 Trainings - das a priori festgelegte Mindestmaß zum Einschluss in die Datenanalyse. Diese Stichprobe wies zu Studienbeginn folgende Charakteristika auf: Alter: 47,2 ± 11,3 Jahre, bzw. 50,2 ± 8,8 Jahre (TT); Geschlecht: 63 % weiblich (MATT), bzw. 68 % (TT); Expanded Disability Status Scale: 3,0 (IQR 0,875) (MATT), bzw. 2,75 (2,5) (TT). Es zeigten sich hierin sowie in den Prä-Tests zu T25FW und 6MWT keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Beim T25FW zeigte sich kein signifikanter Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit $F(1, 53) = 0{,}10$, $p = 0{,}752$, partielles Eta-Quadrat ($\eta p2$) = 0,002 und kein signifikanter Effekt des Faktors Gruppe $F(1, 53) = 0{,}40$, $p = 0{,}531$, $\eta p2 = 0{,}007$. Jedoch bestand ein signifikanter Zeiteffekt $F(1, 53) = 10{,}69$, $p = 0{,}002$, $\eta p2 = 0{,}168$. Die mittlere Prä-Post-Differenz lag bei -0,21s ± 0,8s (MATT), bzw. -0,32s ± 0,48s (TT).

Beim 6MWT zeigte sich ebenfalls kein signifikanter Interaktions- ($F(1, 54) = 0{,}01$, $p = 0{,}925$, $\eta p2 = 0{,}0002$) und Gruppeneffekt ($F(1, 54) = 0{,}46$, $p = 0{,}5$, $\eta p2 = 0{,}008$) (Abb. 2). Allerdings bestand auch hier ein signifikanter Zeiteffekt $F(1, 54) = 16{,}7$, $p < 0{,}001$, $\eta p2 = 0{,}236$. Post- hoc-Tests zeigten diesbezüglich eine signifikante Verlängerung der Gehstrecke in der Gruppe MATT zwischen Prä- und Post-Testung. Die mittlere Prä-Post-Differenz lag bei 36,46m ± 52,53m (MATT), bzw. 42,61m ± 64,08m (TT). 61 % (MATT, n=17/28) bzw. 57 % (TT, n=16/28) der PmMS wiesen eine klinisch relevante Verbesserung (Steigerung > 22m) im 6MWT auf.

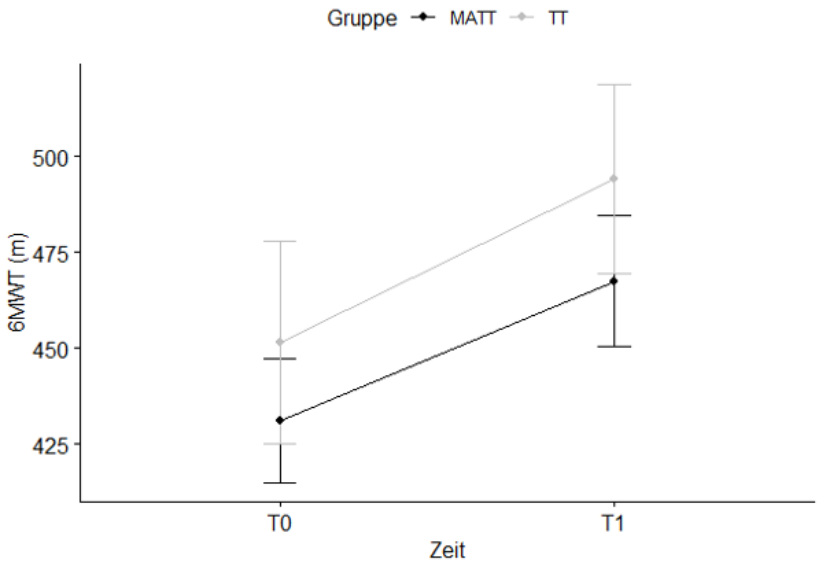


Abb. 2: Veränderungen der Gangaudauer (6-Minute Walk Test (6MWT)). MATT = music-assissted treadmill training; TT = treadmill training only; T0 = Prä-Testung; T1 = Post-Testung.

Diskussion und Fazit

Insgesamt konnte nicht bestätigt werden, dass Musikunterstützung bzw. RAS während einer kurzen, hochfrequenten Laufband-Trainingsphase für PmMS einen zusätzlichen Effekt hinsichtlich Ganggeschwindigkeit und –ausdauer hat. Es gilt zu beachten, dass beide Gruppen mit visuellen Feedback trainierten, was das Potential für zusätzliche Effekte durch die Musikunterstützung wahrscheinlich verringerte, sowie, dass das Laufbandtraining nur einen Teil der Gesamttherapiezeit ausmachte.

Unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit konnten schon nach dieser kurzen Trainingszeit relevante Effekte von Laufbandtraining festgestellt werden. Von diesen Ergebnissen unberührt bleibt die Frage nach der zusätzlichen Motivation die Musikunterstützung bieten könnte, ebenso wie die Frage nach kognitiven Effekten, welche die Verarbeitung des zusätzlichen Stimulus enthalten könnte.

Take-Home-Message

Bereits nach kurzer Trainingsphase kann hochfrequentes Laufbandtraining einen positiven Effekt auf die Gehfähigkeit von PmMS haben - unabhängig von Musikunterstützung.

Literatur

Maggio, M. G., Tripoli, D., Porcari, B., Manuli, A., Filoni, S., Naro, A., Eschweiler, M., Calabrò, R. S. (2021): How may patients with MS benefit from using music assisted therapy? A case-control feasability study investigating motor outcomes and beyond. Multiple Sclerosis and Related Disorders, 48, 102713.

Post-Intensive Care Syndrom ein Jahr nach intensivpflichtiger Erkrankung und neurologischer Rehabilitation

Marion Egger[1]; Melanie Finsterhölzl[1]; Franziska Wippenbeck[1]; Klaus Jahn[1,2]; Jeannine Bergmann[1,2]

[1] Schön Klinik Bad Aibling SE & Co. KG,
[2] Deutsches Schwindel- und Gleichgewichtszentrum, LMU München

Hintergrund und Zielstellung

In den letzten Jahrzehnten hat sich die intensivmedizinische Versorgung stark verbessert und immer mehr Menschen überleben kritische Erkrankungen. Insbesondere nach einem längerfristigen Aufenthalt auf Intensivstation mit invasiver Beatmung haben die Patienten jedoch häufig mit physischen, psychischen und kognitiven Folgen zu kämpfen, welche unter dem Begriff Post-Intensive Care Syndrome (PICS) zusammengefasst werden (Needham et al., 2012). PICS kann noch Monate und Jahre nach der Behandlung auf Intensivstation vorliegen und führt oft zu Einschränkungen in der selbstständigen Bewältigung des Alltags, der Erwerbstätigkeit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Trotz der hohen Relevanz des Syndroms fehlt es an Forschung, wie u.a. in Bezug auf die Langzeitevaluation.

Das Ziel der Studie war es daher, das Vorliegen von PICS ein Jahr nach Erkrankungsbeginn in einer Gruppe von sehr schwer betroffenen Intensivüberleben zu untersuchen.

Methoden

In die prospektive Kohortenstudie CINAMOPS (Critical Illness Polyneuropathy and Myopathy: Outcome, Predictors and Longitudinal Trajectories) wurden Patienten nach intensiv-medizinischer Behandlung mit mindestens fünftägiger invasiver Beatmung und muskulärer Schwäche eingeschlossen (Bergmann et al., 2024). Die Patienten wurden bei Eintritt in die neurologische Rehabilitation an der Schön Klinik Bad Aibling rekrutiert und bis zu zwei Jahre

nach Beginn der kritischen Erkrankung nachbeobachtet. In dieser Analyse werden die Ergebnisse ein Jahr nach Erkrankungsbeginn berichtet. Die physische Domäne von PICS wurde anhand des Items zum Gehen des EQ-5D-5L erfasst (auffällig wenn mindestens „leichte Probleme beim Gehen“ angekreuzt wurden). Kognitive Beeinträchtigungen wurden durch die telefonische Version des Montreal Cognitive Assessments (< 18 Punkte) erhoben. Die Erfassung der psychischen Komplikationen erfolgte durch die Hospital Anxiety and Depression Scale (auffällig je Kategorie bei > 7 Punkte) und die Impact of Event Scale – Revised (Erfassung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS); auffällig bei einem Mittelwert > 1,75). Fatigue, ein weiteres mögliches Symptom bei PICS, wurde durch die Fatigue-Severity-Scale-7 erhoben (auffällig bei ≥ 4 Punkte). Die Evaluation der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfolgte anhand der visuellen Analogskala (0-100) des EQ-5D-5L.

Ergebnisse

In diese Analyse wurden 185 Personen eingeschlossen (62.3±13.4 Jahre, 67.6 % Männer, 27.0 % COVID-19 als Ursache der Intensivbehandlung), welche im Mittel 63.6±42.6 Tage auf Intensivstation behandelt und 44.4±32.1 Tage invasiv beatmet wurden. Die anschließende neurologische Rehabilitation dauerte im Mittel 83.7±62.3 Tage. Ein Jahr nach Erkrankungsbeginn erfüllten 164 (88.6 %) Personen die Diagnosekriterien für PICS. Darunter waren 100 Personen (54.1 %) auffällig in der psychischen Domäne, wobei 37 % Angst, 31 % Depression und 30 % eine PTBS hatten. 141 Personen (76.2 %) berichteten von Problemen beim Gehen und hatten entsprechend Auffälligkeiten in der physischen Domäne. 62 Personen (35.0 %) hatte Einschränkungen der kognitiven Funktion. Des weiteren erfüllten 79 Personen (42.9 %) die Kriterien für eine relevante Fatigue. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität war insgesamt erheblich reduziert (56.9±21.5).

Diskussion und Fazit

Ein großer Teil der Patienten hatte ein Jahr nach Erkrankungsbeginn noch diverse Einschränkungen. Im Follow-up erfüllten die Patienten sogar häufiger die Kriterien für PICS, hatten mehr mentale Beeinträchtigungen, Fatigue und eine schlechtere Lebensqualität als bei Entlassung aus der Neurorehabilitation (PICS 84.5 %; mentale Beeinträchtigung 29.0 %; Fatigue 21.7 %; Lebensqualität 61.2±19.4) (Egger et al. 2024). Im Follow-up hatten jedoch weniger Personen Probleme beim Gehen und es bestanden weniger kognitive Beeinträchtigungen als bei Entlassung (Gehen: 83.4 %, Kognition: 55.2 %). Zur Verbesserung der Gesundheitssituation von Personen nach intensivpflichtiger Erkrankung sind dringend langfristige, intensive und individualisierte Nachsorgekonzepte sowie multiprofessionelle Therapieansätze erforderlich.

Take-Home-Message

Ein Jahr nach Beginn der intensivpflichtigen Erkrankung leiden noch immer 87 % der Personen unter Beeinträchtigungen, wobei die physischen und psychischen Folgen überwiegen.

Literatur

Bergmann, J., Egger, M., Müller, F., Jahn, K. (2024): Outcome, predictors and longitudinal trajectories of subjects with critical illness polyneuropathy and myopathy (CINAMOPS):

study protocol of an observational cohort study in a clinical and post-clinical setting. BMJ Open, 14(e083553).

Egger, M., Finsterhölzl, M., Farabegoli, D., Wippenbeck, F., Schlutt, M., Müller, F., Huge, V., Jahn, K., Bergmann, J. (2024): Comprehensive Assessment and Progression of Health Status during Neurorehabilitation in Survivors of Critical Illness: A Prospective Cohort Study. Annals of Intensive Care, accepted.

Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., Zawistowski, C., Bemis-Dougherty, A., Berney, S. C., Bienvenu, O. J., Brady, S. L., Brodsky, M. B., Denehy, L., Elliott, D., Flatley, C., Harabin, A. L., Jones, C., Louis, D., Meltzer, W., . . . Harvey, M. A. (2012): Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. Crit Care Med, 40(2), 502-509.

Förderung: Else Kröner-Fresenius-Stiftung

Prädiktoren einer MBOR-C/MbR in der neurologischen Rehabilitation: eine Sekundärdatenanalyse

Janin Venediger[1]; Michael Sailer[1]; Nadine Schumann[1], Matthias Morfeld[2]

[1] MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg, [2] Hochschule Magdeburg-Stendal

Hintergrund und Zielstellung

Funktionelle Einschränkungen neurologischer Erkrankungen führen häufig zu einer Erwerbsminderung und frühzeitigen Berentung. Für erwerbsfähige Rehabilitanden mit beruflichen Problemlagen sind MBOR-Leistungen in der Phase I fest etabliert (Bethge, 2017). Als Weiterführung für schwer betroffene Patienten stehen Leistungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MbR) in der Phase II zur Verfügung (Rollnik et al., 2013). Es wurde bisher kaum untersucht, inwieweit sich die Teilnehmergruppen der genannten Leistungen voneinander unterscheiden. Die vorliegende Analyse untersucht soziodemografische, krankheits- und erwerbsbezogene sowie psychosoziale Faktoren, die den Bedarf an Leistungen einer MBOR-C oder MbR bei neurologischen Reha-Teilnehmenden prädizieren.

Methoden

Mittels Sekundärdatenanalyse der DRV-Bund geförderten REBORN-Studie wurden Daten von 186 MB(O)R-Teilnehmenden (MAlter = 48,6 (± 9,2); 58,6 % weiblich) ausgewertet. Das Zielkriterium, die Erfüllung der Kriterien für eine MBOR-C/MbR-Leistung, wurde mit Informationen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und LTA-Empfehlung gebildet. Zur Untersuchung von relevanten Prädiktoren wurden zunächst Gruppenunterschiede mittels bivariater Analysen (Chi-Quadrat-Test, T-Test) ermittelt und im Anschluss logistische Regressionen (thematische Blöcke: soziodemografisch, krankheitsbezogen, sozialmedizinisch, arbeitsplatzbezogen und psychosozial) durchgeführt (Einschluss von Variablen mit bivariatem Signifikanzniveau $p < .25$). Signifikante Prädiktoren ($p < .05$) wurden in ein finales integratives Analysemodell aufgenommen und auf Vorhersagekraft für eine MBOR-C/MbR überprüft.

Ergebnisse

Die bivariaten Analysen zeigten relevante Gruppenunterschiede im Hinblick auf soziodemografische (Alter, Bildung, Sozialstatus) Faktoren (Tab. 1). Ferner konnten relevante sozialme-dizinische Unterschiede (AU-Zeiten, subj. Erwerbsprognose und Frühberentungs-risiko) und psychosoziale Belastungen (u.a. berufl. Belastungserleben, Arbeitsplatz-zufriedenheit) zu Ungunsten der MBOR-C/MbR-Teilnehmenden identifiziert werden (Tab. 1).

Sieben Prädiktoren flossen in ein merkmalübergreifendes Modell zur Vorhersage einer MBOR-C/MbR Zuweisung ein (Tab. 2). Hier zeigten sich die subjektive Erwerbstätigkeit ($p < .001$) und Dauer der AU vor Reha ($p < .001$) als stärkste Einflussgrößen im Hinblick auf eine MBOR-C/MbR-Einstufung. Zusätzlich erhöhten die berufliche Unzufriedenheit, ein niedriger Sozialstatus und Einschrän-kungen der Sinnesorgane die Wahrscheinlichkeit für einen MBOR-C/MbR Bedarf. Zudem wiesen Männer mit höherer Wahrscheinlichkeit einen Leistungsbedarf auf. Eine diagnostizierte psychische Erkrankung wiederum verringerte die Wahrscheinlichkeit für eine MBOR-C/MbR Einstufung.

Tab. 1: Gruppenunterschiede MBOR-A/B vs. MBOR-C/MbR – soziodemografische, sozialmedizinische und psychosoziale Variablen

Variable[1]	Gesamt	MBOR-A/B N=111	MBOR-C/MbR N=75	p-Wert[2]
Schulausbildung (*N*=184)				.042* χ^2
Ohne (Fach) Abitur	140 (76,1%)	76 (69,1%)	64 (86,5%)	
(Fach-) Abitur	44 (23,9%)	34 (30,9%)	10 (13,5%)	
SES[3] (*N*=186)				.014* χ^2
Unter- und Mittelschicht	177 (85,5%)	87 (78,4%)	71 (94,7%)	
Oberschicht	30 (14,5%)	24 (21,6%)	4 (5,3%)	
AU zu Reha-Beginn (*N*=186)				<.001*** χ^2
Ja	145 (78,0%)	77 (69,4%)	68 (90,7%)	
Nein	41 (22,0%)	34 (30,6%)	7 (9,3%)	
AU-Dauer vor Reha (*N*=185)				<.001*** χ^2
Keine Krankschreibung	13 (7,0%)	13 (11,7%)	0	
1-5 Wochen	38 (20,5%)	33 (29,7%)	5 (6,8%)	
6-25 Wochen	58 (31,4%)	31 (27,9%)	27 (36,5%)	
25-52 Wochen	76 (41,1%)	34 (30,6%)	42 (56,8%)	
SE[4] (*N*=186)				<.001*** χ^2
0/1 geringes Risiko	122 (65,6%)	87 (78,4%)	35 (46,7%)	
2/3 hohes Risiko	64 (34,4%)	24 (21,6%)	40 (53,3%)	
WAI 2[5] (*N*=169)	3,7 (±232)	5,6 (±1,5)	4,9 (±1,8)	.044* t-Test
Frühberentungsrisiko[6] (*N*=184)	7,5 (±3,7)	6,3 (±3,5)	8,6 (±3,4)	<.001*** t-Test
Berufliche Belastung[7] (*N*=183)	11,2 (±2,8)	10,7 (±2,7)	12,0 (±2,7)	.008* t-Test
Interesse an berufsspezifischen Therapieangeboten[8] (*N*=178)	3,9 (±1,3)	3,7 (±1,4)	4,3 (±1,1)	.005** t-Test
Arbeitsplatzzufriedenheit[9] (*N*=184)	1,8 (±0,9)	1,6 (±0,9)	2,1 (±0,9)	<.001*** t-Test

Anmerkungen: χ^2 = Chi-Quadrat-Test, t-Test = T-Test für unabhängige Stichproben.
[1] es werden gültige Prozente berichtet, [2] korrigierter *p*-Wert nach alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, [3] SES = Sozioökonomischer Status, [4] SE = Subjektive Erwerbsprognose, [5] Work Ability Index Dimension 2: Arbeitsfähigkeit im Hinblick auf die spezifischen Arbeitsanforderungen, Skala 0 „keine Beeinträchtigung" – 10 „volle Beeinträchtigung", [6] Skala 0 „kein Risiko" – 19 „hohes Risiko", [7] Skala 3 „keine beruf-liche Belastung" – 15 „starke berufliche Belastung", [8] Skala 1 „auf jeden Fall" – 5 „überhaupt nicht", [9] Skala 1 „auf jeden Fall"- 5 „auf keinen Fall".

Tab. 2: Merkmalübergreifendes Modell für MBOR-C/MbR Einstufung

Variable	Koeffizient (b)	p	OR	95% KI
Konstante	-7.187	<.001	.001	
Arbeitsplatzzufriedenheit[1]	.621	.001	1.862	[1.285, 2.696]
Geschlecht[2]	1.171	.019	3.224	[1.209, 8.597]
SES[3]	1.595	.048	4.927	[1.015, 23.929]
dia. psych. Erkrankung[4]	-1.511	.003	.221	[.081, .598]
SE[5]	1.963	<.001	7.121	[2,467, 20,557]
AU-Dauer[6]	3.492	<.001	32.861	[7.572, 142.605]
Einschränkung der Sinnesorgane[7]	1.240	.032	3.457	[1.110, 10.763]

Anmerkungen: [1] Skala 1 „auf jeden Fall"- 5 „auf keinen Fall"; [2] 0 = weiblich, 1 = männlich; [3] 0 = hoch, 1 = gering bis mittel; [4] 0 = keine ärztliche Diagnose, 1 = ärztliche Diagnose liegt vor; [5] 0 = geringes Risiko, 1 = hohes Risiko; [6] 0 = 0-5 Wochen; 1 = 6-52 Wochen; [7] 0 = nicht angekreuzt, 1 = angekreuzt. Nagelkerkes $R^2 = .582$, $\chi^2(7, N = 163) = 92.004$, $p <. 001$, AUC = .891 [.844, .939], Spezifität = 78,4%, Sensitivität = 83,3%.

Diskussion und Fazit

Die Analyse untersuchte erstmals umfassend verschiedene Prädiktoren unterschiedlicher Merkmalsgruppen im Hinblick auf den berufsbezogenen Rehabilitationsbedarf neurologischer Reha-Teilnehmenden nach einer MBOR. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung soziodemografischer, krankheitsbezogener, psychosozialer und sozialmedizinischer Faktoren für den Bedarf an MBOR-C/MbR-Leistungen. Diese Erkenntnisse können dazu beitragen, geeignete Zielgruppen frühzeitig zu identifizieren und gezielt Reha-Leistungen zuzuweisen. Insbesondere eine AU-Dauer von über sechs Wochen 12 Monate vor Reha und eine negative subjektive Erwerbsprognose erwiesen sich als zentrale Risikofaktoren für den MBOR-C/MbR-Bedarf. Darüber hinaus deuten die Ergebnisse auf geschlechtsspezifische Unterschiede hin, die in künftigen Studien untersucht werden sollten, um zu verstehen, wie die unterschiedlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen in der Rehabilitationsplanung berücksichtigt werden können.

Take-Home-Message

Die Berücksichtigung soziodemografischer, krankheitsbezogener, psychosozialer und sozialmedizinischer Prädiktoren ist von zentraler Bedeutung, um den Bedarf an MBOR- C/MbR-Leistungen frühzeitig zu identifizieren und die berufliche Teilhabe von neurologischen Reha-Teilnehmenden gezielt zu stärken.

Literatur

Bethge, M. (2017): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Die Rehabilitation, 56(01), 14-21.

Rollnik, J., Platz, T., Böhm, K. D., Weber, R., Wallesch, C. W. (2013): Die medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Neurologie. Aktuelle Neurologie, 40(05), 274-278.

Wirksamkeit von Hippotherapie auf teilhabebezogene Parameter bei MS: Anwendung ICF-basierter Assessments innerhalb einer randomisiert-kontrollierten Studie (RCT)

Franca Rosiny[1]; Volker Anneken[1]; Thomas Abel[2], Kristel Knaepen[2]; Isabel Stolz[2]; Leonard Braunsmann[2]; Dieter Poehlau[3]; Marion Drache[4]

[1] Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport,
[2] Deutsche Sporthochschule Köln, [3] DRK Kamillus Klinik,
[4] Zentrum für Therapeutisches Reiten Johannisberg e.V.

Hintergrund und Zielstellung

Bewegung und körperliche Aktivität sind effektive Maßnahmen in der nicht-medikamentösen Symptombehandlung von Multipler Sklerose (MS). Überdies kann körperliches Training die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von Menschen mit MS verbessern (Edwards et al., 2022). Erste Ergebnisse hochwertiger Studien weisen auf eine Wirksamkeit der Hippotherapie (DKThR)® als additive pferdegestützte physiotherapeutische Maßnahme für Menschen mit MS in Bezug auf die Verbesserung des Gleichgewichts und der Lebensqualität sowie der Reduktion von Fatigue und Spastizität hin (Vermöhlen et al., 2018; Moraes et al., 2021). Ziel dieser mehrjährigen Studie ist es die Wirksamkeit, von Hippotherapie (DKThR)® auf die bewegungs- und teilhabebezogenen Parameter von Menschen mit MS ICF-basiert zu untersuchen.

Methoden

Im ersten Jahr der prospektiven, randomisiert-kontrollierten Studie wurden insgesamt 54 MS- Patient*innen (83% weiblich) im Alter von 32 bis 84 Jahren (MW = 62 Jahre) mit einem Expanded Disability Status Scale Score (EDSS-Score) zwischen 4 und 6 eingeschlossen. Die Proband*innen wurden randomisiert in eine Interventionsgruppe (IG = 12 Wochen Hippotherapie (DKThR)®, additiv zum treatment as usual) oder Kontrollgruppe (KG = 12 Wochen treatment as usual) zugeordnet. Vor (T0) und nach (T1) der Interventionsphase wurden Unterschiede in Bezug auf die Mobilität und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben untersucht. Die Mobilität und Teilhabe wurde mithilfe des ICF- basierten Selbstbeurteilungsinstruments WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0) erhoben (Pösl et al., 2007). Der Therapiefortschritt in Bezug auf motorische und bewegungsbezogene Faktoren wurde durch die Therapeut*innen mittels des ICF-basierten Fremdbeurteilungsinstrument EQUITEDO® erfasst (Stolz et al., 2022).

Die Untersuchung ist Teil der MS Hippo II Studie, welche darauf abzielt die Wirkweisen und -faktoren der Hippotherapie (DKThR)® vertiefender zu analysieren. Sie ist im Deutschen Register Klinischer Studien registriert (DRKS00033449).

Ergebnisse

Die gemischte ANOVA zeigt einen Interaktionseffekt zwischen Messzeitpunkt und Gruppe für die Subdomäne Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (WHODAS2.0) $F(1) = 4.61$, $p = .037$, $\eta^2 = 0.021$. Der Post-hoc Test korrigiert nach Holm zeigt eine signifikante ($p = .027$) Verbesserung der Interventionsgruppe von T0 zu T1. Die IG (N= 26) zeigt hochsignifikante Verbesserungen im Bereich der motorischen Funktionen ($t(25) = -6.17$, $p < .001$, $d = 1.09$),

der motorischen Kontrolle ($t(25) = -7.29$, $p < .001$, $d = 0.94$) und bewegungsbezogenen Funktionen ($t(25) = -9.51$, $p < .001$, $d = 0.87$), erfasst mit EQUITEDO®.

Diskussion und Fazit

Bei den vorliegenden Ergebnissen handelt es sich um erste Daten der MS Hippo II Studie. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung weisen einen positiven Effekt der Hippotherapie (DKThR)® auf teilhabebezogene Parameter bei den Patient*innen hin. Bei den bewegungsbezogenen Testungen der Funktion und der motorischen Kontrolle konnten signifikante Verbesserungen nachgewiesen werden. Hippotherapie (DKThR)® zeigt sich als wirksame Maßnahme zur Verbesserung der fremdbeurteilten bewegungsbezogenen Parameter und kann die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben positiv beeinflussen. Weitere Ergebnisse zu physiologisch objektiven Testparametern (Balance und Gehirnaktivität) so-wie Follow-up-Daten sind zu Beginn des Jahres 2026 zu erwarten.

Take-Home-Message

Die gewonnenen Daten weisen darauf hin, dass Hippotherapie (DKThR)® eine wirksame Maßnahme zur Verbesserung der Mobilität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bei Menschen mit MS sein kann.

Literatur

Edwards, T., Michelsen, A. S., Fakolade, A. O., Dalgas, U., Pilutti, L. A. (2022): Exercise training improves participation in persons with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. Journal of Sport and Health Science, 11(3), 393-402. https://doi.org/10.1016/j.jshs.2021.07.007

Moraes, A. G., Neri, S. G., Motl, R. W., Tauil, C. B., von Glehn, F., Corrêa, É. C., de David, A. C. (2021): Effects of hippotherapy on postural balance, functional mobility, self-perceived fatigue, and quality of life in people with relapsing-remitting multiple sclerosis: Secondary results of an exploratory clinical tri-al. Multiple Sclerosis and Related Disorders, 52, 102948. https://doi.org/10.1016/j.msard.2021.102948

Pösl, M., Cieza, A., Stucki, G. (2007): Psychometric properties of the WHODASII in rehabilitation pa-tients. Quality of Life Research, 16, 1521-1531. https://doi.org/10.1007/s11136-007-9259-4

Stolz, I., Anneken, V., Froböse, I. (2022): measuring equine-assisted therapy: Validation and confirmatory factor analysis of an ICF-based standardized assessment-tool. International journal of environmen-tal research and public health, 19(5), 2738. https://doi.org/10.3390/ijerph19052738

Vermöhlen, V., Schiller, P., Schickendantz, S., Drache, M., Hussack, S., Gerber-Grote, A., Pöhlau, D. (2018): Hippotherapy for patients with multiple sclerosis: A multicenter randomized controlled trial (MS-HIPPO). Multiple Sclerosis Journal, 24(10), 1375-1382. https://doi.org/10.1177/1352458517721354

Interessenkonflikt: Autor*innen Volker Anneken und Marion Drache sind auch Förderer, aber hatten keinen Einfluss auf die Datenerhebung und Auswertung.

Förderung: Willi-Drache-Stiftung; Gold-Kraemer-Stiftung; Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten (DKThR)

Aktualisierung der Reha-Therapiestandards Brustkrebs

Kathrin Murauer[1]; Heiner Vogel[1], Erik Farin-Glattacker[2]; Emre Özbulut[2]; Nicole Wimmesberger[2]; André Golla[3]; Thorsten Meyer-Feil[3]

[1] Universitätsklinikum Würzburg, [2] Universitätsklinikum Freiburg,
[3] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Die Reha-Therapiestandards (RTS) spielen eine wesentliche Rolle in der Qualitätssicherung der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Sie enthalten präzise Vorgaben zur Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitationsleistungen, wie den Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitand:innen sowie Mindestdauer und Mindesthäufigkeit der einzelnen Therapien der verschiedenen Evidenzbasierten Therapiemodule (ETM), welche durch eine Gruppe von therapeutischen Leistungen aus der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) abgebildet werden können.

Die Aktualisierung der RTS-Brustkrebs ist Bestandteil eines Projekts zur Aktualisierung aller RTS (Laufzeit: 2023-2025, Förderer DRV Bund). Ähnlich wie Leitlinien müssen die RTS regelmäßig aktualisiert werden, um die Versorgungsqualität sicherzustellen und dem Stand der Wissenschaft gerecht zu werden. Die letzte Überarbeitung der RTS Brustkrebs erfolgte im Jahr 2015. Der entscheidende Unterschied zu Leitlinien ist die Perspektive der DRV als Leistungsträger: Der Fokus liegt nicht auf individuellen Patient:innen mit spezifischen Herausforderungen, sondern auf der Gesamtheit aller Rehabilitand:innen, die einer bestimmten medizinischen Indikation (hier Brustkrebs) in einer Reha-Einrichtung zugeordnet sind (Farin et al., 2018).

Methoden

Die Überarbeitung der RTS Brustkrebs (DRV, 2016) basiert auf einer Zusammenführung dreier unterschiedlicher Perspektiven:

Zentraler Bestandteil dieses Prozesses ist eine indikationsbezogene Literatursynthese, die auf einer systematischen Literaturrecherche nach definierten Stufenschema aufbaut.

Hier wird in der ersten Stufe nach internationalen Leitlinien gesucht, die Aussagen oder Empfehlungen zum Themenfeld Brustkrebs-Rehabilitation enthalten. Um die Ergebnisse in dieser Recherche zu erweitern, wird die Suche auf themenspezifische onkologische Leitlinien, wie beispielsweise zu Bewegungstherapie oder Schmerzmanagement, ausgeweitet. Die zweite Stufe umfasst die Recherche nach Meta-Analysen und systematischen Reviews in internationalen, medizinischen Datenbanken, die relevante Therapien zur Nachbehandlung/Rehabilitation bei Brustkrebspatientinnen nach der Akutbehandlung untersuchen. Sollte die Anzahl der Ergebnisse in einzelnen ETM unzureichend sein, wird die Suche auf Originalarbeiten erweitert.

Als zweite Perspektive erfolgt eine Bewertung des aktuellen Versorgungsgeschehens, speziell der Umsetzung der RTS Brustkrebs, anhand von Leistungsdokumentationen (KTL- Analyse) der Rehabilitationseinrichtungen, die Rehabilitationsmaßnahmen für Brustkrebspatientinnen durchführen. Anhand des Erfüllungsgrads der RTS-Vorgaben durch die Rehabilitationseinrichtungen können mögliche Versorgungsunterschiede auf ETM-Ebene aufgedeckt und potentielle Anpassungsbedarfe identifiziert werden.

Als dritte Perspektive werden die Ergebnisse und offenen Fragen mit Expert:innen verschiedener Disziplinen der Reha-Praxis diskutiert. Dieser Austausch ermöglicht es, Praxiswissen mit wissenschaftlichen Erkenntnissen zu verknüpfen und die Anforderungen der einzelnen ETM entsprechend anzupassen.

Ergebnisse

Es konnten insgesamt 14 Leitlinien einbezogen werden, darunter 5 spezifische Leitlinien zu Brustkrebs und 9 themenspezifische Onkologie-Leitlinien (Veröffentlichungszeitraum: 2014- 2024). Außerdem wurden 39 Übersichtsarbeiten berücksichtigt (Veröffentlichungszeitraum: 2015-2024). Insgesamt konnten 80 Empfehlungen aus den Brustkrebs-Leitlinien sowie 174 Empfehlungen aus den themenspezifischen Onkologie-Leitlinien den 10 ETMs zugeordnet werden. Dabei wurde besonders darauf geachtet, die Empfehlungen aus den Brustkrebs-Leitlinien und den Onkologie-Leitlinien getrennt zu betrachten.

Änderungsvorschläge auf ETM-Ebene konnten in fünf ETMs formuliert werden. Ein grundlegender Vorschlag betrifft das ETM 3 (Lymphödemtherapie), bei dem sowohl der Name als auch der Inhalt überdacht werden sollen. Weitere Überarbeitungen sind im ETM 5 (Gesundheitsbildung) zu diskutieren, insbesondere durch die Integration von Tabakentwöhnung und Psychoedukation. Bei ETM 7 (Psychologische Interventionen und Künstlerische Therapien) wurden literaturbasierte Diskussionspunkte wie das Thema der sexuellen Gesundheit und die Bedeutung der Psychoonkologie aufgegriffen. Empfehlungen für den Einbezug von Angehörigen konnten in der Literatur identifiziert werden und sollten Beachtung in den entsprechenden Modulen finden. Die Evidenzlage zu ETM 8 (Entspannungsverfahren) spricht für eine Erhöhung des Mindestanteils zu behandelnder Rehabilitand:innen.

Diskussion und Fazit

Die umfassende Literatursynthese aktueller Leitlinien und Studien hat erwartungsgemäß den Bedarf an Revisionen im Bereich der Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen aufgezeigt. Die Abstimmung mit Fachleuten aus der Reha-Praxis führte zu weiterführenden Erkenntnissen, da die berücksichtigte Literatur nicht ausschließlich für den Bereich Rehabilitation verfasst wurde. Die Empfehlungen aus den Leitlinien sowie die analysierten Übersichtsarbeiten bieten eine transparente Grundlage der identifizierten Änderungsvorschläge. Durch die Integration von Feedback aus der Praxis und von aktuellen Forschungsergebnissen kann sichergestellt werden, dass die RTS sowohl evidenzbasiert als auch für die Reha-Einrichtungen umsetzbar sind.

Take-Home-Message

Die Reflexion und Anpassung der RTS in regelmäßigen Abständen stellt sicher, dass die Qualitätssicherung in der Rehabilitation nicht nur den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht, sondern auch praxisnah bleibt.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung [DRV] (2016): Reha-Therapiestandards Brustkrebs, Stand März 2016. Broschüre, Selbstverlag. Download: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_rehatherapiestandards/Brustkrebs/rts_brustkrebs_download.html (6.11.2024).

Farin, E., Wirth, A., Quaschning, K., Meyer, T., Nowik, D., Block, I., Vogel, H., Volke, E. (2018): Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 57 (1), 48–54. DOI: 10.1055/s-0043-124309

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Ergebnisse nach radikaler Prostatektomie im Jahr 2022 aus der Perspektive der uro-onkologischen Rehabilitation

Guido Müller[1]; Marius Cristian Butea-Bocu[2]; Burkhard Beyer[2]

[1] Klinik Quellental, Urologisches Kompetenzzentrum für die Rehabilitation (UKR) der Kliniken Hartenstein GmbH

[2] Klinik Wildetal, Urologisches Kompetenzzentrum für die Rehabilitation (UKR) der Kliniken Hartenstein GmbH

Hintergrund und Zielstellung

In kurativer Intention werden die Patienten wegen einer Prostatakarzinomerkrankung meist operativ therapiert. Nachfolgend soll den Patienten gemäß der S3-Leitlinie die Durchführung einer Anschlussrehabilitation (AR) empfohlen werden (Deutsche Krebsgesellschaft et al., 2024). Ziel dieser Studie war es, aktuelle Ergebnisse nach radikaler Prostatektomie aus der Perspektive der uro-onkologischen AR darzustellen.

Methoden

Analysiert wurden die Daten aller Patienten aus Primärkliniken, die ≥50 Patienten zur stationären AR in das Urologische Kompetenzzentrum für die Rehabilitation (UKR) der Kliniken Hartenstein in Bad Wildungen zuwiesen. Neben Patientengrundmerkmalen wurden operative Aspekte, pathohistologische Ergebnisse, ausgewählte postoperative Komplikationen sowie die Frühkontinenz (24-Stunden-Vorlagen-Test) evaluiert. Dargestellt werden Anteile bzw. Medianwerte jeweils mit Minimum und Maximum. Multivariable Regressionsanalysen unter Einschluss von Patientenalter, kardiovaskulärer Komorbidität, Diabetes mellitus, Adipositas (Body Mass Index ≥30 kg/m²), OP-Methode (offen versus Roboter-assistiert) und intraoperativer Schonung der Gefäßnervenbündel wurden durchgeführt, um unabhängige Prädiktoren bezüglich der Frühkontinenz zu identifizieren.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 3.751 Patienten aus 213 Primärkliniken zur AR aufgenommen. Aus 21 Primärkliniken kamen jeweils ≥ 50 Patienten zur AR (insgesamt 2.141 Patienten). Patientenalter im Median 67,0 Jahre (63,0-69,5), präoperativer PSA-Wert im Median 7,6 ng/ml (6,6-9,7), Roboter-assistierte Operation in 89,3% (0-100), Nervschonung in 73,4% (21,2-95,2), Tumorstadium ≥ pT3 in 36,5% (19,7-52,4), positiver Resektionsrand im Stadium pT2 in 5,5% (0-21,6), Gleason Score ≥ 8 in 18,2% (10,4-48,1), Lymphozelen in 30,8% (13,8- 52,0), Anastomoseninsuffizienz in 11,4% (1,7-26,6). Kontinenz bei Aufnahme zur AR (Median 21 Tage postoperativ) in 36,6% (3,8-54,1) bzw. Urinverlust/Tag im Median 102g (22- 591). Kontinenz am Ende der AR (Median 42 Tage postoperativ) in 54,2% (19,0- 69,1) bzw. Urinverlust/Tag im Median 73g (27-425). Die Regressionsanalyse identifizierte als Prädiktoren für Kontinenz zu Beginn der AR ein jüngeres Alter, die Nervschonung und das Fehlen von Diabetes (jeweils $p < 0,001$). Bei bestehender Inkontinenz steigt der Urinverlust/Tag durchschnittlich mit jedem zusätzlichen Lebensjahr um 7g (95% CI 4-10; $p < 0,001$), bei Diabetes um 79g (95% CI 21-136; $p = 0,007$) bzw. ohne Nervschonung um 175g (95% CI 134-216; $p < 0,001$).

Diskussion und Fazit

Die aktuelle Untersuchung zeigt eine große Varianz in den Patientengrundmerkmalen, bezüglich operativer Aspekte, in den pathohistologischen Ergebnissen, bei spezifischen postoperativen Komplikationen sowie hinsichtlich der Kontinenz nach radikaler Prostatektomie. Die präsentierten Daten ermöglichen den Primärkliniken die Einordung der eigenen funktionellen und onkologischen Ergebnisse. Eine Limitation der Untersuchung ist, dass nur die Ergebnisse von Patienten analysiert werden konnten, die eine stationäre AR im UKR in Anspruch genommen haben.

Take-Home-Message

Es gibt eine große Varianz in den Outcomeparametern nach radikaler Prostatektomie. Frühkontinenz ist negativ mit dem Patientenalter und einem Diabetes mellitus, aber positiv mit der Schonung der Gefäßnervenbündel während der Operation assoziiert.

Literatur

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Prostatakarzinom, Langversion 7.0 , 2024 , AWMF Registernummer: 043/022OL, http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom/ (Zugriff am: 17.10.2024).

Erwerbsverläufe und Leistungsbezüge nach langfristigem Krankengeldbezug onkologischer Rehabilitand:innen

Johannes Soff; Rebecca Roth; Christoph Kowalski

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Hintergrund und Zielstellung

Fünfunddreißig Prozent der Krebsneudiagnosen in Deutschland werden im erwerbsfähigen Alter gestellt und bedeuten einen Einschnitt in das Erwerbsleben der Betroffenen (Schellack et al., 2024). Nach sechswöchiger Entgeltfortzahlung haben Versicherte nach § 44 SGB V Anspruch auf Krankengeld durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), wenn sie die Krankheit arbeitsunfähig macht oder sie stationär behandelt werden. Für dieselbe Erkrankung ist die Leistungsdauer jedoch auf längstens 78 Wochen beschränkt. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine erneute oder weitere Krankheit, wie ein Rezidiv oder eine Metastase auf, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. In Abhängigkeit des Arbeitsentgelts vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit stellt der Wegfall des Bezugs ein erhebliches Armutsrisiko dar (Laschet, 2016). Während die Rückkehr in den Beruf nach Abschluss der Behandlung bei Krebsbetroffenen bereits untersucht ist (Breidenbach et al., 2024), sind der Erwerbsverlauf und die Leistungsbezüge onkologischer Rehabilitand:innen nach Ende des Krankengeldbezugs nicht ausreichend beschrieben.

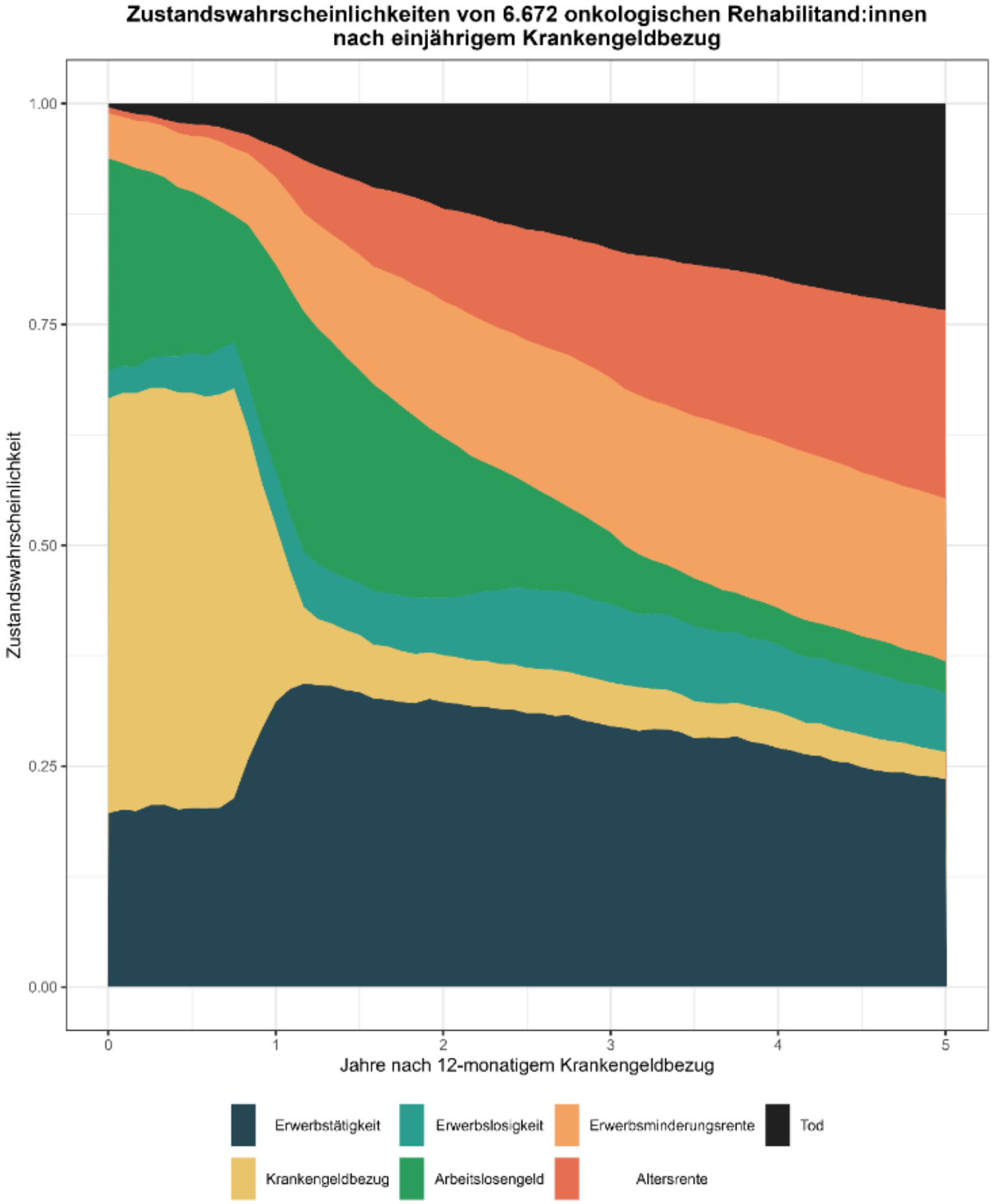
Methoden

Für die Analysen wurden Rehabilitations- und Erwerbsverlaufsdaten aus dem Scientific Use File „Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2013–2020“ der Deutschen Rentenversicherung verwendet. Eingeschlossen wurden Personen, die aufgrund einer gesicherten Krebsdiagnose im erwerbsfähigen Alter (18 bis 62 Jahre) eine onkologische Rehabilitation abgeschlossen und unmittelbar vor der Krebs-Reha-Leistung oder im Anschluss mindestens 12 Monate Krankengeld bezogen hatten. Mit Hilfe von Restricted Mean Survival Time (RMST) Analysen wurden die Wahrscheinlichkeiten der Zustände: Erwerbstätig, Erwerbslos, Arbeitslosengeldbezug, Krankengeldbezug, Alters- und Erwerbsminderungsrente sowie Tod im Beobachtungszeitraum von 5 Jahren berechnet. Zur Ermittlung von Entitätsunterschieden (ICD-10 C17–21, C30–39, C50, C60–63) in den relevanten Transitionen zwischen der Rehabilitation und den untersuchten Zuständen wurden ergänzend Cox-Hazards berechnet, wobei für Alter, Geschlecht und Bildung adjustiert wurde.

Ergebnisse

Von insgesamt 46.459 Personen mit einer Krebs-Reha-Leistung und mindestens einem zusätzlichen Monat Krankengeldbezug, bezogen 6.672 Rehabilitand:innen die Leistung für mindestens ein Jahr. Über den 12-monatigem Krankengeldbezug hinaus bezog diese Gruppe in den folgenden 5 Jahren im Mittel noch weitere 8 Monate Krankengeld, wobei der Leistungsbezug nach etwa einem Jahr deutlich zurückging (Abbildung 1). Etwa 20 % (n = 1.466) dieser Personen hatte dabei noch 2 oder mehr Episoden mit Krankengeldbezug. Mit dem Rückgang des Krankengeldbezugs stieg insbesondere die Zustandswahrscheinlichkeit für Erwerbstätigkeit und Arbeitslosengeldbezug. Die mittlere Dauer der Erwerbstätigkeit betrug 16 Monate und die des Arbeitslosengeldbezugs betrug 8 Monate der 5 Jahre. Die

Erwerbslosigkeit ohne einen Leistungsbezug war über die Zeit konstanter als die übrigen Zustände und betrug im Mittel 4 Monate. Die Rentenbezüge nahmen im Verlauf der 5 Jahre zu, wobei die Rehabilitand:innen im Mittel 8 Monate in Erwerbsminderungsrente und 7 in Altersrente verbrachten. Die Regressionsanalysen zeigten insbesondere eine geringere Chance für den Bezug von Erwerbsminderungsrenten bei Rehabilitanden mit einem Tumor der männlichen Genitalorgane (HR: 0,46; 95%-CI: 0,29–0.71) und ein erhöhtes Hazard Ratio für das Versterben von Personen mit einem Tumor der Atmungsorgane (HR: 2,46; 95%-CI: 1,37–4.39).



Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse können zu einem besseren Verständnis des Übergangs onkologischer Rehabilitand:innen aus dem GKV-finanzierten Leistungsbezug in die Erwerbstätigkeit oder die Leistungen anderer Sozialversicherungsträger beitragen. Auch wenn der maximale Bezug nicht explizit in den Daten hinterlegt ist, zeigt sich eine deutliche Reduktion der Zustandswahrscheinlichkeit nach etwa 18 Monaten, die insbesondere durch eine Rückkehr in die Erwerbstätigkeit und vermehrten Arbeitslosengeldbezug abgelöst wird. Limitiert werden die Analysen durch das Fehlen des Diagnoseschlüssels der Arbeitsunfähigkeit. Nachfolgende Analysen sollten die durch die Leistungsbezüge bestehenden Einkommensverluste sowie den abrupten Übergang detaillierter analysieren.

Take-Home-Message

Bei Personen mit mehr als einjährigem Krankengeldbezug im Zusammenhang mit einer onkologischen Rehabilitation zeigt sich nach etwa 18 Monaten ein Anstieg der Erwerbstätigkeit sowie eine Zunahme von Arbeitslosengeldbezug.

Literatur

Breidenbach, C., Ernstmann, N., Schellack, S., Degenhardt, M., Heidkamp, P., Heier, L., Hiltrop, K., Rick, O., Soff, J., Kowalski, C. (2024): Rückkehr in das Erwerbsleben nach Krebs – eine systematische Übersichtsarbeit zu Prädiktoren in Deutschland. Die Rehabilitation, a-2300-3524.

Laschet, H. (2016): Diagnose Krebs ist ein Armutsrisiko. Im Focus Onkologie, 19(1), 68–68.

Schellack, S., Barnes, B., Nowossadeck, E., Kowalski, C. (2024): Krebserkrankungen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland 1999-2020 (Mai 2024). DKG Health Services Research Notes, 2.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Inanspruchnahme von Hilfen zur Verbesserung der sozialen Teilhabe von Brustkrebsüberlebenden 4-6 Jahre post-OP

Dorothee Noeres; Siegfried Geyer; Eranda Sahiti; Stefanie Sperlich

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Eine Brustkrebserkrankung geht langfristig (4-6 Jahre post-OP) mit Einschränkungen der sozialen Teilhabe einher, die im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bei Reha-Teilnehmerinnen stärker ausgeprägt sind als bei den Brustkrebsüberlebenden insgesamt (Sahiti et al., 2024, Sperlich et al., 2024). Die vorliegende Studie richtet sich auf die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Unterstützungsangebote zur Förderung der sozialen Teilhabe vier bis sechs Jahre nach der primären Operation sowie auf deren Bedeutung aus Sicht von Brustkrebsüberlebenden. Die Fragen der vorliegenden Studie lauten 1. welche Hilfen zur Verbesserung der sozialen Teilhabe wurden von Patientinnen im

Schnitt 5 Jahre nach der primären Operation in Anspruch genommen?, 2. von welchen medizinischen und soziodemografischen Faktoren hängt die Inanspruchnahme ab? und 3. welche Barrieren zur Inanspruchnahme gibt es aus Sicht der Patientinnen?

Methoden

Im Rahmen unserer Studie wurden Brustkrebsüberlebende vier bis sechs Jahre nach der primären Operation zu einer vierten Befragung eingeladen. Dabei wurde ein hoher Rücklauf von 90,8% bezogen auf die vorhergehende Befragung ein Jahr post-OP erreicht (N=373). Den Befragten wurde eine Liste mit 24 Unterstützungsformen vorgelegt, für die angegeben werden sollte, ob sie bekannt sind, und ob sie genutzt wurden. Aus den Antworten konnten sechs Dimensionen von Angeboten ermittelt werden: 1. Teilhabeförderung durch Reha- und anderen Sport bzw. Bildung (von 67 % der Patientinnen genutzt), 2. Leistungen zur Förderung der Teilhabe nach §§ 4 und 13 SGB IX (59 %), 3. psychologische bzw. psychotherapeutische Betreuung (42 %), 4. Beratungs- und Support-Angebote (28 %), 5. Kirchen- oder gemeindebasierte Angebote (19 %) und 6. Krebsinformationsdienste (9 %). Die Hauptanalysen wurden mittels logistischer Regression mit den 6 Dimensionen als abhängige Variablen durchgeführt.

Ergebnisse

Teilhabeförderung durch Reha- und anderen Sport bzw. Bildung wurde unabhängig von gesundheitlichen Beschwerden oder sozioökonomischem Status der Befragten genutzt. Psychologisch/psychotherapeutische Betreuung wurde seltener von Brustkrebsüberlebenden mit einer generell reduzierten körperlichen und psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF12) in Anspruch genommen, bei Patientinnen mit Antihormon- und Immuntherapien jedoch häufiger. Patientinnen mit konkreten psychischen Beschwerden nahmen häufiger eine psychologische Betreuung in Anspruch.

Nutzerinnen von Beratungs- und Supportangeboten wiesen eine eingeschränkte körperliche Gesundheit und vermehrt psychische Beschwerden auf, zugleich nahmen sie in größerem Umfang Komplementärtherapien in Anspruch. Kirchliche und gemeindebezogene Angebote wurden verstärkt bei eingeschränkter körperlicher Gesundheit (p=0,04, OR=2,12) aufgesucht, die Nutzung ging zugleich mit weniger psychischen Beschwerden einher (p=0,02, OR=0,28). Teilhabeförderung nach SGB IX erfolgte weitgehend unabhängig von Beschwerden, Ausnahme waren Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen, (p=,023, OR=1,75), die mit einer vermehrten Nutzung assoziiert waren. Patientinnen, die mit einem Partner/einer Partnerin zusammenwohnten, hatten eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der Nutzung von Psychotherapien (p=0,02, OR=2,74) und Beratungs-/Supportangeboten (p=0,017, OR=3,539). Höhere (und mittlere) Schulbildung waren mit vermehrter Inanspruchnahme von Psychotherapien und Krebsinformationsdiensten assoziiert.

Bei den vorgeschlagenen möglichen Barrieren antworteten die meisten, dass die Coronarisiken (40,1%) sie von einer Nutzung abhielten. Fast ebenso viele konnten aufgrund fehlender nervlicher Kraft an den Angeboten nicht teilnehmen (39,9%). Weitere Barrieren waren fehlende körperliche Kraft (33,6) oder nicht verfügbare Zeit (28,8%). Dass die Anlaufstelle zu weit entfernt war, traf auf 18,5% der Befragten zu. Für die Hälfte der Befragten gab es keine Barrieren für die für sie in Frage kommenden Angebote.

Diskussion und Fazit

Von den Angeboten zur Förderung einer beruflichen und sozialen Teilhabe waren die (ambulanten) Rehasport- sowie andere Sport und Bildungsangebote mit Abstand die am häufigsten genutzten, aber auch den psychologischen /psychotherapeutischen Unterstützungsangeboten kam eine herausragende Rolle zu. In diesen beiden Angebotsgruppen wurde zugleich am stärksten das – zum Teil corona-bedingt – eingeschränkte Angebot bedauert. Die Studie liefert einen wesentlichen Beitrag zur Bestandsaufnahme und Verbesserung der längerfristigen Versorgung von Frauen nach einer Brustkrebsoperation.

Take-Home-Message

Rehasport sowie andere Sport und Bildungsangebote werden auch fünf Jahre nach primärer Operation häufig genutzt. Bezüglich der Hauptbarrieren wäre eine Anschlussforschung – ohne pandemiebedingte Einschränkungen – sinnvoll, ebenso eine tatsächliche Ausweitung des Angebots.

Literatur

Sahiti, E., Sperlich, S., Geyer, S., Noeres, D. (2024): Soziale Teilhabe nach Brustkrebs 4–6 Jahre post-OP: Unterscheiden sich Reha-Teilnehmerinnen und -Nichtteilnehmerinnen von der Gesamtbevölkerung? DRV-Schriften 113:129-131.

Sperlich, S., Noeres, D., Holthausen-Markou, S., Park-Simon, T. W., Sahiti, E., Geyer, S. (2024): Social participation of women with breast cancer compared to the general population 5 years after primary surgery-what role do medical data and cancer-related complaints play? Support Care Cancer 32:566.

Förderung: Stiftung Deutsche Krebshilfe

Intensivierte Begleitung bei der beruflichen Wiedereingliederung durch Berufslots*innen in Krebsberatungsstellen – Qualitative Ergebnisse der CARES Machbarkeitsstudie

Paula Heidkamp[1]; Lina Heier[1]; Kati Hiltrop[2]; Jannika Rother[2]; Nicole Ernstmann[2], Clara Breidenbach[3]; Hannah Lange[3]; Sophie Schellack[3]; Christoph Kowalski[3]

[1] Universitätsklinikum Bonn, [2] Universität zu Köln, [3] Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Hintergrund und Zielstellung

Rund 35% aller Krebsdiagnosen werden in Deutschland bei Menschen im erwerbsfähigen Alter gestellt (Schellack et al., 2023). Der Erhalt oder die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit während und nach einer Krebserkrankung kann Betroffene vor enorme Herausforderungen stellen, die oft eine Erwerbsminderungsrente nach sich ziehen. Im Rahmen der von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten CARES-Studie (Cancer rehabilitation support by cancer counseling centers) wurde ein Programm zur intensivierten Unterstützung von Menschen mit einer Krebserkrankung bei der beruflichen

Wiedereingliederung bzw. dem Verbleib im Erwerbsleben entwickelt. Das Programm wurde von Beratungsfachkräften, die zu Berufslots*innen fortgebildet wurden, in ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen durchgeführt. Im Rahmen der CARES Machbarkeitsstudie wurde die Machbarkeit der Intervention evaluiert (Hiltrop et al., 2023). Im Folgenden werden die Ergebnisse der formativen Evaluation vorgestellt.

Methoden

Die CARES Machbarkeitsstudie wurde in 19 ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen durchgeführt. Das Berufslots*innen-Programm wurde in dem Zeitraum von Oktober 2022 bis Juni 2024 angeboten. Im Rahmen der formativen Evaluation wurden semi-strukturierte Leitfadeninterviews mit Ratsuchenden (n = 16), Berufslots*innen (n = 11), Vertreter*innen von Trägern der Krebsberatungsstellen (n = 5) sowie Zuweisenden (n = 5) durchgeführt. Die Interviews erfolgten telefonisch, wurden audioaufgezeichnet, vollständig transkribiert und mittels strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet (Kuckartz, 2016). Die Inhaltsanalyse erfolgte parallel zum Datenerhebungsprozess, so dass im Fall sich verändernder Fragestellungen oder Hypothesen im Forschungsprozess die Leitfäden oder das absichtsvolle Sampling der Studienteilnehmenden angepasst oder erweitert werden konnte. Die Erstellung der Interviewleitfäden sowie die Datenanalyse orientierte sich dabei am Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (Damschroder et al, 2022). Das CFIR ist ein etabliertes Rahmenmodell zur Evaluation von Implementierungsprozessen, das fünf Dimensionen umfasst: (1) Ebene der Innovation, (2) das innere Umfeld, in dem die Innovation umgesetzt wird, (3) das äußere Umfeld der Implementierungseinrichtung, (4) die an der Implementierung beteiligten Personen und Innovationsempfänger sowie (5) den Umsetzungsprozess der Implementierung. Jede Dimension beinhaltet zudem verschiedene Subkategorien. Die Kodierung im Rahmen der Inhaltsanalyse erfolgte deduktiv entlang der Dimensionen und Subkategorien des CFIR und wurde induktiv ergänzt. Für die qualitative Datenauswertung wurde die Software MAXQDA 2022 genutzt.

Ergebnisse

Im Folgenden werden Zwischenergebnisse hinsichtlich wahrgenommener Vor- und Nachteile der Intervention aus Perspektive der Ratsuchenden, Berufslots*innen und Zuweisenden vorgestellt. Die finalen Ergebnisse der Machbarkeitsstudie liegen zum Zeitpunkt des Kongresses vor. Die Stichprobe der Ratsuchenden bestand aus neun Frauen und sieben Männern im Durchschnittsalter von 51 Jahren, die in 14 verschiedenen Krebsberatungsstellen beraten wurden. Die interviewten Berufslots*innen hatten überwiegend einen sozialarbeiterischen Hintergrund, waren mehrheitlich weiblich und im Durchschnitt 41 Jahre alt. Zuweisende kamen aus onkologischen Schwerpunktpraxen, Reha- und Sozialberatungen von Krebszentren, Rehakliniken und Integrationsfachdiensten. Die Interviews dauerten zwischen 10 und 73 Minuten.

Erste Zwischenergebnisse zum relativen Vorteil der Innovation zeigen, dass Ratsuchende Vorteile auf organisatorischer (z. B. schnelle Terminvergabe), inhaltlicher (z. B. Unterstützung bei bürokratischen Prozessen) und Beziehungsebene (z. B. Bedürfnisorientierung der Beratung) wahrnahmen. Die Berufslots*innen bewerteten die erweiterten zeitlichen Ressourcen für die Beratung positiv, da diese eine proaktive und intensivere Begleitung

ermöglichten (z. B. zu Arbeitgeberterminen). Auch die Bedürfnisorientierung und ergebnisoffene Gestaltung der Beratung, der Wissenszuwachs sowie die stärkere Strukturierung und Fokussierung der Termine wurden als vorteilhaft empfunden. Zuweisende sahen das Berufslots*innenprogramm als sinnvolle Ergänzung und Möglichkeit, Versorgungslücken zu schließen.

Wahrgenommene Nachteile der Innovation aus Ratsuchendenperspektive betrafen unvollständige oder nichtzutreffende Informationen sowie fehlende Abend- und Online-Termine. Zudem wünschten sich Ratsuchende eine aufsuchendere Beratung. Berufslots*innen sahen Verbesserungspotenzial beim Interventionszeitraum, der als zu kurz empfunden wurde, um komplexe Wiedereingliederungsprozesse adäquat zu begleiten, sowie in den zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen.

Diskussion und Fazit

Mit dem Berufslots*innen-Programm wurde ein intensiviertes bedürfnisorientiertes Beratungsangebot für Krebsbetroffene mit beruflichem Unterstützungsbedarf in ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen entwickelt. Die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie geben Hinweise auf förderliche sowie hinderliche Implementierungsfaktoren. Die vorliegenden Zwischenergebnisse deuten insgesamt auf eine positive Bewertung des Beratungsangebots hin, das dazu beiträgt, eine Lücke in der ambulanten psychosozialen Versorgung von Krebsbetroffenen zu schließen.

Take-Home-Message

Das Berufslots*innenprogramm wird als machbares und hilfreiches Beratungsangebot für Krebsbetroffene mit beruflichem Unterstützungsbedarf in ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen wahrgenommen.

Literatur

Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., Lowery, J. (2022): The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. Implementation science, 17(1). 75.

Hiltrop, K., Heidkamp, P., Breidenbach, C., Kowalski, C., Bruns, G., Ernstmann, N. (2023): Cancer rehabilitation support by cancer counselling centres (CARES): study protocol of a quasi-experimental feasibility study. BMJ Open, 13(8):e067868.

Kuckartz, U. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (3. überarbeitete Ausgabe). Weinheim: Beltz.

Schellack, S., Kowalski, C., Nowossadeck, E., Barnes, B. (2023): Krebsneuerkrankungen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland. Forum, 38(4). 265–8.

Interessenkonflikt: C. Breidenbach, H. Lange, S. Schellack und C. Kowalski sind Mitarbeitende der Deutschen Krebsgesellschaft.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Evaluierung von CROM und PROM basierten ML-Vorhersagemodellen zur Personalisierung und Optimierung der Rehabilitation nach Knieprothesen-Implantation

Niclas Hubel[1]; Sebastian Granz[1]; Bernhard Holzner[2]; Michael Fischer[3]; Vincent Grote[4]

[1] ACMIT Gmbh - Austrian Center for Medical Innovation and Technology,
[2] Medizinische Universität Innsbruck,
[3] Rehabilitationszentrum Kitzbühel Betriebs-GmbH,
[4] Ludwig Boltzmann Institute for Rehabilitation Research

Hintergrund und Zielstellung

Patient-reported outcome measures (PROMs) bieten den Patient:innen ein direktes Mittel, um ihre Symptome, Funktionseinschränkungen und ihr allgemeines Wohlbefinden mitzuteilen. Bei Personen mit Knieproblemen, wie z. B. Kreuzbandverletzungen, tragen PROMs zu einem umfassenden Verständnis der langfristigen Ergebnisse verschiedener Eingriffe und Behandlungen bei (Canovas, Dagneaux, 2018). Durch die Einbeziehung der Patient:innen in die Bewertung der postoperativen Genesung können Kliniker:innen Behandlungspläne anpassen, reale Auswirkungen von Eingriffen bewerten oder die Versorgung insgesamt verbessern (Elwyn et al., 2012). Künstliche Intelligenz, insbesondere maschinelles Lernen, bietet hierbei ein vielversprechendes Werkzeug, um komplexe Muster in umfangreichen Datensätzen zu erkennen und bisher unbekannte Zusammenhänge zu identifizieren. Dennoch existiert bislang nur wenig Forschung zu KI-basierten Prognosemodellen, die speziell auf die Vorhersage von Behandlungsergebnissen bei Kniepatient:innen abzielt (Karlin et al., 2023).

Das Ziel dieser Arbeit ist die Entwicklung und Evaluierung von Modellen zur Vorhersage der Entlassungswerte nach der Rehabilitation.

Methoden

Der Datensatz umfasst Patient:innen (N = 2313) des Rehabilitationszentrums in Kitzbühel (AT) vor (T1) und nach (T2) der dreiwöchigen stationären Rehabilitation nach Knie Arthroplastik aus den Jahren 2018 bis 2023.

Zu T1 und T2 wurden Mobilität (Timed Up and Go, TUG), Leistungsfähigkeit in täglichen Aktivitäten (Barthel Index), Bewegungsradius (Range of Motion, ROM) und Umfang des Knies von Kliniker:innen erfasst (Clinician Reported Outcome Measures, CROMs). Die Patient:innen berichteten selbst ihren allgemeinen Gesundheitszustand (EQ-5D), die Funktionalität des Knies (Western Ontario and McMaster Arthritis Index, WOMAC), Schmerzen (Pain Visual Analogue Scale), und Pflegebedürftigkeit (Health Assessment Questionnaire, HAQ).

Mit Hilfe der Aufnahmewerte (T1) und weiterer demographischer Variablen (u.a. Alter, Geschlecht) wurden folgende Zielvariablen (T2) vorhergesagt:

- CROMs
    - TUG
    - ROM
- PROMs
    - EQ-5D Visual Analogue Scale (EQVAS)
    - WOMAC
    - HAQ

Hierfür wurden etablierte regressionsbasierte Algorithmen (Extra Trees Regressor) mit fünffacher Kreuzvalidierung und stratifizierten Trainings- und Test-Splits (80/20 Aufteilung) getestet. Zur Evaluierung der Modellgüte wurde der Kennwert R^2 herangezogen, wobei ein hoher Wert auf eine gute Passung des Modells an die Daten hinweist. Fehlende Daten in den Prädiktoren wurden durch Mittelwerte imputiert, fehlende Beobachtungen in den Zielvariablen wurden entfernt (< 15%). Für die Berechnungen wurden Jupyter Notebook und die Python Library scikit-learn verwendet.

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe betrug 65,5 Jahre (± 12,9), 63% Prozent der Stichprobe waren weiblich. Die angewandten Regressoren erzielten eine unterschiedlich hohe Prognosegenauigkeit in den einzelnen Zielvariablen, Abbildung 1 zeigt die durchschnittlichen R^2 Werte. Die besten Ergebnisse wurden für den Timed Up and Go Test (TUG) und den Bewegungsradius (ROM) erreicht, gefolgt von der Pflegebedürftigkeit (HAQ) und dem WOMAC Index. Der allgemeine Gesundheitszustand (EQVAS) ließ sich am schlechtesten vorhersagen. Des Weiteren zeigte die Analyse, dass die Aufnahmeparameter der Zielvariablen die stärksten Prädiktoren für die prognostischen Modelle darstellten (siehe Abbildung 2). Insbesondere für die Vorhersage der patientenberichteten Variablen (HAQ, WOMAC, EQVAS) lieferten diese Parameter den größten Erklärungsbeitrag. Bei den klinisch erhobenen Kennwerten (TUG, ROM) erwies sich darüber hinaus das Alter der Patient:innen als relevanter Einflussfaktor.

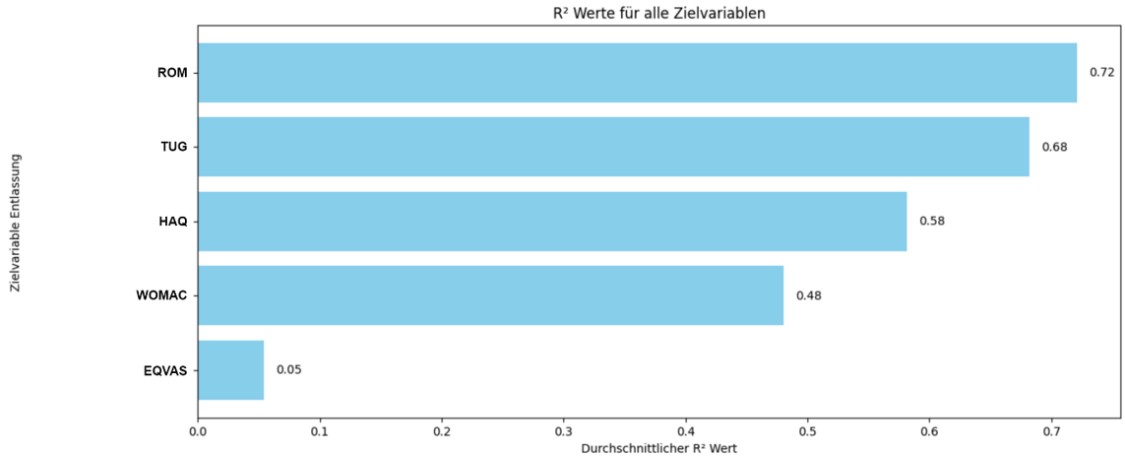


Abb. 1: Zielvariablen

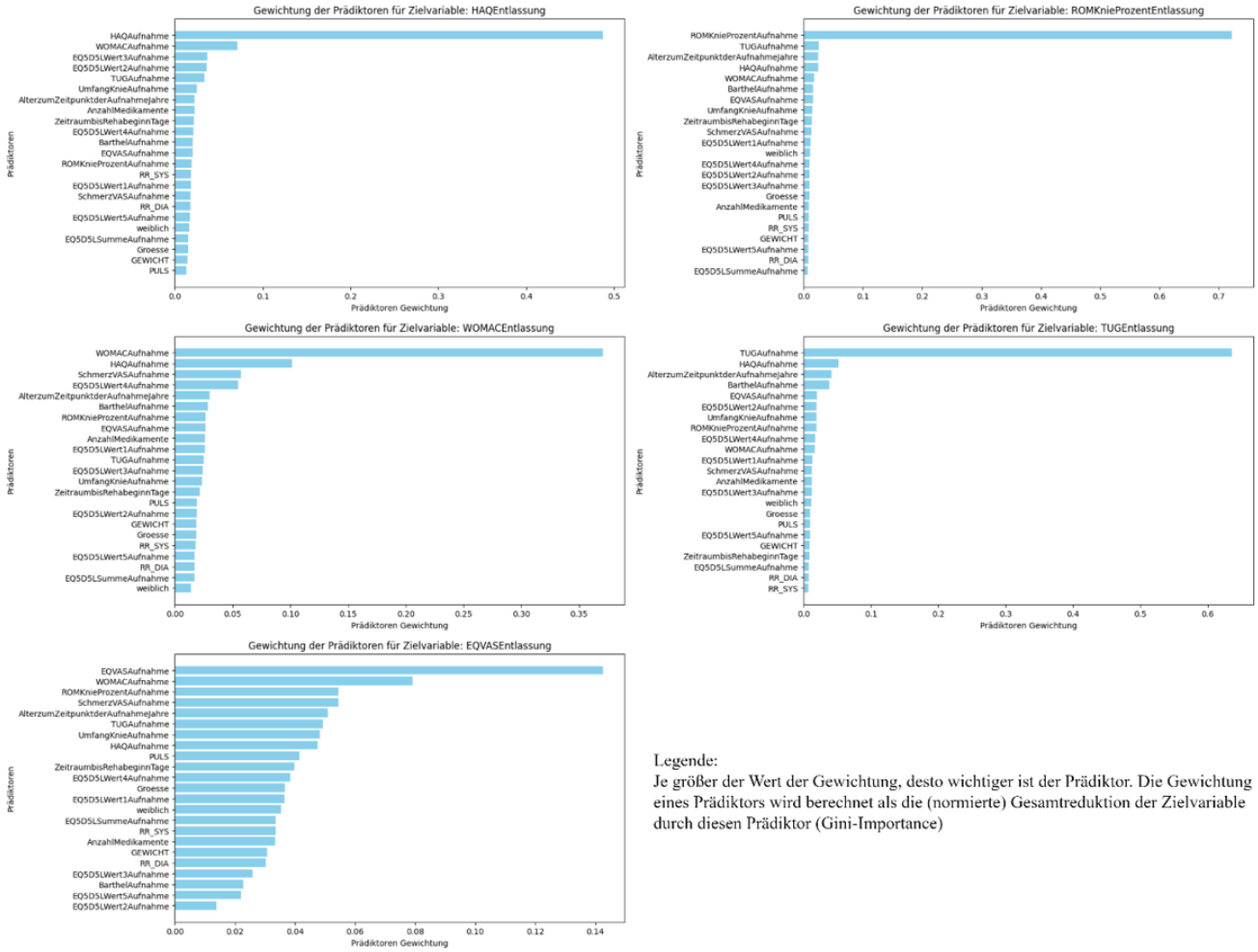


Abb. 2.: Aufnahmeparameter

Diskussion und Fazit

In dieser Studie wurde das Potenzial von KI-basierten Prognosemodellen zur Vorhersage des Behandlungserfolgs bei Rehabilitationspatient:innen mit Knieproblemen gezeigt.

Die besten Ergebnisse lieferten die Vorhersagen der CROMs zur Mobilität und dem Bewegungsradius des Knies. Knie-spezifische PROMs ließen sich etwas schlechter prognostizieren. Allgemeine PROMs ließen sich nicht vorhersagen. Eine Erklärung könnte die Multidimensionalität des allgemeinen Gesundheitszustandes sein, der möglicherweise stärker durch andere Einflussfaktoren beeinflusst wird.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse eine mögliche Anwendung von KI-basierten Prognosemodellen in der orthopädischen Rehabilitation. Weitere Forschung ist notwendig, um den Rehabilitationserfolg für Kniepatient:innen noch genauer vorhersagen und die individualisierte Behandlung optimieren zu können.

Take-Home-Message

CROMs und spezifische PROMs von Kniepatient:innen nach der Rehabilitation lassen sich mit KI-basierten Prognosemodellen vorhersagen.

Literatur

Canovas, F., Dagneaux, L. (2018): Quality of life after total knee arthroplasty. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research, 104 (1, Supplement), S41–S46. https://doi.org/10.1016/j.otsr.2017.04.017

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S. (2012): Shared decision making: A model for clinical practice. Journal of general internal medicine, 27, 1361–1367.

Karlin, E. A., Lin, C. C., Meftah, M., Slover, J. D., Schwarzkopf, R. (2023): The Impact of Machine Learning on Total Joint Arthroplasty Patient Outcomes: A Systemic Review. The Journal of Arthroplasty, 38(10), 2085–2095. https://doi.org/10.1016/j.arth.2022.10.039

Kurzfristige Ergebnisse der intersektoralen und interdisziplinären Fast-Track Versorgung von Patienten mit Knie- und Hüft TEPs

Johannes Schröter[1]; Natascha Raisig[1]; Annika Schröter[2]; Philipp Drees[2]

[1] MEDIAN Reha-Zentrum Wiesbaden Sonnenberg, [2] Universitätsmedizin Mainz

Hintergrund und Zielstellung

Die Implantation von Knie- und Hüftendoprothesen (TEP) zählt weltweit zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen. Obwohl der Rehabilitation nach diesen Operationen eine zentrale Rolle zukommt, gibt es bisher nur wenige evidenzbasierte Rehabilitationskonzepte. Ein besonderer Fokus liegt auf dem Fast-track-Ansatz, der sowohl prä- als auch postoperative Maßnahmen umfasst, um den Genesungsprozess zu beschleunigen. Viele Reha-Einrichtungen sind jedoch weder mit dem Fast-track-Ansatz vertraut noch dafür ausgelegt (Drees et al., 2021). Diese Studie, die im Rahmen des PROMISE-Projekts durchgeführt wurde, untersucht, ob der Fast-track-Ansatz sowohl während der Operation als auch in der anschließenden Rehabilitation wirksam ist.

Methoden

Studienpopulation und Design

Die PROMISE-Studie wurde als multizentrische, prospektive Studie konzipiert und von 2018- 2021 durchgeführt. Teilnehmer waren drei operierende Einrichtungen (Universitätsklinik, spezialisierte Fachklinik, Belegklinik) und drei MEDIAN Rehakliniken. Insgesamt wurden 772 PROMISE-Patienten nach Knie- oder Hüft-TEP in die Auswertung aufgenommen, von denen jedoch nur 42 % die Reha in einer PROMISE-Teilnehmerklinik durchführten. Als Vergleich dienten 22.176 Patienten, die im selben Zeitraum in 35 weiteren MEDIAN-Rehabilitationskliniken mit einer orthopädischen Fachabteilung in Deutschland behandelt wurden und von denen vollständige Datensätze vorlagen. Für die Datenanalyse wurden zu Reha-Ende zwei Subgruppen der PROMISE-Patienten gebildet: diejenigen, die ihre Anschlussheilbehandlung (AHB) in einer MEDIAN-Klinik durchliefen (PROMISE_MEDIAN n = 193), und diejenigen, die in anderen Rehakliniken behandelt wurden (PROMISE_keinMEDIAN n = 579).

Intervention

Der ERAS-Ansatz (Enhanced Recovery After Surgery) beinhaltet prä- und postoperative Maßnahmen. Bereits am Tag der Operation ist eine Vollbelastung des operierten Beines erlaubt, um eine frühe Mobilisation zu fördern. Weiterhin bestehen keine Bewegungseinschränkungen für das operierte Gelenk. In den MEDIAN-Rehakliniken wird nach diesen evidenzbasierten ERAS-Therapieprogrammen rehabilitiert.

Messinstrumente

Hauptmessinstrument war der Staffelstein-Score, welcher bei Aufnahme und Entlassung aus der Reha erhoben wurde. Sekundäre Parameter waren die Verweildauer (VWD) im Akutkrankenhaus und die Übergangszeit zur Reha.

Ergebnisse

Fast-track im Akuthaus

In Bezug auf die Fast-track-Operation zeigen die Ergebnisse eine signifikante Verkürzung der Übergangszeit von der Operation bis zum Rehabilitationsbeginn (Mittelwert Einweisungszeiten PROMISE 7,65 Tage; MEDIAN-Vergleichsgruppe: 12,74 Tage).

Darüber hinaus wiesen die Staffelstein-Scores der Fast-track-Patienten (PROMISE) bei Reha-Beginn signifikant höhere Werte auf. Bei Hüft-TEP-Patienten lag der Score in der PROMISE-Gruppe bei 81,6 Punkten im Vergleich zu 69,91 Punkten in der MEDIAN- Vergleichsgruppe ($p < 0,01$). Für Knie-TEP-Patienten lag der Score in der PROMISE-Gruppe bei 76,43 Punkten und in der MEDIAN-Vergleichsgruppe bei 65,20 Punkten ($p < 0,01$).

Fast-track in der Reha

Patienten, die nach Fast-track Kriterien operiert wurden, die Reha jedoch in einer nicht Fast-track Reha-Einrichtung durchführten (PROMISE_nichtMEDIAN), erzielten die schlechtesten Ergebnisse im Staffelstein Score bei Reha-Ende (Mittelwerte Hüft-TEP-Patienten 93,82 Punkte; Knie-TEP-Patienten 88,33 Punkte; $p < 0,01$).

Patienten, die nach Fast-track Kriterien operiert wurden und ihre Reha auch in einer Fast-track Reha-Einrichtung absolvierten (PROMISE_MEDIAN), erzielten dagegen deutlich besser Ergebnisse im Staffelstein Score (Mittelwert Hüft-TEP-Patienten 98,28 Punkte; Knie- TEP- Patienten 96,46 Punkte).

Patienten, welche nach beliebigen Kriterien operiert wurden und ihre Reha in einer Fast-track Rehaklinik absolvierten (MEDIAN), erzielten ähnliche gute Ergebnisse im Staffelstein Score wie die PROMISE_MEDIAN Patienten: Mittelwert Hüft-TEP-Patienten 97,92 Punkte und Knie-TEP-Patienten 95,13 Punkte. Diese Ergebnisse unterscheiden sich nicht statistisch signifikant von den PROMISE_MEDIAN Patienten ($p > 0,01$).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass der Fast-track-Ansatz im Akutkrankenhaus signifikant zu einer schnelleren Übergangszeit zur Rehabilitation und zu besseren funktionellen Ergebnissen bei Reha-Beginn führt. In der Rehabilitation selbst zeigte sich jedoch, dass der Fast-track-Ansatz nur dann nachhaltig wirksam ist, wenn er auch in der Reha konsequent fortgesetzt wird. Patienten, die ihre Rehabilitation nicht in einer Fast-track-orientierten Einrichtung durchliefen, zeigten am Reha-Ende signifikant schlechtere Ergebnisse.

Die Studie zeigt zum einen, dass der Erfolg einer Fast-track-Operation maßgeblich von der anschließenden Reha abhängig ist. Wenn der Fast-track Ansatz nach der Operation nicht konsequent weitergeführt wird, können die Patienten nicht von den initialen Vorteilen profitieren.

Zum zweiten konnte gezeigt werden, dass eine Fast-track Rehabilitation nach den ERAS- Kriterien so effektiv ist, dass die Rehabilitanden, unabhängig vom Op-Verfahren, nahezu dasselbe Ergebnisse erreichen (bezüglich Schmerz, Bewegungsumfänge und Teilhabe gemessen mit dem Staffelstein Score) wie die ausschließlich nach Fast-Track operierten PROMISE Patienten.

Take-Home-Message

Fast-track-OPs führen zu einem besseren post-op Outcome, doch verschwindet dieser Vorteil, wenn die AHB nicht auch nach Fast-track-Kriterien erfolgt.

Literatur

Drees, P., Betz, U., Klonschinski, T. (2021): Meilensteine in der orthopädischen Wissensentwicklung und Therapie/perioperative Medizin. Die Orthopädie, 50(10), 835-838.

Nicht-Unterlegenheit einer hybriden ambulanten orthopädischen Rehabilitation: 3- und 12-Monats-Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie

Richard Albers[1]; Stella Lemke[1]; Matthias Bethge[1], David Fauser[1]; Sebastian Knapp[2]; Gert Krischak[3]

[1] Universität zu Lübeck, [2] Caspar Health,
[3] Zentren für ambulante Rehabilitation Friedrichshafen

Hintergrund und Zielstellung

Internationale Studien, die telerehabilitative Interventionen und rehabilitative Leistungen in Präsenz verglichen haben, zeigen bei Personen mit Rückenschmerzen vergleichbare Verbesserungen (Seron et al., 2021). In Deutschland wird das evidenzbasierte standardisierte Curriculum Rückenschule der Deutschen Rentenversicherung Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019) als Teil der multimodalen Rehabilitation bei Rückenschmerzen angeboten. Unsere nicht verblindete, multizentrische, randomisierte kontrollierte Studie untersuchte die Nicht-Unterlegenheit einer hybriden digital assistierten Rehabilitation mit einer digitalen Version des Curriculums Rückenschule (Interventionsgruppe, IG) gegenüber einer Rehabilitation in der das Curriculum Rückenschule in Präsenz wahrgenommen wurde (Kontrollgruppe, KG).

Methoden

Eingeschlossen wurden Patientinnen und Patienten im Alter von 18 bis 65 Jahren mit Rückenschmerzen, die mittels computergenerierter Blockrandomisierung der IG oder KG zugeteilt wurden. Beide Gruppen erhielten das Curriculum Rückenschule als Teil der dreiwöchigen multimodalen Rehabilitation. Die KG erhielt die Rückenschule in Präsenz

innerhalb der Räumlichkeiten des ambulanten Rehabilitationszentrums. Die IG erhielt die Rückenschule digital von zu Hause über ein privates elektronisches Gerät. Neben der Rückenschule nahmen beide Gruppen an Therapien gemäß den Reha-Therapiestandards für Personen mit chronischen Rückenschmerzen teil. Fragebogendaten wurden zu Beginn und am Ende der Rehabilitation sowie drei und zwölf Monate nach Ende der Rehabilitation erhoben. Das primäre Zielkriterium war schmerzspezifische Schmerzselbstwirksamkeit (10 bis 60 Punkte) (Mangels et al., 2009). Wir legten -4 Punkte als Nicht- Unterlegenheitsgrenze fest, da 4 Punkte etwas unter dem kleinsten klinisch relevanten Unterschied (5,5 bis 8,5) liegen, der für schmerzspezifische Selbstwirksamkeit bei Personen mit Rückenschmerzen berichtet wurde (Dube et al., 2021). Wir gingen von Nicht-Unterlegenheit der hybriden digital unterstützten Rehabilitation aus, wenn die untere Grenze des einseitigen 95-%-Konfidenzintervalls -4 Punkte nicht überschritt. Sekundäre Zielkriterien waren u. a. der aktuelle Gesundheitszustand und die Schmerzen. Es wurden lineare Modelle unter Kontrolle der Rehabilitationszentren und des Wertes der Ersterhebung berechnet. Weitere Informationen sind im Studienprotokoll (Albers et al., 2023) und in der Studienregistrierung (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00028770) zu finden.

Ergebnisse

Für die Analyse berücksichtigten wir zu allen Messzeitpunkten 270 Teilnehmende (IG: n = 127; KG: n = 143). Die Stichprobenmerkmale beider Gruppen bei der Ersterhebung waren vergleichbar. Unsere primäre adjustierte Intention-to-treat-Analyse zeigte, dass die hybride digital assistierte Rehabilitation der Rehabilitation in Präsenz am Ende der Rehabilitation (b = -0,55; 95-%-KI = -2,75 bis ∞), beim 3-Monats-Follow-up (b = 0,24; 95- %- KI = -2,86 bis ∞) und beim 12-Monats-Follow-up (b = 0,48; 95-%-KI = -3,09 bis ∞) nicht unterlegen war. Weitere Sensitivitätsanalysen bestätigten diese Befunde.

Die sekundären Zielkriterien wurden auf Überlegenheit getestet, wobei unsere Primäranalyse keine signifikanten Gruppenunterschiede feststellte. Unsere drei Sensitivitätsanalysen (nicht-adjustierte Intention-to-treat-Analyse, adjustierte Complete-Case-Analyse, adjustierte Per- Protocol-Analyse) zeigten für die sekundären Zielkriterien gegensteuernde Aktivitäten und Kompetenzerleben mitunter bessere Resultate zugunsten der IG zum 3- und 12- Monats- Follow-up.

Diskussion und Fazit

Unsere Studie zeigt – wie einige ähnliche Studien –, dass eine hybride digital assistierte Rehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen eine Alternative zur persönlichen Rehabilitation im Setting der ambulanten Rehabilitation darstellen kann. Die Nicht-Unterlegenheit der von uns untersuchten hybriden Rehabilitation wurde auch in unseren Sensitivitätsanalysen bestätigt. Dies spricht für die Robustheit unseres Befundes. Aufgrund des multizentrischen Designs unserer Studie gehen wir zudem von einer hohen externen Validität unserer Ergebnisse aus.

Take-Home-Message

Eine hybride digital assistierte Rehabilitation ermöglicht eine Flexibilisierung der orthopädischen Rehabilitation im ambulanten Setting.

Literatur

Albers, R., Lemke, S., Knapp, S., Krischak, G., Bethge, M. (2023): Non-inferiority of a hybrid outpatient rehabilitation: a randomized controlled trial (HIRE, DRKS00028770). BMC Digital Health, 1. 15.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2019): Curriculum Chronischer Schmerz. Standardisierte Patientenschulung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Dube, M. O., Langevin, P., Roy, J. S. (2021): Measurement properties of the pain self-efficacy questionnaire in populations with musculoskeletal disorders: a systematic review. Pain Reports, 6. e972.

Mangels, M., Schwarz, S., Sohr, G., Holme, M., Rief, W. (2009): Der Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit (FESS). Eine Adaption des Pain-Efficacy Questionnaire für den deutschen Sprachraum. Diagnostica, 55. 84-93.

Seron, P., Oliveros, M. J., Gutierrez-Arias, R., Fuentes-Aspe, R., Torres-Castro, R. C., Merino-Osorio, C., Nahuelhual, P., Inostroza, J., Jalil, Y., Solano, R., Marzuca-Nassr, G. N., Aguilera-Eguía, R., Lavados-Romo, P., Soto-Rodríguez, F. J., Sabelle, C., Villarroel-Silva, G., Gomolán, P., Huaiquilaf, S., Sanchez, P. (2021): Effectiveness of telerehabilitation in physical therapy: a rapid overview. Physical Therapy, 101. pzab053.

Interessenkonflikt: Matthias Bethge hat von der Deutschen Forschungsgemeinschaft, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie von der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Rentenversicherung Nord, Berlin-Brandenburg und Knappschaft-Bahn-See Fördermittel für Studien zur Rehabilitation erhalten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Prospektive randomisierte Nicht-Unterlegenheitsstudie zur Rehabilitation nach Knie-TEP mit CPM vs. Physiotherapie in der stationären Anschlussheilbehandlung

Johannes Schröter[1]; Julian Renz[2]; Natascha Raisig; Per Otto Schüller[3]; Yama Afghanyar[4]; Charlotte Arand[4]; Erol Gercek[4]

[1] MEDIAN Reha-Zentrum Wiesbaden Sonnenberg, [2] Universität Witten/Herdecke, [3] MEDIAN Klinik Flechtingen, [4] Universitätsmedizin Mainz

Hintergrund und Zielstellung

Die steigenden Fallzahlen für die Implantation von Knie-Totalendoprothesen (TEP) und der zunehmende Fachkräftemangel, insbesondere im Bereich der Physiotherapie, erhöhen den Bedarf einer optimierten Rehabilitation. In diesem Kontext untersucht diese Studie die Nicht-Unterlegenheit von Continuous-Passive-Motion (CPM) als teilweisen Ersatz der Gruppenphysiotherapie (GPT) während der stationären Anschlussheilbehandlung (AHB) nach Knie-TEP Implantation.

Methoden

Es handelt sich um eine prospektive, randomisierte, kontrollierte und multizentrische Studie. Patienten nach Knie-TEP Implantation wurden im Rahmen der stationären AHB in die Studie aufgenommen. Die Therapieinhalte orientierten sich dabei an den Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Die Patienten wurden zufällig per Los zu einer der beiden folgenden Gruppen zugeteilt:

Die GPT Gruppe (Kontrollgruppe mit Gruppenphysiotherapie) erhielt im ersten Studienabschnitt eine multimodale Therapie entsprechend den Vorgaben der „Reha-Therapiestandards Knie-TEP“ der Deutschen Rentenversicherung.

Bei der CPM Gruppe (Studiengruppe) wurde werktäglich eine Gruppenphysiotherapie durch eine Behandlung mit der CPM-Motorbewegungsschiene á 20 Minuten unter Aufsicht für die ersten 10 Tage ihres Reha-Aufenthaltes ersetzt. Darüber hinaus hatten die CPM Patienten die Möglichkeit, die CPM Schiene eigenständig zusätzlich in diesem Zeitraum zu nutzen.

Für die restliche Dauer des Reha-Aufenthaltes erhielten beide Gruppen die identische Anzahl an gruppenphysiotherapeutischer Behandlung und die CPM Nutzung fiel weg. Alle weiteren Therapien unterschieden sich über den gesamten stationären Aufenthalt nicht für beide Gruppen.

Primäres Zielkriterium war der Staffelstein Score zu Reha-Ende (t2). Sekundäre Zielparameter sind der Oxford Knee Score (OKS), der Bewegungsumfang (Range of motion (ROM)) und die Schmerzerfassung über die visuelle Analogskala (VAS). Die Daten wurden für die Zeitpunkte t0 (Aufnahme Reha-Klinik), t1 (Ende der CPM Therapie), t2 (Entlassung Reha-Klinik) und t3 (Follow-up 3 Monate post Reha) erhoben.

Die Nicht-Unterlegenheit der CPM Gruppe wurde wie folgt definiert:

Die Gruppen unterscheiden sich um nicht mehr als +/- 6 Punkte (= 5 % des Maximalwerts) im Staffelstein Score zum Zeitpunkt t2. Auf Basis dieser Annahme sowie einer statistischen Power von 90 % und einem Signifikanzniveau von 5 % ergibt sich eine Fallzahl von 77 Teilnehmern pro Gruppe. Für das primäre Zielkriterium wurde eine konfirmatorische Datenanalyse durchgeführt. Die sekundären Zielkriterien wurden explorativ analysiert.

Ergebnisse

Im primären Zielkriterium, dem Staffelstein Score zu Reha-Ende (t2), zeigen sich keine statistisch signifikanten oder klinisch relevanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Am Ende der Rehabilitation liegt der Staffelstein Score in der CPM-Gruppe ($n = 87$) bei 94 ± 10 Punkten, während die GPT-Gruppe ($n = 88$) 92 ± 10 Punkte erreicht ($p > 0{,}005$). Beide Gruppen zeigen eine vergleichbare Verbesserung im Verlauf der Rehabilitation. Auch im OKS gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen; beide Gruppen zeigen eine Verbesserung über den Behandlungsverlauf.

In Bezug auf die weiteren sekundären Zielparameter ergeben sich ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede: Die CPM-Gruppe zeigt jedoch einen tendenziell besseren Schmerzverlauf anhand der VAS während der 10-tägigen Behandlungsphase.

Diskussion und Fazit

Die Studie zeigt, dass der teilweise Ersatz der Gruppenphysiotherapie durch die Anwendung der CPM-Motorbewegungsschiene während der stationären Rehabilitation im Rahmen der AHB nach Knie-TEP zu vergleichbaren Behandlungsergebnissen führt. Dies unterstreicht das Potenzial von CPM in der Therapie in der postoperativen Rehabilitation, insbesondere angesichts des zunehmenden Mangels an Physiotherapeuten. Allerdings bleibt die individuelle Physiotherapie ein wichtiger Bestandteil zur langfristigen Optimierung des Rehabilitationsprozesses.

Take-Home-Message

Eine Behandlung mittels einer CPM-Motorbewegungsschiene stellt eine äquivalente ressourcenschonende Therapiealternative zur Gruppenphysiotherapie nach Knie-TEP in der stationären multimodalen Rehabilitation im Rahmen der AHB dar.

Literatur

In Druck: Schröter, J., Renz, J., Raisig, N., Schüller, P.O., Afghanyar, Y., Arand, C., Nienhaus, M., Gercek, E. (2024): Efficacy of continuous passive motion compared to physiotherapy in rehabilitation after total knee replacement: a prospective randomized controlled non-inferiority trial. International Journal of Rehabilitation Research. doi: 10.1097/MRR.0000000000000646.

Was beeinflusst die Funktionsfähigkeit im Alltag nach TEP? – Zwischenergebnisse aus dem ProSEeG Projekt

Madeleine Gernert[1]; Lea Dejonghe[2]; Marc Schöttler[3]; Andrea Schaller[4]

[1] Deutsche Sporthochschule Köln, [2] Deutsche Rentenversicherung Rheinland, [3] Lahntalklinik Bad Ems, [4] Universität der Bundeswehr München

Hintergrund und Zielstellung

Immer mehr Menschen erhalten bereits im erwerbsfähigen Alter eine Hüft- oder Knie-Totalendoprothese (TEP) (Grimberg et al., 2023). Nach der Akutversorgung führen die Patient*innen für gewöhnlich eine dreiwöchige Anschlussrehabilitation (AHB) durch. Ziel der AHB ist die Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Funktionsfähigkeit (DRV Bund, 2017). Zur Stabilisation der Rehabilitationseffekte können im Anschluss weitere Nachsorgeangebote wie die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA), die Trainingstherapeutische Rehabilitationsnachsorge (T-RENA), Rehasport oder Funktionstraining wahrgenommen werden. Vor diesem Hintergrund wird die folgende Fragestellung behandelt: Was beeinflusst die Funktionsfähigkeit im Alltag von TEP-Patient*innen drei Monate nach AHB-Beginn?

Methoden

Im rehapro Projekt „ProSEeG“ wurden von Oktober 2022 bis Oktober 2023 146 Personen (62 % männlich, 87 % > 50 Jahre alt) vor ihrer Hüft- oder Knie-TEP-Operation rekrutiert. Diese durchliefen nach der Implantation eine stationäre AHB gemäß den Reha-Therapiestandards (RTS) der DRV (DRV Bund, 2020). Einschlusskriterien waren: aktuelle Erwerbstätigkeit,

erstmaliger Gelenkersatz an unteren Extremitäten aufgrund chronisch-degenerativer Gelenkveränderung, Versicherung bei der DRV Rheinland oder Rheinland-Pfalz und Erfüllung der Voraussetzungen für eine AHB. Ausgeschlossen wurden TEP-Wechsel oder TEPs nach akutem Trauma.

Die Patient*innen füllten vor der OP (T0), zu Beginn der AHB (T1), drei Wochen (T2) und drei Monate (T3) nach T1 Fragebögen aus. Diese beinhalteten Fragen zur Soziodemografie (T0), zur gesundheitlichen (T0-T3) und beruflichen (T0 & T3) Situation und dem Behandlungsverlauf (T0-T3). Mit dem Funktionsfragebogen Hannover für Osteoarthritis (FFbH-OA) (Kohlmann et al., 1999) wurde die Funktionsfähigkeit im Alltag (0-100 %) erhoben (T0-T3).

Mit einer multiplen Regressionsanalyse (Einschluss) wurde die Assoziation unabhängiger Variablen (UV) mit der Funktionsfähigkeit im Alltag (T3) berechnet. Dichotome UV waren Geschlecht (männlich/weiblich), Alter (über/unter 50 Jahre), Komorbidität (> 1/keine) und Teilnahme an IRENA, T-RENA und Rehasport/Funktionstraining (jeweils ja/nein). Metrische UV waren die Funktionsfähigkeit im Alltag (T0 & T2), Zufriedenheit mit der AHB und Schmerzen (T3). In die Regressionsanalyse flossen nur vollständige Datensätze (Responder) ein. Um Verzerrungen zu erkennen, wurden Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern untersucht. Das Signifikanzniveau lag bei 5 %.

Ergebnisse

Von den 146 Teilnehmenden lagen 78 vollständige Datensätze (50 %) vor (Dropout-Quote 22 %; fehlende Items bei 28 %). Hinsichtlich des Alters und der Teilnahme an IRENA und Rehasport/Funktionstraining gab es signifikante Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern. Von den Respondern (60 % männlich, 94 % > 50 Jahre) erhielten 65 % eine Knie-TEP, 35 % eine Hüft-TEP. Vor der OP (T0) lag die Funktionsfähigkeit im Alltag bei durchschnittlich 60,0 ± 1,4 %, drei Wochen nach AHB-Beginn (T2) bei 62,0 ± 2,1 % und schließlich (T3) bei 72,2 ± 2,2 %.

Das Regressionsmodell zeigt eine signifikante Assoziation der UV mit der Funktionsfähigkeit im Alltag (T3) ($F(10, 67) = 12,66$; $p < 0,001$) und hat eine hohe Anpassungsgüte ($R2=0,65$; korrigiertes $R2=0,60$). Schmerzen sind negativ mit der Funktionsfähigkeit assoziiert (ß=-3,52; $p < 0,001$). Es gibt einen positiven Zusammenhang mit den Werten der Funktionsfähigkeit vor der OP (ß=0,32; $p < 0,01$) und nach der AHB (ß=0,29; $p < 0,01$). Das Vorliegen mindestens einer Komorbidität (ß=-11,9; $p < 0,01$) und die Teilnahme am Rehasport/Funktionstraining (T3) (ß=-7,61; $p < 0,05$) sind mit einer schlechteren Funktionsfähigkeit (T3) assoziiert. Geschlecht, Alter, Zufriedenheit mit der AHB sowie die Teilnahme an IRENA/T-RENA sind nicht signifikant mit der Funktionsfähigkeit (T3) assoziiert.

Diskussion und Fazit

Grundsätzlich verbessert sich die Funktionsfähigkeit im Alltag nach Hüft-/ Knie-TEP und stationärer AHB, auch wenn Schmerzen die Funktionsfähigkeit drei Monate nach AHB-Beginn weiterhin einschränken. Da die präoperative Funktionsfähigkeit mit der Funktionsfähigkeit nach etwa drei Monaten zusammenhängt, deuten die Ergebnisse im Einklang mit der Literatur auf den potenziellen Nutzen präoperativer Vorbereitung hin (Moyer et al., 2017). Rehasport/Funktionstraining scheint eher von Patient*innen wahrgenommen zu werden, die mehr Einschränkungen in Alltagsaktivitäten haben. Um das Potenzial der verschiedenen

Nachsorgeangebote besser beurteilen zu können, sind längere Beobachtungszeiträume nötig.

Take-Home-Message

Die Funktionsfähigkeit im Alltag von Hüft- und Knie-TEP-Patient*innen hängt drei Monate nach Beginn der AHB noch maßgeblich mit der präoperativen Funktionsfähigkeit und dem Bestehen von Schmerzen zusammen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund (2017): Medizinische Voraussetzungen der Anschlussrehabilitation (AHB). AHB-Indikationskatalog. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2020): Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Berlin.

Grimberg, A., Lützner, J., Melsheimer, O., Morlock, M., Steinbrück, A. (2023): Jahresbericht 2023. Mit Sicherheit mehr Qualität. Berlin: EPRD Deutsches Endoprothesenregister.

Kohlmann T., Richter T., Heinrichs K., Peschel, U., Knahr, K., Kryspin-Exner, I. (1999): Entwicklung und Validierung des Funktionsfragebogens Hannover für Patienten mit Arthrosen der Hüft- und Kniegelenke (FFbH-OA). DRV Schriften, Bd 12. 40-42.

Moyer, R., Ikert, K., Long, K., Marsh, J. (2017): The value of preoperative exercise and education for patients undergoing total hip and knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. JBJS reviews, 5, 12, e2.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Die Pilotierung von RV Fit Psychische Gesundheit - Ergebnisse der Mixed-Methods-Studie

Jan Gehrmann; Johannes Stephan; Jan Dehner; Ananda Stullich; Matthias Richter

Technische Universität München (TUM)

Hintergrund und Zielstellung

Die Prävalenz psychischer Störungen hat in vielen europäischen Ländern zugenommen und ist damit ein Hauptfaktor für Arbeitsunfähigkeitsfälle (Salmonsson et al. 2018). Präventionsmaßnahmen, insbesondere in Form digitaler Interventionen, sind ein vielversprechender Ansatz. Im Rahmen des Projektes zur Entwicklung, Erprobung und Evaluierung einer psychosozialen, app-gestützten Präventionsleistung (PE³PP) wurde die Intervention „RV Fit Psychische Gesundheit“ entwickelt (Stephan et al. 2024). Diese umfasst eine zweiwöchige stationäre Initialphase, gefolgt von einer zwölfwöchigen, app-gestützten Trainingsphase mit der App „MindDistrict“. PE³PP wird im Rahmen des Bundesprogramms „rehapro“ durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert. Die Pilotierung erfolgte von September 2023 bis März 2024 mit insgesamt 27 Teilnehmenden in zwei Kliniken, welche über die DRV Mitteldeutschland rekrutiert wurden. Die Zielstellung dieses Beitrags ist es, die qualitativen und quantitativen Ergebnisse der Pilotierung der Intervention darzustellen.

Methoden

Die Pilotierung wurde im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie evaluiert (Cresswell, Plano Clark 2018). Hierbei wurden die Akzeptanz, Machbarkeit und Optimierungsmöglichkeiten in Erfahrung gebracht werden sowie die erreichte Zielgruppe dargestellt werden. Die qualitative Datenerhebung erfolgte mittels Fokusgruppen mit den Präventand*innen. Diese wurden inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet (Mayring 2014). Weiterhin erfolgte die Erfassung von soziodemographischen Variablen, Diagnosen und verschiedener Outcomes (u.a. Arbeitsfähigkeit mit Work Ability Index, Lebensqualität mit WHOQOL-BREF oder Depression, Angst und Stress mit DASS-21) für die Charakterisierung der erreichten Zielgruppe, welche deskriptiv analysiert wurden.

Ergebnisse

An der qualitativen Erhebung haben 18 Personen teilgenommen und an der quantitativen Querschnittserhebung 21 Personen. Die qualitativen Ergebnisse verweisen auf vielfältige Chancen und Herausforderungen sowie auf eine hohe Akzeptanz der Maßnahme. Als Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung lassen sich vier Aspekte hervorheben: die Verzahnung der stationären und digitalen Phase einschließlich der Gruppendynamik; die Ambivalenz der Nutzung der App als große Chance („den Therapeuten zu Hause“) bei gleichzeitiger Herausforderung der Alltagsintegration („das habe ich mir jetzt auch noch an das Bein gebunden.“); die eHealth-Literacy („komme ich dann wirklich damit klar?“) sowie die

Rolle der Therapeut*innen in der stationären wie digitalen Phase („dass diese Begleitung auch stattfindet dann“). Hieraus ergeben sich Optimierungsmöglichkeiten der Intervention. Weiterhin zeigt sich eine Heterogenität der Teilnehmenden hinsichtlich des Krankheitsbildes („Aber dieses Krankheitsbild, was wir hier in der Gruppe haben, das liegt schon sehr weit auseinander“) und Krankheitszustandes bzw. -fortschritts (Teilnahme einen „Zacken zu spät“). Hinsichtlich der erreichten Zielgruppe zeigt sich auch in den quantitativen Daten die Heterogenität der Teilnehmenden, die sich hinsichtlich soziodemographischer Merkmale (Alter: MW: 53,8 (SD: 7,5); Geschlecht: 42,9 % männlich, 57,1 % weiblich; Migrationshintergrund: 9,5 % ja), Diagnosen und Outcomes unterscheiden.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse ermöglichen wichtige Einblicke in die Implementierung der neuen Intervention und eine bedarfsorientierte Optimierung. Die Ergebnisse zu den Erwartungen und Anforderungen an die digitale Trainingsphase sowie die Bedeutung der Gruppendynamik sind von großer Relevanz. So bedarf es einer zielgerichteten Einführung in die App-Nutzung inkl. klarer Zielsetzung für die digitale Trainingsphase und Einbettung in die therapeutische Begleitung, einer Verzahnung zwischen stationärer und digitaler Phase, der Stärkung der Gruppendynamik auch während der digitalen Phase, um damit eine nachhaltige Verhaltensänderung erzielen zu können. Bedeutsam sind die Chancen und Herausforderungen bei der innovativen Kombinierung einer stationären Phase mit einer digitalen, therapeutisch begleiteten Eigenaktivitätsphase. Besonderheiten und Anforderungen ergeben sich ebenso aus der Heterogenität der erreichten Zielgruppe. Eine entsprechende Evaluation der weiteren Zugangswege (Zugangsweg 1: DRV – genutzt in der Pilotierung, Zugangsweg 2: AOK Plus, Zugangsweg 3: Öffentlichkeitsarbeit/ Kliniken) ist daher künftig von Bedeutung.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse der Pilotierung von „RV Fit Psychische Gesundheit“ liefern wichtige Erkenntnisse zur Umsetzung und Optimierung der Präventionsleistung und bieten Ansatzpunkte für die Entwicklung digitaler Präventions- und Rehabilitationsangebote.

Literatur

Creswell, J.W., Plano Clark, V.L. (2018): Designing and conducting mixed methods research. Third edition, international student edition. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne: SAGE.

Mayring, P. (2014): Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution. Klagenfurt.

Salomonsson, S., Hedman-Lagerlöf, E., Öst, L.-G. (2018): Sickness absence: a systematic review and meta-analysis of psychological treatments for individuals on sick leave due to common mental disorders. Psychol Med 2018 (48):1954–65.

Stephan, J., Gehrmann, J., Stullich, A., Hoffmann, L., Richter, M. for the PE³PP study group (2024): Development, piloting and evaluation of an app-supported Psychosocial prevention intervention to strengthen participation in working life: a study protocol of a mixed-methods approach. BMJ Open;14:e081390.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Rekrutierungspotenzial und -strategien der psychosozialen Präventionsleistung RV Fit Psychische Gesundheit

Frank Gabel[1]; Johannes Stephan[2]; Jan Gehrmann[2]; Kerstin Mattukat[1]

[1] Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland, [2] Technische Universität München (TUM)

Hintergrund und Zielstellung

Die Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zielen darauf ab, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten und die nachhaltige Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern. Das Bundesprogramm rehapro bietet Raum zur Erprobung innovativer Ansätze in der Prävention und Rehabilitation. Das hierüber geförderte „Projekt zur Entwicklung, Erprobung und Evaluierung einer psychosozialen Präventionsleistung“ (PE³PP) der DRV Mitteldeutschland adressiert die zunehmende Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung und soll durch die frühzeitige Intervention einen späteren Rehabilitationsbedarf vermeiden.

Im Modellprojekt PE³PP wurde die Präventionsleistung „RV Fit Psychische Gesundheit“ für Versicherte der DRV Mitteldeutschland mit beginnenden psychischen Beeinträchtigungen entwickelt und durch proaktive Rekrutierungsstrategien drei verschiedene Zugangsmöglichkeiten geschaffen: Zugangsweg 1 richtet sich an Personen, deren Antrag auf eine psychosomatische Rehabilitation abgelehnt wurde. Diese Versicherten erhalten nach Prüfung durch den Sozialmedizinischen Dienst ein Angebot zur Teilnahme an „RV Fit Psychische Gesundheit“. Zugangsweg 2 identifiziert über ein automatisiertes Verfahren („Prozessroboter“ der AOK PLUS) Personen, die erstmalig mit einer psychischen Diagnose arbeitsunfähig werden. Diese erhalten von der AOK PLUS das Teilnahmeangebot. Zugangsweg 3 richtet sich an Personen, die über Zugangsweg 1 oder 2 nicht erreicht werden und durch eigene Recherche oder persönliche Empfehlungen von „RV Fit Psychische Gesundheit“ erfahren. Hier erfolgt die Eignungsprüfung für die Präventionsleistung durch die Rehabilitationseinrichtung. Die Zugangswege wurden zeitlich versetzt entwickelt und implementiert. Ziel des Beitrags ist es, die Zugangswege zur innovativen Präventionsleistung hinsichtlich ihrer Reichweite zu analysieren und ihre Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken zu bewerten.

Methoden

Die Evaluierung der Zugangswege erfolgte mittels eines Mixed-Methods-Designs. Quantitative Daten wurden aus den internen Datenbanken der DRV Mitteldeutschland und den Prozessberichten der AOK PLUS erhoben und deskriptiv analysiert, um die potenzielle Reichweite der Zugangswege darzustellen. Ergänzend wurde eine SWOT-Analyse durchgeführt, um die Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Zugangswege qualitativ zu bewerten. Diese Analyse ermöglichte eine umfassende Untersuchung der strukturellen Vorteile und identifizierte interne sowie externe Herausforderungen und Möglichkeiten. Basierend auf den Ergebnissen der SWOT-Analyse wurden konkrete Handlungsempfehlungen zur Optimierung der Rekrutierungsstrategien entwickelt.

Ergebnisse

Die deskriptive Analyse zeigt, dass monatlich durchschnittlich 90 Personen über Zugangsweg 1 und 290 Personen über Zugangsweg 2 erreicht werden, was zu einer jährlichen Reichweite von rund 4.500 Versicherten führt. Die Antragsquote für die Präventionsleistung ist bei

Zugangsweg 1 mit 31 % fast dreimal so hoch wie bei Zugangsweg 2 (11 %). Demgegenüber bietet Zugangsweg 2 durch seine größere Reichweite das Potenzial, mehr Versicherte anzusprechen. Das Potenzial von Zugangsweg 3 wird derzeit nicht proaktiv ausgeschöpft, um das Antragsaufkommen angesichts der begrenzten projektbedingten Platzkapazitäten nicht weiter zu erhöhen.

Die SWOT-Analyse zeigt, dass Zugangsweg 1 eine gezielte Ansprache ermöglicht. Er birgt jedoch das Risiko, dass die Präventionsleistung als „Trostpflaster" für die abgelehnte Rehabilitation wahrgenommen wird. Zugangsweg 2 überzeugt durch Ressourceneffizienz, adressiert jedoch oft jüngere Menschen, die präventive Maßnahmen (noch) nicht als notwendig erachten. Zugangsweg 3 hebt sich durch eine frühzeitige und passgenaue Identifikation von potenziellen Teilnehmenden hervor, bei denen eine hohe Bereitschaft zur Verbesserung des eigenen Gesundheitsverhaltens erwartet werden kann.

Zugangsweg 2 und 3 erfordern die Kooperation mit externen Partnern, wie Leistungsträgern (AOK PLUS) bzw. Leistungserbringern (Rehabilitationseinrichtungen). In der Regel überwiegen die Vorteile solcher Kooperation mögliche Nachteile, wie damit einhergehende Abhängigkeiten.

Diskussion und Fazit

Die Analyse zeigt, dass die entwickelten Zugangswege vielversprechende Ansätze zur Identifikation und Ansprache geeigneter Personen für die psychosoziale Präventionsleistung bieten. Zugangsweg 1 ermöglicht eine gezielte Ansprache von Versicherten, deren Versorgungsbedarf unterhalb einer Rehabilitation liegen. Er birgt jedoch das Risiko, den Bedürfnissen der Versicherten nicht vollumfänglich gerecht zu werden und damit Abbrüche der Prävention und erneute Rehabilitationsanträge zu begünstigen. Zugangsweg 2 überzeugt durch eine frühzeitige und effiziente Identifikation bei flexibel anpassbarer Reichweite. Zugangsweg 3 zeichnet sich durch die höchste Passgenauigkeit aus, da die Eignungsprüfung durch die Rehabilitationseinrichtung selbst erfolgt.

Alle Zugangswege erreichen Versicherte mit der Bereitschaft, ihr Gesundheitsverhalten positiv zu verändern, und bieten diesen eine frühzeitige Intervention zur langfristigen Verbesserung ihres Gesundheitszustandes. Weitere Anpassungen in der Teilnehmerauswahl sind jedoch notwendig, um deren Effektivität zu steigern und eine nachhaltige Gesundheitsförderung zu gewährleisten. Damit können krankheitsbedingte Unterbrechungen der Erwerbstätigkeit reduziert und schwere Krankheitsverläufe verhindert werden.

Take-Home-Message

Die Entwicklung und zeitlich versetzte Implementierung mehrerer Zugangswege zur Gewinnung von Teilnehmenden für „RV Fit Psychische Gesundheit" ermöglicht eine gezielte Ansprache von Beschäftigten mit beginnenden psychischen Beeinträchtigungen.

Literatur

-

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

RV Fit Kompakt:
Ist die digitale Trainingsphase eine Alternative in der Prävention?

Lisa Hertrich[1]; Johannes Schmidt[1]; Rosa Hübner[2]; Nicole Lorenz[2]; Dieter Beh[2]; Constanze Schaal[2]; Lena Tepohl[1]

[1] Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm),
[2] RehaZentren Baden-Württemberg gGmbH

Hintergrund und Zielstellung

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) bietet ihren Versicherten nach §14 SGB VI ein Präventionsangebot (RV Fit) an, um die Gesundheit von Beschäftigten mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu fördern, solange die Probleme noch nicht so gravierend sind, dass eine medizinische Rehabilitation erforderlich wird. Webbasierte Interventionen zur Gesundheitsförderung, Prävention sowie zur unterstützenden Behandlung chronischer Erkrankungen haben in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen (Lin et al., 2013; Baumeister et al., 2017). So auch im Präventionsprogramm der DRV. Die RehaZentren Baden-Württemberg bieten neben dem bereits bundesweiten Präventionsprogramm RV Fit auch das teilweise digital durchgeführte RV Fit Kompakt Programm an (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, 2024).

Während RV Fit eine ambulante Trainingsphase beinhaltet, die in Rehakliniken oder bei zugelassenen Anbietern stattfindet, bietet RV Fit Kompakt eine digitale Trainingsphase an, die im Rahmen dieses Projekts mit der App PROTHERAFIT durchgeführt wurde. Hierbei trainieren die Teilnehmenden zeitlich und örtlich unabhängig und können mit ihren Bezugstherapeuten kommunizieren. Vor den Hintergrund des Wunsch- und Wahlrechts (§15 Abs. 6a SGB VI) konnten sich die Teilnehmenden dieser Studie für eine der beiden Varianten des Präventionsprogramms entscheiden.

Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit des digitalen Formats RV Fit Kompakt im Vergleich zur herkömmlichen ambulanten Durchführung zu evaluieren und zu überprüfen, ob vergleichbare gesundheitliche Outcomes resultieren.

Methoden

Bei der Studie handelte es sich um eine multizentrische, nicht-randomisierte Interventionsstudie. Für die Evaluation wurden zu drei Messzeitpunkten (t1=Ende Startphase, t2=nach Ende der Trainingsphase, t3=Ende Eigenaktivitätsphase/Refresher) Fragebogenerhebungen und zu zwei Zeitpunkten (t1 und t3) (sport-)medizinische Assessments durchgeführt. Die standardisierten Fragebögen erhoben unter anderem Informationen zum Gesundheits- und Bewegungsverhalten, zur Stressbewältigung und zur Arbeitsfähigkeit. Um signifikante Zeit- und Gruppenunterschiede feststellen zu können, wurden inferenzstatistische Tests gerechnet.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 626 Personen für RV Fit Kompakt (IG, ø Alter: 52,3±7,7; w=65,3 %) und 116 Personen für das klassische RV Fit (KG, ø Alter: 53,0±8,8; w=57,8 %) Programm rekrutiert werden. Beide Gruppen verbesserten sich signifikant (jeweils $p < 0,001$) von t1 zu

t3 hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit (WAI), gesundheitsbezogener Lebensqualität (WHO-5), allgemeiner Selbstwirksamkeit (ASKU) sowie der Stressbewältigung (PSS-10). Im Gegensatz dazu stieg der Erschöpfungszustand (MFI-20) in beiden Gruppen signifikant von t1 zu t2 sowie von t1 zu t3 (jeweils $p < 0{,}001$), allerdings war die KG signifikant weniger erschöpft als die IG ($p=0{,}02$).

Der BMI verringerte sich in der IG (n=437) von t0 bis t2 signifikant. Dies war in der KG (n=90) nicht der Fall (p des Interaktionsterms: 0,006). In den sportmedizinischen Tests wie z.B. bei der Dehnfähigkeit der vorderen Oberschenkelmuskulatur, Kraft der Bauchmuskulatur oder dem Gleichgewicht kam es in beiden Gruppen von t1 zu t3 zu signifikanten Verbesserungen (jeweils $p \leq 0{,}05$).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Studie belegen, dass RV Fit Kompakt dem Präsenzformat RV Fit in keiner Weise nachsteht. Zudem zeigt sich in beiden Gruppen ein signifikanter Zeiteffekt, der die Wirksamkeit des Programms unabhängig vom Format bestätigt. Die objektiven Daten der sportmedizinischen Tests untermauern dabei die positiven subjektiven Bewertungen der Teilnehmenden, was die Aussagekraft der Ergebnisse weiter stärkt. Jedoch gilt es auch festzuhalten, dass sich die Teilnehmenden in beiden Gruppen nach der Trainingsphase deutlich erschöpfter fühlten, als zu Beginn des Programms. Dies lässt vermuten, dass das Programm für die Teilnehmenden sowohl körperlich als auch mental fordernd gewesen sein könnte. In der IG war die Erschöpfung stärker ausgeprägt als in der KG. Möglicherweise erfordert das digitale Training eine höhere Konzentration und mehr Aufmerksamkeit als das Training in Präsenz.

Die hohe Teilnehmerzahl bei RV Fit Kompakt im Vergleich zur klassischen Variante zeigt das große Interesse an digitalen Formaten. Diese bieten vielen Teilnehmenden durch zeitliche und örtliche Unabhängigkeit eine bessere Integration in den Alltag, wodurch der Kreis möglicher Teilnehmenden erweitert wird. Zudem zeigen die Ergebnisse, dass RV Fit Kompakt genauso effektiv wie das Präsenzformat ist und in einigen Bereichen sogar Vorteile bietet, was digitale Programme zu einer vielversprechenden Option für die Zukunft macht.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die beiden Präventionsangebote in vielen Bereichen gleichwertig sind und RV Fit Kompakt somit eine vollwertige Alternative zu RV Fit darstellt.

Literatur

Baumeister, H., Lin, J., Ebert D. (2017): Internet- und mobilbasierte Ansätze. Psychosoziale Diagnostik und Behandlung in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz, 60 (4):436-444.

DRV Baden-Württemberg (2024): RV Fit Kompakt. Präventionsprogramm der Reha-Zentren Baden-Württemberg. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/DE/Kunden/Versicherte/Ueber45-Onlinecheck/RV-Fit-kompakt.html, Abruf:23.10.2024.

Lin, J., Ebert, D., Lehr, D., Berking, M. Baumeister, H. (2013): Internetbasierte kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze: state of the art und Einsatzmöglichkeiten in der Rehabilitation. Die Rehabilitation, 52 (3):155-163.

Interessenkonflikt: Rosa Hübner, Nicole Lorenz, Dieter Beh und Constanze Schaal sind Mitarbeitende der RehaZentren Baden-Württemberg gGmbH, die die digitale Trainingsphase mittels der App PROTHERAFIT® entwickelt haben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

RV Fit Psychische Gesundheit – Erste Einblicke in die quantitativen Daten zur Wirksamkeit

Johannes Stephan; Jan Gehrmann; Ananda Stullich; Matthias Richter

Technische Universität München (TUM)

Hintergrund und Zielstellung

Das Projekt zur Entwicklung, Erprobung und Evaluierung eine psychosozialen Präventionsleistung (PE³PP) hat das Ziel, die Teilhabe von Versicherten am Arbeitsleben zu fördern und zu stärken. PE³PP wird im Rahmen des Bundesprogramms rehapro durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert. Im Rahmen dieses Projekts wurde die Intervention „RV Fit Psychische Gesundheit“ entwickelt, erprobt und wird zwischen Januar 2024 und Mai 2026 evaluiert.

Die psychosoziale Präventionsintervention „RV Fit Psychische Gesundheit“ erweitert bestehende Präventionsangebote der Deutschen Rentenversicherung. Sie richtet sich an Personen mit ersten Anzeichen von Teilhabestörungen und fokussiert auf psychologische, psychosomatische und psychosoziale Aspekte arbeitsbezogener Gesundheitsprobleme. Ziel ist es, die Teilhabe am Arbeitsleben zu verbessern, insbesondere bei affektiven Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen, somatoformen Störungen und Burn-out.

Die Intervention ist sowohl konzeptionell als auch formal innovativ. Sie umfasst eine 2 - wöchige stationäre Initialphase, gefolgt von einer 12-wöchigen, app-gestützten Trainingsphase, die eine orts- und zeitunabhängige Verhaltensveränderung ermöglicht.

Ziel dieses Beitrags ist es, erste Ergebnisse zur Wirksamkeit der Intervention „RV Fit Psychische Gesundheit“ darzustellen, um zu überprüfen, ob die in der Pilotphase umgesetzten Anpassungen zielführend waren oder ob weitere Anpassungen erforderlich sind.

Methoden

Die Wirksamkeit der Intervention wurde durch quantitative Datenerhebungen zu drei Zeitpunkten (t1–t3) mittels (Online-)Befragungen untersucht. t1 (Baseline, n=155) erfolgte zu Beginn der stationären Phase der Intervention, t2 (n=106) nach 2 Wochen zum Ende der stationären Phase und t3 (n=21) nach 12 Wochen zum Abschluss der app-gestützten Trainingsphase.

Primäre Outcomes waren die Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index), Lebensqualität (WHOQOL-BREF) und das Stresserleben (DASS-21). Sekundäre Outcomes umfassten Angst- und Depressionssymptome (DASS-21), Selbstwirksamkeit, Optimismus und Pessimismus (SWOP K9), eHealth Literacy (eHEALS & eHLUS) sowie das Gesundheitsverhalten.

Die Wirksamkeit wurde im Prä-Post-Design unter Verwendung eines Linear-Mixed-Modells (LMM) analysiert, um signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten t1, t2 und t3 sowie deren zeitliche Entwicklung zu erfassen. Zusätzlich wurde Cohen's d berechnet, um die Effektgrößen zwischen den Messzeitpunkten zu quantifizieren. Eine differenzierte Charakterisierung der Stichprobe unterstützte die Evaluation der Interventionseffekte.

Ergebnisse

Die Charakterisierung der Stichprobe basiert auf den soziodemografischen Daten, die zu t1 (n=152) erhoben wurden. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden betrug 50,95 Jahre (SD=10,2), 73% waren weiblich und 11,8% hatten einen Migrationshintergrund. Die Mehrheit der Teilnehmenden (30,3%) lebte in Orten mit weniger als 5.000 Einwohner:innen und das durchschnittliche monatliche Nettoäquivalenzeinkommen lag bei 2.363 Euro (SD=900 Euro). Die Datenerhebungs-Dropout-Rate zwischen t1 und t3 betrug 86%.

In der LMM-Analyse zeigten alle primären Outcomes eine signifikante Verbesserung von t1 zu t3. Eine signifikante Steigerung der Arbeitsfähigkeit (MW: 28,291 vs. 32,685; MW-Differenz: 4,394, p=0,002, d=0,58*), der allgemeinen Lebensqualität (MW: 57,041 vs. 70,473; MW-Differenz: 13,432, p < 0,001, d=0,73*) sowie in allen fünf Dimensionen der Lebensqualität (p < 0,001–0,031, d=0,41–0,86) konnte beobachtet werden. Zudem wurde eine signifikante Reduktion der wahrgenommenen Stressbelastung festgestellt (MW: 9,869 vs. 6,239; MW- Differenz: -3,630, p < 0,001, d=0,88*).

Bei den sekundären Outcomes wurden signifikante Reduktionen der Angst- (MW: 5,058 vs. 3,434; MW-Differenz: -1,624, p=0,022, d=0,46) und Depressionssymptome (MW: 7,480 vs. 4,043; MW-Differenz: -3,437, p < 0,001, d=0,88) sowie eine signifikante Verbesserung des Optimismus (MW: 2,568 vs. 2,999; MW-Differenz: 0,431, p=0,002, d=0,48) festgestellt.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Analyse zeigen signifikante Verbesserungen in zentralen Outcomes wie Arbeitsfähigkeit, Lebensqualität sowie Reduktionen von Stress-, Angst- und Depressionssymptomen, was auf die Wirksamkeit der Intervention hinweist. Die Anwendung des LMM ermöglichte es, trotz der geringen Stichprobe zu t3, die vorhandenen Daten effizient einzubeziehen und präzise Mittelwertschätzungen zu erhalten. Im Vergleich zu einfacheren Verfahren reduziert das LMM Verzerrungen durch fehlende Daten und Dropout, was die Aussagekraft der Ergebnisse deutlich stärkt (Muth et al., 2016).

Im nächsten Schritt werden die Analysen durch multivariate Regressionsmodelle und weiterführende Mixed-Models-Analysen ergänzt, um moderierende und mediierende Effekte zu untersuchen. Die Einführung eines wartelistenkontrollierten Designs wird dazu beitragen, die Wirksamkeit der Intervention zu validieren und die Kausalzusammenhänge besser zu verstehen.

Take-Home-Message

Die Präventionsleistung „RV Fit Psychische Gesundheit“ verbessert signifikant die Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität, reduziert das wahrgenommene Stresserleben und unterstützt Menschen mit ersten Anzeichen einer Teilhabestörung im Arbeitsumfeld.

Literatur

Muth, C., Bales, K. L., Hinde, K., Maninger, N., Mendoza, S. P., Ferrer, E. (2016): Alternative Models for Small Samples in Psychological Research: Applying Linear Mixed Effects Models and Generalized Estimating Equations to Repeated Measures Data. Educational and Psychological Measurement, 76(1), 64–87. https://doi.org/10.1177/0013164415580432

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Wer macht eine Prävention? Die häufigsten Präventandentypen aus Sicht von Präventionsexperten

Sarah Birk[1]; Robert Simon[2]; Bernhard Luther[2]; Desiree Brand[2]; Rainer Kaluscha[1]

[1] Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm),
[2] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Für Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung (RV-Fit) soll die Qualität der Leistungserbringung transparent und vergleichbar abgebildet werden. Dabei sollen in Anlehnung an die externe Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation (Weinbrenner et al., 2022) die drei zentralen Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigt werden. Unter der Leitung des Instituts für Rehabilitationsmedizinische Forschung der Universität Ulm wird dafür ein Fragebogen entwickelt, womit Präventionsleistungen aus Sicht der Präventionsteilnehmenden evaluiert werden können. Im Rahmen der Erarbeitung eines Fragebogenentwurfs wurde eine moderierte Diskussion mit Therapeuten und Experten aus der Präventionspraxis (Leistungserbringer und -träger) in drei Fokusgruppen geführt. Die Präventionsexperten erarbeiteten „typische“ Präventionsteilnehmende, die in diesem Beitrag beschrieben werden.

Methoden

Die Fokusgruppenteilnehmenden wurden gebeten, in Kleingruppen „typische“ Präventionsteilnehmende zu beschreiben (sog. „Idealtypen“). Dabei wurden den Teilnehmenden Impulse gegeben, anhand derer diese Idealtypen charakterisiert werden könnten: Soziodemografie, Gesundheitszustand, Verhalten und Lebensstil, Motivatoren und Barrieren sowie Erwartungen an und Ziele der Präventionsmaßnahme. Dargestellt werden die aggregierten Ergebnisse aus den drei geführten Fokusgruppen.

Ergebnisse

An den drei durchgeführten Fokusgruppen nahmen insgesamt 27 Präventionsexperten aus Präventionseinrichtungen und DRV-Trägern teil (2/3 weiblich, durchschnittlich 6,66 Jahre Berufserfahrung in der Prävention). Insgesamt sammelten und charakterisierten die Teilnehmenden 23 Präventandentypen in den RV-Fit-Maßnahmen. Diese Präventandentypen lassen sich in sechs verschiedene Haupttypen einteilen, die sich sowohl hinsichtlich ihrer

gesundheitlichen Ausgangslage als auch der eingeschätzten Erfolgschancen unterscheiden (vgl. Abb. 1).

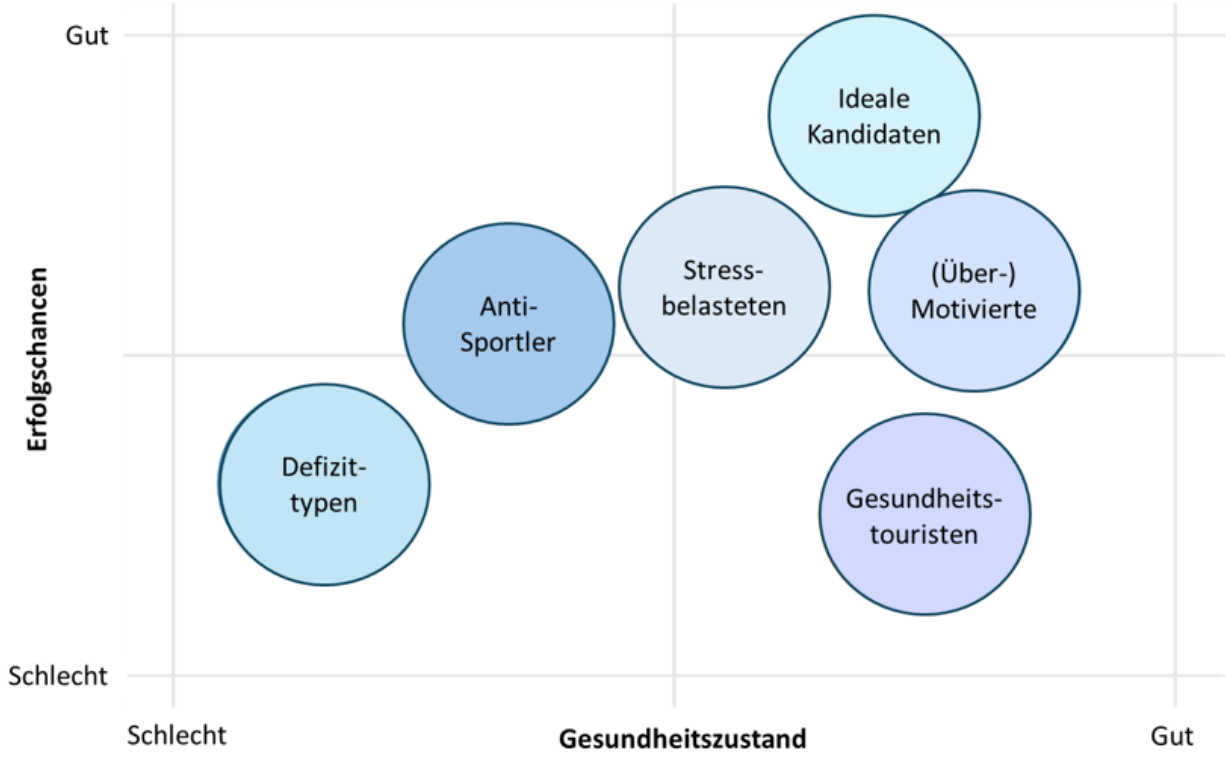


Abb. 1: Präventandentypen nach Gesundheitszustand und Erfolgschancen der RV-Fit Maßnahme

Die „(Über-)Motivierten“ hätten eine bereits stabile Gesundheit, geringe Defizite und das Ziel, ihre Gesundheit langfristig zu verfestigen. Sie hätten oft hohe Erwartungen an die Maßnahme, die sich auf die Verbesserung ihrer körperlichen Verfassung konzentrierten.

Die „(Älteren) Defizittypen“ seien oft Teilnehmer über 50 Jahre mit starken gesundheitlichen Einschränkungen und einem hohen Leidensdruck. In vielen Fällen hätten diese Präventionsteilnehmenden laut Einschätzung der Präventionsexperten bereits Erfahrungen mit Rehabilitationsmaßnahmen gemacht oder gar akuten Reha-Bedarf. Oft suchten sie weniger nach präventiven Ansätzen, sondern nach intensiver medizinischer Betreuung. Häufig kämen sie durch den Arbeitgeber oder den Betriebsarzt in die Maßnahme und hofften, ihre Lebensqualität zu verbessern.

Die „Gesundheitstouristen“ zeigten eine geringe intrinsische Motivation, hätten oft keinen Leidensdruck und sähen die Maßnahme eher als „Auszeit“. Ihre Erfolgsaussichten wurden aufgrund fehlender Zielsetzungen als gering eingeschätzt.

„Stressbelastete“ seien überwiegend Frauen mittleren Alters, die stark durch Arbeit, Familie oder andere Stressfaktoren belastet seien. Ihr primäres Ziel sei der Abbau von Stress.

„Anti-Sportler“ seien häufig adipöse Teilnehmer, die Gewichtsreduktion und eine Verbesserung ihrer Ernährungsgewohnheiten anstreben würden. Sie hätten oft unrealistische Erwartungen an die Veränderungsgeschwindigkeit.

„Ideale Kandidaten“ hätten geringe gesundheitliche Defizite, strebten aber eine Gesundheitsverbesserung, wie eine Fitnesssteigerung, an. Sie zeigten großes Engagement in der Maßnahme und hätten realistische Erwartungen an die erzielbaren Erfolge.

Jeder dieser Präventandentypen bringt unterschiedliche Ausgangsbedingungen, Erwartungen und Herausforderungen mit, was wiederum laut der Fokusgruppenteilnehmenden Auswirkungen auf die Erfolgschancen der RV-Fit-Maßnahme habe.

Diskussion und Fazit

In den Fokusgruppen wurden unterschiedliche Präventandentypen identifiziert, welche die Hauptthemen der RV-Fit Maßnahme „Bewegung“, „Ernährung“ und „Stress“ auf verschiedene Weise repräsentieren. Diese Themen spielen bei den verschiedenen Präventandentypen eine unterschiedlich starke Rolle, was auf die individuellen Voraussetzungen, Motive und Herausforderungen der Teilnehmenden hinweist. Für eine fundierte Qualitätsbeurteilung der Präventionsmaßnahme ist es daher entscheidend, diese individuellen Unterschiede unter den Präventionsteilnehmenden bei der Fragebogenentwicklung zu berücksichtigen.

Ein weiterer Aspekt, der in den Fokusgruppen thematisiert wurde, betrifft die Zusteuerung von Personen mit Rehabilitationsbedarf in Präventionsmaßnahmen (Präventandentyp „(Älterer) Defizittyp“). Dies wird als kritisch erachtet, da die Bedarfe dieser Teilnehmenden im Rahmen der Präventionsmaßnahme nicht adäquat erfüllt werden können. Um eine gezieltere Steuerung in geeignete Therapieangebote zu gewährleisten, könnte ein systematisches Screening-Verfahren vor Beginn der RV-Fit-Maßnahme sinnvoll sein, wie z.B. die Durchführung des Ü45-Checks (§ 14 Absatz 3 SGB VI).

Trotz der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen und Erfolgschancen waren sich die Teilnehmenden der Fokusgruppen einig, dass alle Präventandentypen von der RV-Fit-Maßnahme profitieren.

Take-Home-Message

Die unterschiedlichen Präventandentypen innerhalb der RV-Fit-Maßnahme verdeutlichen, dass die Hauptthemen „Bewegung“, „Ernährung“ und „Stress“ je nach individuellen Motiven und Voraussetzungen unterschiedlich stark im Fokus stehen – was bei der Gestaltung und der Bewertung der Maßnahme berücksichtigt werden sollte.

Literatur

Weinbrenner, S., Kayser, E. L., Moser, N.-T., Siebert, T. (2022): Qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl in der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Bundesgesundheitsbl 65 (3), S. 319–326.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Das Peer Review der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse des Verfahrens für die Orthopädie

Corinna Traoré; Stefanie Märtin; Astrid Steinbrecher; Niels Baumann

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die Deutsche Rentenversicherung Bund betreibt die externe Reha-Qualitätssicherung (QS) für alle Rentenversicherungsträger. Das Peer Review ist eines der langjährig etablierten QS - Instrumente. Es bildet die Prozessqualität der medizinischen Rehabilitation ab. Die Stärke des Verfahrens liegt darin, dass eine konkrete Betrachtung des Einzelfalls unter Einbezug der ärztlichen Expertise erfolgt.

Die Ergebnisse des Peer Review gehen als einer von fünf Indikatoren in den Parameter Qualität ein, der für die qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl maßgeblich ist.

Methoden

Das Peer Review erfolgt jährlich im Wechsel für die Psychosomatik bzw. die somatischen Indikationen. Nachfolgend liegt der Fokus auf der Orthopädie.

Die Prozessqualität wird im Peer Review erfasst, indem anonymisierte Reha-Entlassungsberichte begutachtet werden. Dies erfolgt durch erfahrene Chef- oder Oberärzt*innen der Reha-Einrichtungen, die für die Tätigkeit geschult wurden (sog. Peers). Grundlage ist eine standardisierte Checkliste (DRV Bund, 2016).

Am Peer Review nehmen alle von der Rentenversicherung federführend belegten Reha-Fachabteilungen teil. Im letzten Verfahren der Fachrichtung Orthopädie (Begutachtung 2024) waren es 478 Fachabteilungen.

Für jede der genannten Fachabteilungen wurde eine Zufallsstichprobe von 18 Fällen gezogen, welche folgende Einschlusskriterien erfüllte: Medizinische Rehabilitation der Fachrichtung Orthopädie, Reha-Dauer mind. 15 Tage, Reha-Ende zwischen Januar und Juni 2023, Entlassungsform regulär oder vorzeitig, erwachsene Versicherte, keine Alters-rentner*innen.

Insgesamt gingen 7.769 Fälle in die Begutachtung ein. Darunter waren 540 Kontrollberichte, mit denen die Gutachterübereinstimmung berechnet wird, die aber nicht in die inhaltliche Auswertung eingehen. Datengrundlage für die Auswertung waren 6.206 bewertete Fälle.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Bewertung werden jeder Fachabteilung in Form vergleichender QS-Berichte zurückgemeldet (hier: QS-Bericht 2024). In der Gesamtschau bildet sich für die Orthopädie eine gute Qualität der untersuchten Reha-Prozesse ab: Es wurden im Mittel 75,2 Qualitätspunkte (QP, Skala 0-100, 100 entspricht Qualitätsoptimum) erreicht.

Von den im Peer Review bewerteten Prozessbereichen (Tab. 1) schnitt der Bereich „Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge“ mit 81,7 QP am besten ab, gefolgt von der „Diagnostik“ mit 76,4 QP und der „Sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und Epikrise“ mit 75,2 QP). Mit Blick auf die Mängelbewertungen (Tab. 2) fällt unter anderem auf, dass die Peers bei einem vergleichsweise großen Anteil von 41 % der begutachteten Fachabteilungen im Bereich „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“ keine Mängel gesehen haben. Zugleich besteht in diesem Bereich aber ein hoher Anteil deutlicher und gravierender Mängel (18 %), was auf größere Unterschiede zwischen den Fachabteilungen hindeutet.

Tab. 1: Qualitätspunkte der Prozessbereiche (Orthopädie n = 6.206)

Prozessbereich	Qualitätspunkte
Anamnese	72,7
Diagnostik	76,4
Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis	73,6
Sozialmediz. Leistungsbeurteilung und Epikrise	75,2
Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge	81,7
Gesamter Reha-Prozess	71,6

Tab. 2: Mängelbewertungen in den Prozessbereichen (Orthopädie n = 6.206)

Prozessbereich	keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
Anamnese	26%	59%	14%	1%
Diagnostik	37%	51%	11%	1%
Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis	29%	57%	13%	1%
Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise	41%	41%	15%	3%
Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge	55%	34%	10%	1%
Gesamter Reha-Prozess	20%	65%	14%	1%

An welchen Stellen im Reha-Prozess Defizite bestehen, wird konkreter erkennbar, wenn man die Einzelmerkmale betrachtet, die den Prozessbereichen zugeordnet sind. Ein relevanter Anteil deutlicher und gravierender Mängel ist bspw. bei den Merkmalen „Krankheitsverständnis und Informationsstand“ der Rehabilitand*innen (25 %), „Diagnostik der Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe“ (15 %) und „Zusammenfassende Begründung der Leistungsbeurteilung“ (18 %) durch die behandelnden Ärzt*innen zu

erkennen (ohne Abbildung). Nur ein geringer Anteil deutlicher und gravierender Mängel bestand dagegen nach Einschätzung der Peers hinsichtlich bspw. der vegetativen Anamnese (3 %), des allgemeinen Befunds (körperlich und psychisch; 4 %), der Kontextfaktoren (6 %), der Therapien somatischer Beeinträchtigungen (5 %) sowie der edukativen Leistungen (5 %).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse des Peer Review Orthopädie deuten insgesamt auf eine gute Qualität der Reha-Prozesse in einem großen Teil der Fachabteilungen hin. Zugleich zeigen sie auch Punkte auf, die von den Peers teilweise kritisch beurteilt wurden. Für diese ist eine Verbesserung der Qualität wünschenswert.

Die beteiligten Reha-Fachabteilungen bekommen ihre Ergebnisse in Form von QS-Berichten detailliert und fachabteilungsvergleichend zurückgemeldet. Sie haben damit die Möglichkeit, die Ergebnisse des Peer Review für das interne Qualitätsmanagement bzw. die Verbesserung des Reha-Prozesses zu nutzen.

Take-Home-Message

Das Peer Review der medizinischen Rehabilitation ist ein Instrument der Reha-Qualitätssicherung, das die Prozessqualität im Einzelfall unter Einbezug der ärztlichen Expertise abbildet.

Die Ergebnisse des aktuellen Peer Review Orthopädie deuten auf eine gute Qualität der Reha-Prozesse in einem großen Teil der Fachabteilungen hin. Zugleich geben sie Hinweise auf Verbesserungsbedarfe. Diese zeigten sich anteilig am häufigsten mit Blick auf Aspekte wie das Krankheitsverständnis der Rehabilitand*innen, Diagnostik der Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe sowie die Zusammenfassende Begründung der Leistungsbeurteilung.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016): Peer Review – Psychosomatik und Sucht. Berlin (abrufbar unter www.reha-qs-drv.de > Peer Review-Verfahren).

Einfluss von Behandlungs- und Hotelleriemerkmalen auf Zufriedenheit und Behandlungserfolg in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation

Jürgen Schmidt[1]; Rüdiger Nübling[1]; Udo Kaiser[1]; Gregor Kosmützky[2]; J. Eckard Sträßner[3]

[1] Gesellschaft für Qualität im Gesundheitsweisen (GfQG),
[2] Rehazentrum Bad Driburg Klinik Berlin,
[3] Reha-Zentrum Schömberg Klinik Schwarzwald

Hintergrund und Zielstellung

Die selbstberichteten Merkmale Reha-Zufriedenheit und Behandlungserfolg sind im Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung als Qualitätskriterien für die medizinische Rehabilitation fest verankert (DRV, 2023). Beide Kriterien sind wichtiger Bestandteil des Parameters Qualität in der qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl der DRV. Vor diesem Hintergrund und aufgrund der gestiegenen Bedeutung des Wunsch- und

Wahlrechts ist die Frage nach den Einflussfaktoren bzw. Stellschrauben dieser Kriterien aktueller den je. Obwohl es im Bereich der Rehabilitation einige Arbeiten gibt, die Einflussfaktoren auf die Rehabilitand*innenzufriedenheit untersucht haben (z. B. Farin - Glattacker et al., 2012), gibt es kaum Studien, in denen der Stellenwert von behandlungsbezogenen versus Hotellerie-bezogenen Merkmalen für die Ausprägung der beiden Kriterien verglichen wurde. Eine aktuelle Sekundäranalyse aus dem Bereich der psychosomatischen Rehabilitation (Schmidt et al., 2024) zeigt, dass Merkmale der eigentlichen rehabilitativen Versorgung bei beiden Ergebniskriterien eine wesentlich wichtigere Rolle spielen als Hotel- und Serviceleistungen. Entsprechende empirische Belege aus der somatischen Rehabilitation gibt es bisher nicht.

Methoden

In einer Sekundäranalyse wurden anonyme Befragungsdaten aus 44 orthopädischen und 15 kardiologischen Kliniken/Fachabteilungen analysiert. Die Stichprobe umfasste insgesamt etwa 200.000 stationäre Rehabilitand*innen der Jahre 2018 – 2022 (Orthopädie: N = 164.751, Kardiologie: N = 37.647). Die Routine-Befragungen fanden zum Zweck der internen Qualitätssicherung mit einem weitgehend generischen Fragebogen statt. Dieser umfasste etwa 120 Items, die zu 19 Skalen verrechnet werden. Als Maß für die Reha-Zufriedenheit wurde der ZUF-8 (Schmidt et al., 1989), als Maß für den subjektiven Behandlungserfolg eine Nachbildung des entsprechenden Kennwerts aus der externen Qualitätssicherung herangezogen. Für beide Indikationen wurde jeweils regressionsanalytisch überprüft, in welchem Maße die beiden Ergebniskriterien aus 12 Prädiktoren (= Multi-Item-Skalenwerte; patientenseitige Bewertungen von prozess- und strukturbezogenen Aspekten der Reha; ärztliche Betreuung, pflegerische Betreuung, Betreuung insgesamt, Behandlungsmaßnahmen, Beratungen & Hilfen, Seminare & Schulungen, Rehabilitationsthemen, Organisation, Unterkunft, Verpflegung, Freizeitangebot,, Nachsorgevorbereitung; α-Werte im Bereich von 0,70 – 0,92) und aus einem heuristischen Modell mit drei Variablenblöcken (Block KV = 16 Kontrollvariablen, z.B. Alter, Kostenträger, Gesundheitszustand vor Reha, AU-Zeiten, EM-Antrag vor Reha) / Block RB = Reha-Behandlung (6 Variablen, z. B. ärztliche Betreuung, pflegerische Betreuung, Betreuung insgesamt, Behandlungsmaßnahmen) / Block HL = Hotelleistungen, 3 Variablen: Unterkunft, Verpflegung, Freizeitangebot) vorhergesagt werden können.

Ergebnisse

Alle 12 Prädiktoren korrelieren signifikant mit beiden Kriterien und können etwa 57 % (Orthopädie) bzw. 61 % (Kardiologie) des Kriteriums Reha-Zufriedenheit und 27 % (Orthopädie) bzw. 28 % (Kardiologie) des Kriteriums Behandlungserfolg aufklären. In schrittweisen Regressionen tragen die Prädiktoren Ärztliche Betreuung und Nachsorgevorbereitung bei beiden Indikationen am meisten zur Vorhersage der Kriterien bei. Hierarchische Regressionen zeigen (vgl. Abbildungen 1 und 2), dass der inkrementelle Anteil des RB-Blocks an der Vorhersage beider Kriterien, also derjenige Anteil, der mit Sicherheit Merkmalen der Reha-Behandlung zugeschrieben werden kann, um ein Vielfaches größer ist als derjenige der Hotelleistungen. Beim Kriterium Reha-Zufriedenheit liegen die entsprechenden Inkremente der Blöcke RB und HL bei 26,8 % versus 2,6 % (Orthopädie) und

bei 25,1 % versus 2,7 % (Kardiologie). Beim Kriterium Behandlungserfolg betragen sie 16,7 % versus 0,2 % (Orthopädie) bzw. 15,2 % versus 0,1 % (Kardiologie).

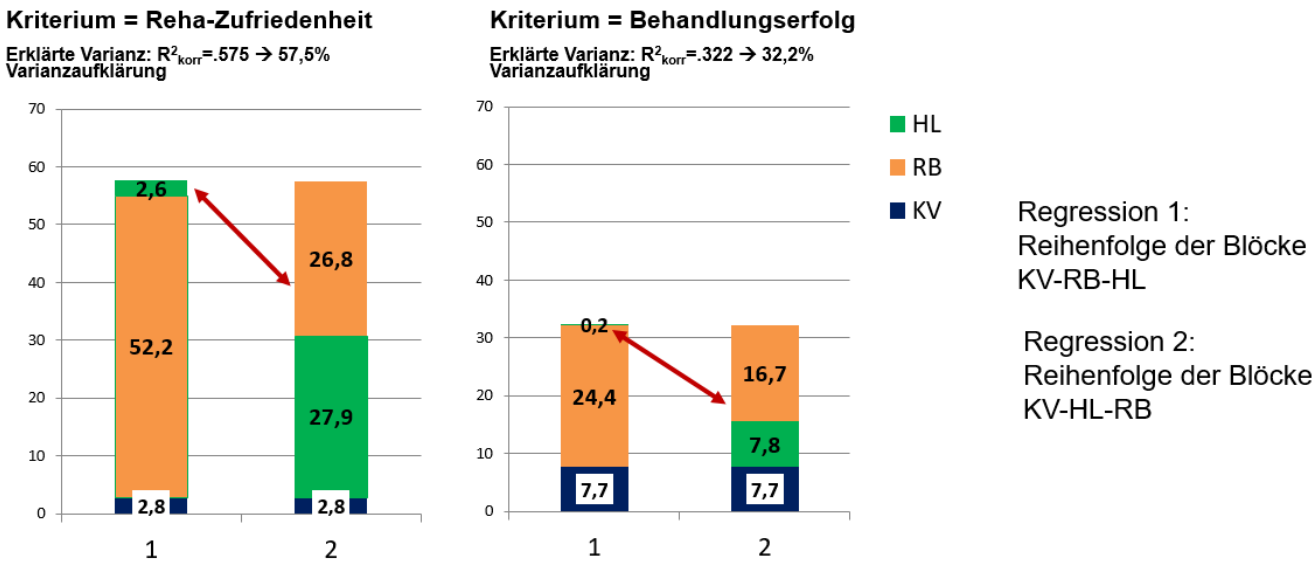


Abb. 1: Hierarchische Regressionen mit unterschiedlicher Reihenfolge der Einbeziehung der Blöcke RB und HL – Kriterien Reha-Zufriedenheit und Behandlungserfolg – Fachabteilungen ORTHOPÄDIE

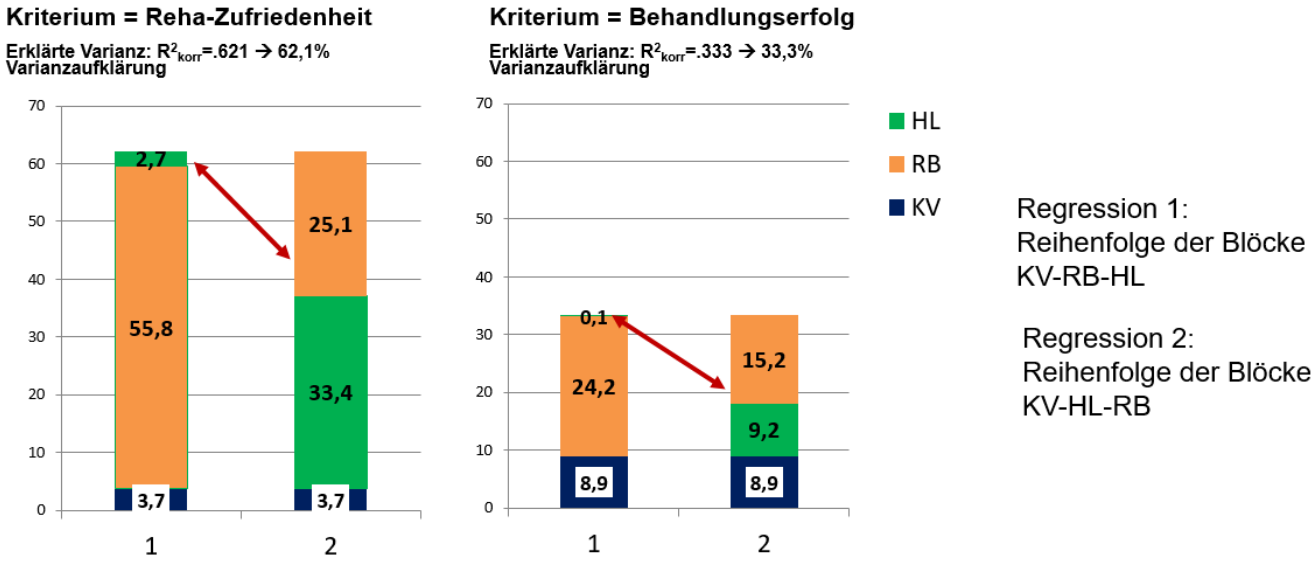


Abb. 2: Hierarchische Regressionen mit unterschiedlicher Reihenfolge der Einbeziehung der Blöcke RB und HL – Kriterien Reha-Zufriedenheit und Behandlungserfolg – Fachabteilungen KARDIOLOGIE

Diskussion und Fazit

In der Gesamtschau ergibt sich für die Indikationen Orthopädie und Kardiologie ein ähnlicher Befund wie für die Psychosomatik. Die Daten weisen darauf hin, dass eine als hochwertig erlebte ärztliche Betreuung und eine gute Nachsorgevorbereitung bezüglich der selbstberichteten Reha-Zufriedenheit und dem subjektiv erlebten Behandlungserfolg am gewichtigsten sind. Die hierarchischen Regressionsanalysen bestätigen im Kern den Befund aus der Psychosomatik.

Take-Home-Message

Auch bei orthopädischen und kardiologischen Rehabilitand*innen spielen Merkmale der eigentlichen rehabilitativen Versorgung bezüglich Reha-Zufriedenheit und wahrgenommenem Behandlungserfolg eine deutlich größere Rolle als Hotel- und Serviceleistungen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung [DRV] (2023): Basis-Informationen zu den neuen Regelungen im Beschaffungsverfahren. Rehabilitation im Wandel - alles Wichtige für Leistungserbringer. Im Internet: https://bit.ly/40fiVKO (06.04.2023).

Farin-Glattacker, E., Jäckel, W.H., Widera, T. (2012): Prädiktoren der Patientenzufriedenheit in der psychosomatischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Band 98: 98-100.

Schmidt, J., Lamprecht, F., Wittmann, W.W. (1989): Zufriedenheit in der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychother med Psychol, 39: 248-255.

Schmidt, J., Nübling, R., Kaiser, U., Kupferschmitt, A., Köllner, V. (2024): Behandlungs- oder Hotelqualität – was bestimmt stärker Reha-Zufriedenheit und subjektiven Behandlungserfolg in der Psychosomatischen Rehabilitation. Psychother Psych Med., 74 (e-first). DOI 10.1055/a-2430-1493.

Interessenkonflikt: Die Autoren Schmidt, Nübling und Kaiser sind Gesellschafter eines unabhängigen Forschungsinstituts, das u.a. kontinuierliche Befragungen von Rehabilitand*innen in Rehakliniken durchführt. Diese Befragungen werden von den Kliniken finanziert. Die Autoren Kosmützky und Sträßner sind verantwortlich in einer der beteiligten Rehakliniken tätig und sind Angestellte der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Patient*innenbezogene Einflussfaktoren auf den kurzfristigen Rehabilitationserfolg im Kontext der Qualitätssicherung

Urs Fichtner[1]; Vanessa Kaiser[1]; Caroline Schmuker[2]; Christian Günster[2]; Erik Farin-Glattacker[1]

[1] Universitätsklinikum Freiburg, [2] Wissenschaftliches Institut der AOK

Hintergrund und Zielstellung

Seit 2023 müssen sich medizinische Rehabilitationseinrichtungen für die Zulassung dazu verpflichten, an anerkannten externen Qualitätssicherungsverfahren teilzunehmen (SGB VI, §15, Absatz 3). Das QS-Reha-Verfahren, getragen vom GKV-Spitzenverband, ist eines solcher Verfahren und bietet ein breites Instrumentarium zur Erfassung verschiedener Qualitätsdimensionen (GKV-Spitzenverband, 2022). Diese werden durch Fragebögen für Einrichtungen, Patient*innen und Behandler*innen erfasst, die einen hohen administrativen Aufwand mit sich bringen. Im Rahmen des SEQUAR-Projektes werden sektorenübergreifende und -spezifische Qualitätsindikatoren aus Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen abgeleitet und auf ihre Eignung zur Qualitätssicherung und Risikoadjustierung im Kontext der orthopädischen Rehabilitation nach Knie- oder

Hüftgelenkersatz geprüft (Kaiser et al., 2023). Als Teil der Risikoadjustierung müssen individuelle Patientencharakteristika zur Prädiktion des Rehabilitationserfolges bestimmt werden. Frühere Untersuchungen konnten u.a. das Geschlecht (Hampel et al., 2009), die sozioökonomische Lage (Köpnick, Hampel, 2020) und die Selbstwirksamkeit (Arling et al., 2016) von Patient*innen als Einflussfaktoren für den individuellen Rehabilitationserfolg bestimmen. Die Fragestellung dieses Beitrages lautet: Welche Patient*innenmerkmale (erfasst über Selbstangaben mit Fragebögen) lassen sich hinsichtlich des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs in der Studienpopulation von SEQUAR identifizieren? Damit soll die Basis geschaffen werden, um prospektive und mit Routinedaten erfasste Prädiktoren im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Risikoadjustierung zu vergleichen.

Methoden

Im Rahmen des SEQUAR-Projekts wurden orthopädische Rehabilitand*innen nach Knie- oder Hüft-TEP zu zwei Messzeitpunkten (zu Beginn (T0) und zum Ende (T1) der Rehabilitationsmaßnahme) schriftlich in k=11 Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland befragt. Neben demografischen und weiteren Personenmerkmalen wurden vier mögliche Reha-Outcomes erfasst: körperliche Funktion und Funktionsbeeinträchtigung, Schmerzen und schmerzbezogene Selbstwirksamkeit. Mittels LASSO-Verfahren für gemischte Modelle (Fixed Effects) und Elastic Net (Random Effects) wurden für jedes der vier Outcomes relevante Prädiktoren bestimmt. Anschließend wurden drei lineare gemischte Modelle (jeweils für die selektierten Variablen aus den entsprechenden Verfahren sowie ein kombiniertes Modell, das die selektierten Prädiktoren der beiden Verfahren zusammenführt) zum Vergleich der Modellgüte berechnet.

Ergebnisse

Insgesamt liegen 549 Fälle, darunter n=288 vollständige Datensätze, vor. Für alle vier Outcome-Variablen zeigen die kombinierten Modelle höhere Güte, sodass davon auszugehen ist, dass eine Kombination der gefundenen Parameter aus LASSO und Elastic Net eine bessere Prädiktion und damit auch eine genauere Risikoadjustierung ermöglicht. Inhaltlich spielen, je nach untersuchtem Outcome, neben den entsprechenden Baseline-Messungen folgende Prädiktoren eine Rolle: Geschlecht, Alter, Kohabitation und Familienstand, die Anzahl an Hausarztbesuchen und Tagen im Bett wegen Erkrankung vor der Reha-Maßnahme, die Dauer der Beschwerden, das Vorhandensein einer Haushaltshilfe, das Nettoeinkommen sowie Komorbidität. Die Polung und Art des Zusammenhangs (log - transformiert oder linear) variiert dabei je nach untersuchtem Outcome. Die Varianzaufklärung unter Berücksichtigung der Mehrebenenstruktur ist nur marginal höher als ohne, was auf geringe Klinikunterschiede verweist.

Diskussion und Fazit

Es konnte eine Vielzahl von Prädiktoren identifiziert werden, die für die Risikoadjustierung relevant sind. Allerdings variieren diese über die verschiedenen Outcome-Dimensionen der orthopädischen Rehabilitation. Einzelne Ergebnisse decken sich mit den Befunden aus der Literatur.

Die Berücksichtigung von Patient*innenmerkmalen bei der Risikoadjustierung ist für die angemessene Beurteilung der Qualität einer Rehabilitationseinrichtung unerlässlich.

Basierend auf den präsentierten Ergebnissen soll im Projekt SEQUAR weiterhin untersucht werden, ob die Risikoadjustierung in der Rehabilitation durch GKV-Routinedaten weiter verbessert werden kann.

Take-Home-Message

Patientenbezogene, durch Selbstangaben erfasste Einflussfaktoren können Bedeutung für die Risikoadjustierung von Qualitätsmessungen in Rehabilitationseinrichtungen haben und werden im SEQUAR-Projekt für die Testung neuer Risikoadjustierungsmodelle herangezogen.

Literatur

Arling, V., Slavchova, V., Knispel, J., Spijkers, W. (2016): Die Bedeutsamkeit von Persönlichkeitsfaktoren für den beruflichen Rehabilitationserfolg. Die Rehabilitation.

GKV-Spitzenverband (2022): Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge. Methodenhandbuch für die Umsetzung des QS-Reha-Verfahrens, Version 5. https://www.qs-reha.de/media/dokumente/methodik/2023-09-26_Methodenhandbuch_QS_Reha_Version-5.pdf.

Hampel, P., Brunnberg, A., Krohn-Grimberghe, B., Mantel, F., Thomsen, M., Hoischen, A., Hrkac, M., Tlach, L., Morfeld, M., Mohr, B. (2009): Schmerzchronifizierung, Geschlecht und Rehabilitationserfolg bei chronischem Rückenschmerz. Der Orthopäde 38, (8): 742–51.

Kaiser, V., Fichtner, U.A., Schmuker, C., Günster, C., Rau, D., Staab, L., Farin-Glattacker, E. (2023): „A cross-sectoral approach to utilizing health claims data for quality assurance in medical rehabilitation: study protocol of a combined prospective longitudinal and retrospective cohort study“. BMC Health Serv Res 17;23(1) 1110.

Köpnick, A., Hampel, P. (2020): „Der Einfluss der sozialen Lage auf den Rehabilitationserfolg von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz“. Die Rehabilitation 59, (06) 348–56.

Förderung: GBA Innovationsfonds

Patientenperspektive im Fokus: Eine Schweizer Pilotstudie zur Ergebnisqualität in der stationären Rehabilitation mit PROMIS GH-10

Marie Utsch[1]; Manuela Marquardt[1]; Frederike Basedow[1]; Anika Zembic[1]; Gaia Garuffi[2]; Stephan Tobler[2]

[1] Charité – Universitätsmedizin Berlin,
[2] ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken)

Hintergrund und Zielstellung

Der Qualitätsausschuss Rehabilitation (QA Rehabilitation) des ANQ (Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) hat die Stärkung der Patientenperspektive und den Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQOL) als Schwerpunkte für die Weiterentwicklung des Messplans Rehabilitation identifiziert.

Ein vielversprechender Ansatz im Rahmen der Qualitätsmessungen im Gesundheitswesen ist der Einsatz von patient-reported outcome measures (PROMs), mit denen die subjektive Einschätzung von Patientinnen und Patienten zu gesundheitsbezogenen Ergebnissen erfasst werden kann. In den letzten Jahren haben PROMs sowohl in der klinischen Anwendung als auch in der externen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung an Bedeutung gewonnen (Rotenstein et al., 2017; Valderas et al., 2008).

Das Pilotprojekt hatte zum Ziel die Eignung des PROMIS GH-10 als generisches Messinstrument zur Erfassung der HRQOL in allen 9 stationären Rehabereichen zu prüfen. Neben der Anwendbarkeit soll das Messinstrument auch einen geringen Aufwand für das klinische Personal bedeuten. Darüber hinaus diente es als Anstoß für eine verstärkte digitalisierte Erfassung von PROMs in den Kliniken.

Methoden

Der PROMIS GH-10 wurde zu Ein- und Austritt der Rehabilitation digital oder papierbasiert erhoben. Zur Einschätzung der Eignung wurden T-Score Mittelwerte und Effektgrößen (Cohen's d) mittels gepoolter Standardabweichung für alle 9 Rehabereiche analysiert. Hinsichtlich der Praktikabilität und Akzeptanz wurden quantitative Daten zum benötigten Unterstützungsbedarf, sowie eine qualitative Befragung ausgewertet.

Ergebnisse

Aus einem Datensatz von 2'261 Fällen ergab sich eine bereinigte Stichprobe von 2'083 Fällen, von denen 1'217 vollständig waren (Rücklaufquote 58.4%). Die T-Scores Mittelwerte für die körperliche Gesundheit (Physical Health Score PHS) und die psychische Gesundheit (Mental Health Score MHS) unterschieden sich bei Eintritt und Austritt signifikant ($p < 0.001$) in allen Rehabereichen (Gesamtstichprobe PHS: 39.3(7.4); 44.4(7.6); d=0.68; MHS: 44.9(8.0); 48.7(7.5); d=0.48) (Tab.1). Lediglich der MHS in der paraplegiologischen Rehabilitation weist ein anderes Signifikanzniveau auf (p=0.002). Die Effektstärken des PHS reichten von d=0.50-0.95 und für MHS von d=0.33-1.19. Die stärksten Effekte für beide Scores wurden für die psychosomatische (PHS: d=0.88; MHS: d=1.19; n=70) und die internistische Rehabilitation (PHS: d=0.83; MHS: d=0.80; n=51) festgestellt. In der muskuloskelettalen (PHS: d=0.56; MHS: d=0.33; n=395) und paraplegiologischen Rehabilitation (PHS: d=0.50; MHS: d=0.36; n=52) wurden die geringsten Effektgrößen beobachtet.

Von allen vollständig ausgefüllten Fällen benötigten 40.5% Unterstützung beim Ausfüllen des PROMIS GH-10 (Abb.1). Der Unterstützungsbedarf zeigte ein differenziertes Bild über die verschiedenen Rehabereiche und reichte von 10.0% in der psychosomatischen bis zu 70.3% in der geriatrischen Rehabilitation.

Zu den primären Hürden für die Praktikabilität, die aus der qualitativen Erhebung identifiziert wurden, gehörten die Prozessabläufe, die sich zu einem großen Teil aus den Rahmenbedingungen des Pilotprojekts ergaben, sowie fehlende personelle Ressourcen.

In allen Rehabereichen wurden sowohl die elektronische als auch die papierbasierte Erhebung genutzt. Der Anteil der elektronischen Erhebung überwiegt zu beiden Messzeitpunkten in allen Rehabereichen, mit Ausnahme der psychosomatischen (T1: 38.1%; T2: 45.3%) und paraplegiologischen Rehabilitation (T1: 0.0%; T2: 1.9%).

Tab. 1: PROMIS GH-10 T-Score Mittelwerte und Effektstärken für PHS und MHS nach Rehabereichen

Rehabereich	Score	Reha-Beginn mw	Reha-Beginn SD	Reha-Ende mw	Reha-Ende SD	n	T	p	Cohen's d
Geriatrische Reha	PHS	39,1	7,0	43,6	7,2	148	7,6	<0,001	0,63
	MHS	45,9	6,6	48,6	6,7	148	5,6	<0,001	0,41
Internistische Reha	PHS	39,3	6,8	44,7	6,5	51	5,8	<0,001	0,83
	MHS	44,1	6,9	49,1	5,6	51	6,5	<0,001	0,80
Kardiologische Reha	PHS	41,7	7,4	47,9	7,2	188	12,2	<0,001	0,85
	MHS	46,7	7,7	51,3	7,6	188	9,8	<0,001	0,59
Muskuloskelettale Reha	PHS	38,9	7,2	42,9	7,1	395	11,3	<0,001	0,56
	MHS	46,2	7,9	48,7	7,4	395	7,8	<0,001	0,33
Neurologische Reha	PHS	39,5	7,3	44,8	8,1	154	9,7	<0,001	0,69
	MHS	44,1	7,2	47,8	7,6	154	6,5	<0,001	0,49
Onkologische Reha	PHS	39,9	7,9	45,2	7,5	61	7,2	<0,001	0,70
	MHS	41,6	8,2	47,2	7,7	61	6,6	<0,001	0,72
Paraplegiologische Reha	PHS	36,3	7,2	39,8	7,2	52	3,6	<0,001	0,50
	MHS	45,1	8,0	48,0	7,8	52	3,2	0,002	0,36
Psychosomatische Reha	PHS	36,8	7,9	43,9	8,2	70	9,6	<0,001	0,88
	MHS	36,0	7,2	45,2	8,2	70	11,3	<0,001	1,19
Pulmologische Reha	PHS	38,9	7,3	46,0	7,6	98	11,0	<0,001	0,95
	MHS	45,1	8,4	48,7	6,8	98	5,4	<0,001	0,46
Gesamt	PHS	39,3	7,4	44,4	7,6	1217	25,7	<0,001	0,68
	MHS	44,9	8,0	48,7	7,5	1217	19,7	<0,001	0,48

PHS körperlicher Bereich / MHS psychischer Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
Farblegende Cohen's d: 0,20-0,49 geringer Effekt; 0,5-0,79 mittlerer Effekt; ab 0,80 starker Effekt

Diskussion und Fazit

Das Pilotprojekt konnte erste wichtige Einblicke in die Fragen rund um die Eignung des PROMIS GH-10 als Ergebnisqualitätsindikator für den Messplan Rehabilitation geben. Um als Qualitätsindikator für den nationalen Vergleich in Frage zu kommen, müssen laut ANQ Kriterienkatalog (ANQ, 2017) jedoch noch weitere Anforderungen erfüllt werden, die durch das Pilotprojekt nicht abschließend geklärt werden konnten. Das Pilotprojekt hat dazu beigetragen, die Patientenperspektive in den Fokus zu rücken. Die Einführung digitaler PROMs in die Rehabilitation wurde erfolgreich getestet, aber die intensive Nutzung beider Erhebungsmodi (Tablet/Papier) in allen Rehabereichen verdeutlicht, wie relevant es ist, auch weiterhin papierbasierte Erhebungen anzubieten.

Zusammenfassend zeigt das Pilotprojekt statistisch signifikante Prä-Post-Effekte der HRQOL in allen 9 Rehabereichen auf, was die methodische Eignung des Instruments zur Messung von Veränderungen der HRQOL in verschiedenen Rehabilitationskontexten unterstützt. Für eine Implementierung müssen noch weitere Aspekte berücksichtigt werden, insbesondere der hohe Unterstützungsbedarf in einigen Rehabereichen.

Take-Home-Message

Zur Stärkung der Patientenperspektive ist die Erfassung der subjektiven Gesundheit als ergänzender Qualitätsindikator sinnvoll, bringt jedoch einen erheblichen Aufwand für Kliniken mit sich, der bei einer Implementierung zu bedenken ist.

Literatur

ANQ (2017): Kriterienkatalog für neue Messthemen bzw. Qualitätsindikatoren. https://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170921_ANQgs_Messplan_Kriterienkatalog_V1.0.pdf.

Rotenstein, L. S., Huckman, R. S., Wagle, N. W. (2017): Making Patients and Doctors Happier - The Potential of Patient-Reported Outcomes. N Engl J Med, 377(14), 1309-1312. https://doi.org/10.1056/NEJMp1707537

Valderas, J. M., Kotzeva, A., Espallargues, M., Guyatt, G., Ferrans, C. E., Halyard, M. Y., Revicki, D. A., Symonds, T., Parada, A., Alonso, J. (2008): The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice: a systematic review of the literature. Qual Life Res, 17(2), 179-193. https://doi.org/10.1007/s11136-007-9295-0

Förderung: ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken)

Prädiktoren für Non-Reponse bei PROMs in der kardiologischen, psychosomatischen und pulmonalen Rehabilitation in der Schweiz.

Frederike Basedow[1]; Anika Zembic[1]; Manuela Marquardt[1]; Marie Utsch[1]; Gaia Garuffi[2]; Stephan Tobler[2]

[1] Charité – Universitätsmedizin Berlin,
[2] ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken)

Hintergrund und Zielstellung

Patient-reported outcome measures (PROMs) finden immer häufiger Anwendung im klinischen Alltag, um die Patient:innenperspektive zu stärken und die Behandlungsqualität zu beurteilen und zu verbessern (Rotenstein et al., 2017). Da PROMs auf Selbstbeurteilungen basieren, sind sie jedoch anfällig für fehlende Antworten (Non-Response) und damit einhergehenden Bias (Coste et al., 2013). In der Qualitätssicherung aller Rehabilitationskliniken in der Schweiz werden PROMs in drei Rehabilitationsbereichen zur Messung der Ergebnisqualität eingesetzt. In der Kardiologie wird der MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life (MacNew Heart) Fragebogen verwendet, in der Psychosomatik die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) sowie der Patient Health Questionnaire-15 (PHQ), während in der pulmonalen Rehabilitation der Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) zum Einsatz kommt. Möglichst vollständige Messungen bei diesen Instrumenten sind von zentraler Bedeutung, um ein valides Ergebnis im Qualitätsvergleich der Kliniken zu erreichen. In einer früheren Studie haben wir gezeigt, dass kardiologische Patient:innen, die weiblich, älter, kränker, gesetzlich versichert und keine Muttersprachler:innen einer der Schweizer Amtssprachen sind, den MacNew Heart weniger häufig komplett ausfüllten (Köhn et al., 2022). Ziel der aktuellen Studie war es, diese Ergebnisse um aktuelle Datenjahre zu erweitern sowie Prädiktoren für Non-Response über alle Rehabilitationsbereiche, bei denen PROMs in den Schweizer Qualitätsmessungen zum Einsatz kommen, zu vergleichen.

Methoden

Diese Studie basiert auf Daten von 34 kardiologischen, psychosomatischen und pulmonalen Rehabilitationskliniken, die am Schweizer Qualitätssicherungsprogramm zwischen dem 01.01.2016 und dem 31.12.2022 teilgenommen haben. Alle Fälle von Patient:innen, die mindestens 18 Jahre alt waren, für die keine fehlenden relevanten Daten und kein Drop Out vorlagen, wurden eingeschlossen. Non-Response war definiert als dokumentierter Testverzicht bei der Ein- und/oder Austrittsmessung. Für jeden PROM wurde ein gemischtes logistisches Regressionsmodell mit Non-Response als abhängige Variable gerechnet, wobei Klinik als random Effekt in die Modelle einging. Fixed-Effect Kovariablen waren Alter, Geschlecht, Art der Krankenversicherung, Sprachkenntnisse, CIRS-Komorbiditätsscore, Länge des Reha-Aufenthalts, der Aufenthaltsort vor Aufnahme und nach Entlassung, die Hauptdiagnose und das Jahr. Nicht-lineare kontinuierliche Variablen wurden mit B-Splines modelliert. Der R^2-Wert lag zwischen 0,4 und 0,69 und der ICC zwischen 0,34 und 0,61. Wir berechneten Odds Ratios (OR) sowie entsprechende 95%-Konfidenzintervalle (KI) und p-Werte. P-Werte kleiner als 0,05 galten als signifikant.

Ergebnisse

Von insgesamt 67.459 Patient:innen wurden 25,4% als Non-Responder klassifiziert (MacNew Heart: 28,3% von 38.756; HADS: 14,2% von 12.445; PHQ: 17,1% von 12.860, CRQ: 24,4% von 15.720). Über alle vier PROMs zeichnete sich ein deutliches Muster von Prädiktoren für Non-Response ab: Entlassung in die Akutversorgung (OR (95 % KI) MacNew Heart: 3,5 (2,7 - 4,4); HADS: 5,4 (3,6-8,2); PHQ: 5,3 (3,6-7,8); CRQ: 2,9 (2,1-3,9)) und nicht-muttersprachliche Sprachkenntnisse (MacNew Heart: 6,3 (5,5-7,1); HADS: 2,3 (1,9-2,7); PHQ: 2,1 (1,8-2,4) CRQ: 5,1 (4,4-5,9)) waren stark mit Non-Response assoziiert. Das Fehlen einer Zusatz- oder Privatversicherung (MacNew Heart: 1,4 (1,3-1,5); HADS: 4,2 (2,5-7,2); CRQ: 1,5 (1,3-1,6)) sowie jeder zusätzliche Punkt auf der CIRS und jedes weitere Lebensjahr erhöhten ebenfalls signifikant das Risiko für Non-Response. Außerdem waren einzelne Diagnosekategorien mit Non-Response assoziiert.

Diskussion und Fazit

Mangelnde Sprachkenntnisse, höheres Alter, schlechtere Gesundheit und die Art der Krankenversicherung als Proxyvariable für einen niedrigeren sozioökonomischen Status sind robuste Prädiktoren für Non-Response bei verschiedenen PROMs in unterschiedlichen Bereichen der Schweizer Rehabilitation. Diese Resultate bestätigen und erweitern unsere frühere Studie, in der diese Faktoren ebenfalls mit Non-Response beim MacNew Heart assoziiert waren (Köhn et al., 2022). Im Vergleich zu den damaligen Ergebnissen konnten wir keinen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Non-Response feststellen, was sich mit den größeren Fallzahlen und dem Einbezug mehrerer Datenjahre erklären lässt. Beim Einsatz von PROMs in der Rehabilitation, insbesondere in Qualitätssicherungsprogrammen für Klinikvergleiche, sollten Barrieren für Patient:innen mit diesen Prädiktoren reduziert werden, um Verzerrungen der Messergebnisse zu minimieren.

Take-Home-Message

Sprachbarrieren, höheres Alter, schwerere Krankheitsausprägung und ein niedriger sozioökonomischer Status sind robuste Prädiktoren für Non-Response beim Einsatz von PROMs in der Rehabilitation.

Literatur

Coste, J., Quinquis, L., Audureau, E., Pouchot, J. (2013): Non response, incomplete and inconsistent responses to self-administered health-related quality of life measures in the general population: patterns, determinants and impact on the validity of estimates - a population-based study in France using the MOS SF-36. Health Qual Life Outcomes. 2013;11:44.

Köhn, S., Schlumbohm, A., Marquardt, M., Scheel-Sailer, A., Tobler, S., Vontobel, J., Menzi, L. (2022): Predicting non-response in patient-reported outcome measures: results from the Swiss quality assurance programme in cardiac inpatient rehabilitation. Int J Qual Health Care. 2022;34(4).

Rotenstein, L.S., Huckman, R.S., Wagle, N.W. (2017): Making Patients and Doctors Happier. The Potential of Patient-Reported Outcomes. N Engl J Med. 2017;377(14):1309-1312.

App oder Hund – auch mit tierischer Assistenz gesund – Diskriminierungsrisiken für psychisch beeinträchtigte Menschen

Katja Nebe

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Mit hoher Dynamik werden digital gesteuerte Technologien auch in der Rehabilitation bereitgestellt. Tierische Hilfen erfahren demgegenüber weniger Aufmerksamkeit. Zwar sieht die UN-BRK unterstützende Technologien und tierische Hilfen als gleichwertige Maßnahmen zum Abbau von Barrieren und zur Herstellung größtmöglicher Unabhängigkeit vor, vgl. Art. 20 Buchstabe b UN-BRK. Doch beim Blick in den Normenbestand des deutschen Sozialleistungsrechts werden die digitalen Angebote zur Gesundheitsversorgung gegenüber den tierischen deutlich favorisiert, vgl. die konkreten Leistungen gem. § 33a Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V) für digitale Gesundheitsanwendungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung, gem. § 47a SGB IX für digitale Gesundheitsanwendungen im Rahmen von Teilhabeleistungen als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und gem. § 40a SGB XI für digitale Pflegeanwendungen durch die Pflegekassen.

Eine Entsprechung für die Versorgung konkret mit tierischen Hilfen sieht das SGB nicht vor. Zwar hat das Bundessozialgericht (BSG) schon 1981 entschieden, dass der Blindenführhund als Hilfsmittel zu leisten ist. Trotz der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) im Jahr 2020 zur Barrierefreiheit für Menschen in Begleitung von Assistenzhunden haben sich die Wünsche von Menschen mit Behinderung nach Versorgung mit tierischer Assistenz (Häcker, 2019) im Sozialleistungsrecht nicht niedergeschlagen. Immerhin sind im Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) Regelungen verankert worden, die Barrieren bei der Begleitung durch Assistenzhunde verringern sollen, vgl. §§ 12e bis 12l BGG.

Methoden

Es wurden verschiedene Gerichtsentscheidungen und juristische Sekundärliteratur im Wege der Textanalyse ausgewertet, um die Reichweite der Versorgung mit tierischer Assistenz zu ermitteln.

Ergebnisse

Die juris-Rechtsprechungsdatenbank listet Urteilte über Klagen auf Assistenzhunde auf, meist abgewiesen. Assistenzhunde können sowohl aus therapeutischen Gründen als auch zur Vermeidung einer drohenden Behinderung sowie zum Behinderungsausgleich beansprucht werden, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aber dann nicht, wenn der durch den Hund erreichte Behinderungsausgleich nicht die Grundbedürfnisse menschlichen Lebens, sondern nur darüber hinausgehende Bedarfe deckt. Diese Restriktion heißt allerdings gerade für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen noch nicht, dass sie nicht doch auch von der GKV einen PTBS-Hund beanspruchen konnten und zwar zur

Krankenbehandlung. Diesen Weg, mit einem PTBS-Hund versorgt zu werden, hat nun zuletzt das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) versagt und dies vor allem mit der ungeklärten Qualitätssicherung entschieden. Der Leistung eines PTBS-Hundes zu therapeutischen Zwecken stehe, so das Gericht, derzeit die Sperrwirkung des Methodenbewertungsvorbehalts nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V entgegen. Der Einsatz des Hundes ersetzte im konkreten Fall schwerer Erkrankung (PTBS und Dissoziative Identitätsstörung) vor allem Arzneimittel und kann wie diese Krankheitssymptomen verhindern oder aufgetretene lindern. Solange aber der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) keine positive Entscheidung im Rahmen einer Richtlinie getroffen habe, könne danach der PTBS-Hund nicht beansprucht werden (LSG, 2024, Rn. 40). Das Gericht hat zwar festgestellt, dass es sich bei dem konkreten Hund um einen Assistenzhund handelte, der gemäß den Standards für Assistenzhunde des Deutschen Assistenzhunde-Zentrums ausgebildet worden ist. Gleichwohl hielt es nicht alle Risiken im Gebrauch für geklärt und deshalb den Anspruch für ausgeschlossen.

Diskussion und Fazit

Dabei wurde nicht behandelt, dass bereits durch die Rechtsänderungen im BGG und vor allem durch die Assistenzhundeverordnung (AHundV) weitreichende rechtliche Vorgaben zur Qualitätssicherung getroffen worden sind. Es ist daher zu erörtern, inwieweit diese den Regelungen zur Qualitätsprüfung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) vergleichbar sind. Für DiGA zu Lasten der GKV hat sich der Gesetzgeber auch nicht für den Weg des Erlaubnisvorbehaltes durch den GBA entschieden, vgl. § 139a SGB V. Die Regelungen im BGG und in der AHundV stellen ein Äquivalent zu diesen Produktsicherungsverfahren für DiGA dar. Solange die Gerichte sich nicht mit der Vergleichbarkeit der Sicherstellung des Wirtschaftlichkeitsgebot befasst haben, werden hier gerade Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen diskriminierend von der Versorgung ausgeschlossen, obwohl gerade sie gem. § 27 Abs. 1 S. 4 SGB V mit ihren besonderen Bedürfnissen besonders berücksichtigt werden müssen.

Take-Home-Message

Bei der Versorgung mit tierischen Hilfsmitteln oder digitalen Gesundheitsanwendungen müssen die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und vor allem auch die berechtigten Wünsche bei der Versorgungsform diskriminierungsfrei berücksichtigt werden.

Literatur

Bundessozialgericht (1981): 25.2.1981, Az. 5a/5 RKn 35/78, BSGE 51, S. 206-209.

Bundesverfassungsgericht (2020): 30.01.2020, Az. 2 BvR 1005/18, Gesundheit und Pflege, S. 223-225.

Häcker (2019): Inklusion durch Assistenzhunde in der Hilfsmittelversorgung, RP Reha, Heft 2, S. 13-15.

LSG Baden-Württemberg, 21.10.2024, Az. L 4 KR 1714/21, juris.

Tietz (2022): Stichwortkommentar, Behindertenrecht, 3. Auflage, 2022, Assistenzhund.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Die Pflichten der Rentenversicherungsträger bei der Entscheidung über LTA und die Folgen pflichtwidrigen Verhaltens im Kostenerstattungsverfahren

René Dittmann

Universität Kassel

Hintergrund und Zielstellung

Gegenstand des Beitrags ist ein Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 8.11.2023 (L 2 R 105/23). Es hatte darüber zu entscheiden, ob ein Rentenversicherungsträger seiner Versicherten die Kosten für eine Umschulung zur Erzieherin als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) erstatten muss. Die Versicherte konnte aufgrund psychischer Erkrankungen ihren bisherigen Beruf als Ergotherapeutin in einer Reha-Einrichtung nicht länger ausüben und beantragte die Umschulung zur Erzieherin. Der Rentenversicherungsträger bewilligte LTA dem Grunde nach, lehnte aber die Umschulung zur Erzieherin ab. Die angestrebte Qualifizierung sei nicht gesundheitsgerecht, weshalb eine Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (vgl. § 10 Abs. 1 Nr. 2b SGB VI) nicht auf Dauer erreicht werden könne.

Dennoch hat die Versicherte die Ausbildung zur Erzieherin aufgenommen und erfolgreich abgeschlossen. Mit ihrer Klage begehrte sie die Erstattung der ausbildungsbedingten Fahrtkosten, die Gewährung von Übergangsgeld während der Ausbildung sowie die Erstattung sonstiger Kosten (z.B. Kopier- und Materialkosten).

Ziel ist die Darstellung und Einordnung der vom LSG aufgezeigten Pflichten eines Rentenversicherungsträgers bei der Entscheidung über eine LTA sowie den Folgen, die ein pflichtwidriges Verhalten im Kostenerstattungsverfahren haben kann.

Methoden

In diesem Beitrag wird ein Gerichtsurteil vorgestellt und unter Verwendung von rechtswissenschaftlichen Quellen (Judikatur, Fachliteratur) ausgewertet.

Ergebnisse

Das LSG hielt die Berufung der Klägerin für begründet. Es bestehe ein Kostenerstattungsanspruch, weil die beantragte Umschulung zur Erzieherin vom beklagten Rentenversicherungsträger zu Unrecht abgelehnt wurde (§ 18 Abs. 6 Satz 1 SGB IX).

Zum einen bestünden trotz der Erkrankungen der Klägerin keine Zweifel an ihrer dauerhaften gesundheitlichen Eignung für den Umschulungsberuf. Insbesondere ließen sich die Einschätzungen zu ihrer Tätigkeit als Ergotherapeutin nicht auf die grundlegend anders geartete Tätigkeit als Erzieherin übertragen.

Anschließend führte das LSG aus, dass die Entscheidung über LTA zwar im pflichtgemäßen Ermessen der Beklagten stehe (§ 13 Abs. 1 SGB VI), doch sei deren Ermessen auf Null reduziert, weshalb die Klägerin einen Anspruch auf die konkret begehrte Leistung hatte.

Die Ermessensreduzierung liege darin begründet, dass es zu den Aufgaben der Beklagten gehört, innerhalb der Fristen des SGB IX einen ernsthaften Plan zur erforderlichen beruflichen Neuorientierung auszuarbeiten. Die Bewilligung einer Leistung dem Grunde nach genügt

diesen gesetzlichen Vorgaben nicht. Bei Ablehnung einer konkret gewünschten Leistung, ist den Versicherten aufzuzeigen, mit welchen anderen Leistungen eine erfolgreiche Teilhabe erreicht werden kann. Werden den Versicherten keine gleich geeigneten Alternativen angeboten, verbleibe dem Träger kein Ermessensraum mehr, um die selbstbeschaffte Leistung als ungeeignet zu bezeichnen.

Im Kostenerstattungsverfahren sei dann kein nachträgliches Auswahlermessen zuzubilligen, da es in die sachgerechte Planung und Auswahl einer künftigen Teilhabeleistung eingebettet ist, wofür nach Durchführung einer Maßnahme im Ergebnis kein sinnvoll nutzbarer Raum verbleibt.

Diskussion und Fazit

Die Entscheidung des LSG zeigt eindrücklich die Pflichten der Rentenversicherungsträger bei ihrer Entscheidung über LTA. Dazu gehört, dass einem „Versicherten nicht bloß entgegengehalten werden [darf], daß es so, wie er handeln will oder handelt, nicht geht; es muß ihm zusätzlich der richtige Weg zur Leistung aufgezeigt werden“ (BSG, Urt. v. 12.8.1982 – 11 RA 62/81). Die Ablehnung eines Reha-Antrags ist daher nur rechtmäßig, wenn es keine Möglichkeiten zur Erreichung der Teilhabeziele gibt (Kater, 2024, Rn. 14).

Die in Frage kommenden Leistungen sind innerhalb der Fristen der §§ 14 ff SGB IX und unter Berücksichtigung der individuellen Teilhabeprobleme und -ziele festzustellen (§ 13 Abs. 2 SGB IX). Zwischen diesen Leistungen hat ein Rentenversicherungsträger sodann sein Auswahlermessen pflichtgemäß auszuüben (vgl. Luik, 2022, Rn. 93 ff.). Unterlässt er die Feststellung von weiteren Leistungen, die neben einer konkret begehrten Leistung zur Erreichung der Teilhabeziele voraussichtlich erfolgreich sein können, kann auch keine Auswahl getroffen werden (Ulrich, 2023, Rn. 58). Es bleibt dann lediglich zu prüfen, ob die sonstigen Voraussetzungen (insb. die Eignung) für die beantragte LTA vorliegen.

Das Gericht betont die Bedeutung einer zeitnahen und effektiven Realisierung von LTA (Luik, 2022, Rn. 2). Da die Beklagte ihren Pflichten nicht nachgekommen ist, blieb der Klägerin keine andere Wahl, als die erforderliche berufliche Neuorientierung selbst zu betreiben. Um das Kostenrisiko einer „selbstbetrieben Rehabilitation“ zu vermeiden, steht den Versicherten zudem die Möglichkeit offen, die Leistung im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes einzuklagen (Luik, 2007).

Take-Home-Message

Bei der Entscheidung über LTA reicht eine Bewilligung dem Grunde nach nicht aus, sondern es sind konkrete Wege zur Erreichung der Teilhabeziele durch die Rentenversicherungsträger aufzuzeigen.

Literatur

Kater (2024): beckOGK, § 13 SGB VI (Stand: 15.02.2024).

Luik (2022): Deinert/Welti/Luik/Brockmann (Hrsg.), SWK Behindertenrecht, 3. Auflage 2022, Teilhabe am Arbeitsleben.

Luik (2007): jurisPR-SozR 6/2007, Anm. 3.

Ulrich (2023): Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 4. Aufl., § 18 SGB IX (Stand: 01.10.2023).

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Digitalisierung der SBV-Arbeit – empirische und rechtliche Aspekte

Thomas Ketzmerick; Wolfhard Kohte

Zentrum für Sozialforschung Halle (ZSH) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

In Betrieben und Dienststellen mit wenigstens fünf dauerhaft beschäftigten schwerbehinderten Menschen werden Schwerbehindertenvertretungen (SBV) gewählt. Die SBV hat vielfältige Aufgaben: Neben der Überwachung der Einhaltung der zugunsten schwerbehinderten Menschen geltenden Gesetze und Vorschriften durch den Arbeitgeber unterstützt sie Beschäftigte auch bei der Beantragung präventiver Maßnahmen. Seit der Pandemie ist der Bedarf nach digitaler Kommunikation stark angewachsen. Wir haben daher untersucht, wie sich die Digitalisierung auf ihre innerbetriebliche Tätigkeit ausgewirkt hat und welche rechtlichen Fragen sich dabei stellen. Die Kommunikation mit den öffentlich-rechtlichen Körperschaften wurde ausgeklammert.

Methoden

Die empirischen Ergebnisse basieren auf zwei eigenen Erhebungen:

- eine bundesweite, explorative Online-Befragung 2021 von 1.543 SBV, Betriebs- und Personalräten zur Partizipation beim betrieblichen Arbeits- und Infektionsschutz in der Corona-Pandemie
- eine Folgeerhebung von 1.439 SBV im Projekt ZIP-NATAR des ZSH 2023, die Aspekte von Interessenvertretung, Beteiligung und Kooperation abbildet.

Ergebnisse

Die Erhebungen zeigen, dass die digitale Ausstattung von SBVen relativ gut, aber nicht komplett ist. Die Kommunikationskanäle zum Management zeigen einen vergleichsweise hohen Digitalisierungsgrad; es gibt Defizite im Hinblick auf Beschäftigte. Digitale Schwerbehindertenversammlungen und Wahlversammlungen sind selten. Neben Ausstattungsmängeln hat dies auch psychologische Ursachen. So werden Faktoren wie lang andauernder Augenkontakt aus der Nähe und weitere als Stress empfunden und führen zur Ermüdung (Bailenson, 2021).

Bei Weiterbildungen sind digitale Formate beliebt. Vertrauenspersonen gaben zunehmend an, regelmäßig an digitalen Fortbildungen teilzunehmen. Die Forschung zeigt, dass es keine generellen Nachteile von E-Learning gegenüber Präsenzformaten gibt (Weckmüller et al., 2021). Unsere Untersuchung ergab zudem Hinweise, dass sich durch niedrigschwellige digitale Angebote auch die Fortbildungsquote insgesamt verbessert hat.

Diskussion und Fazit

Die Rechtsstellung der Schwerbehindertenvertretungen kann nicht isoliert von den Rechten der anderen Interessenvertretungen (Betriebsrat/Personalrat) betrachtet werden. Aktuelle rechtliche Fragen der Digitalisierung der Arbeit der Interessenvertretungen sind seit der Corona-Pandemie zügig geregelt worden. So finden sich jetzt in § 30 Abs. 2 BetrVG und in § 38 Abs. 3 BPersVG Regelungen, wann und wie digitale Sitzungen dieser Gremien möglich sind. Diese Bestimmungen sind auch für die SBV von Bedeutung, da die Teilnahme an den

Sitzungen der Betriebs- und Personalräte zu den zentralen Tätigkeiten der SBV gehören (§ 178 Abs. 4 SGB IX). An digitalen Sitzungen können sie nur teilnehmen, wenn sie die entsprechende Ausstattung haben. Der Anspruch ergibt sich aus § 179 Abs. 8 SGB IX, ist dort aber weniger deutlich geregelt als in § 40 BetrVG. Das Gesetz bedarf – so unsere empirischen Ergebnisse - der Ergänzung.

Auch die Kommunikation der Interessenvertretungen mit den Personalabteilungen erfolgen zu einem beachtlichen Teil digital. Schwerbehindertenvertretungen erhalten hier auch wesentliche Informationen über die Gesundheit von Beschäftigten, diese Daten müssen entsprechend geschützt werden. Dies ist für Betriebsräte inzwischen in § 79a BetrVG verdeutlicht und durch eine aktuelle Entscheidung des BAG (09.05.2023 – 1 ABR 14/22) konkretisiert worden (Kohte, 2023); für die SBVen fehlt bisher eine klare Regelung. Die Gerichtspraxis stellt allerdings entsprechende Anforderungen an jede Interessenvertretung, also auch die SBV, die ein Datenschutzkonzept benötigt, wenn sie Auskünfte vom Arbeitgeber über Behinderungs- und Gesundheitsdaten verlangt (Kiesche, 2020). Konsequent sind daher auch Fortbildungen nach § 179 Abs. 4 SGB IX zu diesem Thema erforderlich. Zutreffend hat das LAG Berlin-Brandenburg mit Beschluss vom 03.11.2022 – 26 TaBV 751/22 entschieden, dass nicht nur die Vertrauensperson, sondern auch eine Bürokraft, die für die SBV arbeitet, einen Anspruch auf eine Fortbildung über den Datenschutz in der SBV-Arbeit hat (Joussen, 2023). Auch wenn noch einige Klarstellungen durch die Gesetzgebung fehlen, hat die Gerichtspraxis die datenschutzrechtlichen Herausforderungen für die digitale Praxis der Interessenvertretungen erfolgreich aufgenommen.

Take-Home-Message

Die Mehrzahl der Schwerbehindertenvertretungen hat sich im betrieblichen Alltag in den letzten Jahren erfolgreich auf das digitale Handlungsfeld begeben und dabei weitgehend die Unterstützung der Arbeitsgerichte gefunden.

Literatur

Bailenson, J. N. (2021): Nonverbal overload: A theoretical argument for the causes of Zoom fatigue. Technology, Mind, and Behavior, 2, 1. 1-6.

Joussen, J. (2023): Schulungskosten und Büropersonal für die Schwerbehindertenvertretung. ZMV, 4, 230-232.

Kiesche, E. (2020): Auskunftsanspruch des Betriebsrats. jurisPR-ArbR, 26. Anm. 1.

Kohte, W. (2023): Bundesarbeitsgericht stärkt die Förderung schwerbehinderter Beschäftigter durch den Betriebsrat. BRuR, 12. 409-411.

Weckmüller, H., Aprea, C. (2021): Virtuelle Weiterbildung: Wie effektiv ist sie und worauf kommt es an? PERSONALquarterly, 73, 2. 48-51.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

„Mensch trifft Maschine“ – Anforderungen an die Hilfsmittelversorgung mit in der Anwendung anspruchsvollen Hilfsmitteln

Claudia Beetz

Ernst-Abbe-Hochschule Jena

Hintergrund und Zielstellung

Das Motto des diesjährigen Reha-Kolloquiums „Mensch trifft Maschine“ beschreibt ein Phänomen, das auch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich zutrifft. Der technische Fortschritt führt zur Entwicklung von immer technisch komplexeren oder sogar neuen Hilfsmitteln, beispielsweise von Exoskeletten oder auch verschiedene Sprachausgabeunterstützungssystemen (Stelling, 2024), mit deren Hilfe Behinderungen immer besser ausgeglichen werden können. Allerdings nehmen durch die technisch immer anspruchsvolleren Hilfsmittel auch die Anforderungen an deren Gebrauch zu. Die gesetzliche Regelung für den Bereich der medizinischen Rehabilitation in § 47 SGB IX umfasst daher neben dem Anspruch auf Gewährung des Hilfsmittels als (Neben-)Leistungsanspruch auch die Kostenübernahme für die Ausbildung in dessen Gebrauch (Abs. 2). Gleichzeitig soll die Bewilligung des Hilfsmittels davon abhängig sein, dass sich die leistungsberechtigte Person auch entsprechend schulen lässt. Die Untersuchung umfasst, wie diese Regelung auszulegen ist, wenn die Betroffenen das jeweilige Hilfsmittel nicht selbst gebrauchen können.

Methoden

Die Frage wird durch eine Auswertung von Literatur und Rechtsprechung untersucht. Ergebnisse werden zur Auslegung herangezogen und daraus Hinweise für die Praxis erarbeitet.

Ergebnisse

Der Rehabilitationsträger soll nach § 47 Abs. 2 Satz 2 SGB IX die Gewährung von Hilfsmitteln zwar davon abhängig machen, dass sich die leistungsberechtigte oder eine Person, die sie in der Anwendung des Hilfsmittels unterstützt, in deren Gebrauch schulen lässt. Bei dieser Entscheidung ist im Rahmen der Bedarfsfeststellung nach §§ 14 Abs. 2, 13 SGB IX jedoch zu prüfen, ob Bedarfe auf kompensatorische Assistenzleistungen zur Nutzung des Hilfsmittels bestehen und diese ggf. zu bewilligen.

Diskussion und Fazit

Hilfsmittel stellen ein zentrales Mittel zur Erreichung des unmittelbaren und mittelbaren Behinderungsausgleichs dar. Damit Hilfsmittel sachgerecht genutzt werden, besteht sowohl der Anspruch auf Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels als auch, die Möglichkeit, die Leistungsgewährung davon abhängig zu machen, dass der Mensch mit Behinderungen sich in dem Gebrauch des Hilfsmittels ausbilden lässt. Hierdurch werden die allgemeinen Mitwirkungspflichten der §§ 60 ff. SGB I erweitert, was die Behörde durch eine Nebenbestimmung umsetzen kann, wodurch letztlich auch geprüft werden wird, ob das Hilfsmittel der individuellen Bedarfssituation entspricht und dieses eine effektive Hilfe darstellt (Oppermann, 2024, Rn. 44f.). Kann eine solche Ausbildung nicht sichergestellt werden,

besteht die Möglichkeit von der Versorgung mit einem technisch aufwändigen Hilfsmittel wegen fehlender Mitwirkung abzusehen (Nellissen, 2024, Rn. 90). Die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels kann auch für eine andere Personen finanziert werden, wenn die betroffene Person die Gebrauchsausbildung nur mithilfe einer Begleitperson durchführen kann oder ohne diese eine Nutzung nicht möglich wäre (Nellissen, 2024, Rn. 89; Wagner, 2024, Rn. 38).

In der Praxis droht eine Unterversorgung in den Fallgestaltungen, in denen der Mensch mit Behinderungen selbst nicht in der Lage ist, das Hilfsmittel zu gebrauchen und es in dessen (auch professionellen) Umfeld – beispielsweise in der Einrichtung der Eingliederungshilfe – keine geeigneten und zur Unterstützung bereiten Personen gibt. Auch der Betreuer einer leistungsberechtigten Person ist nicht dafür zuständig, sich selbst ausbilden zu lassen und die betreute Person bei der Anwendung des Hilfsmittels zu unterstützen. § 1821 Abs. 1 BGB verpflichtet diesen lediglich dazu, die betreute Person dabei unterstützen, ihre rechtlichen Angelegenheiten selbst zu besorgen und, soweit erforderlich, alle Tätigkeiten zur Besorgung der rechtlichen Angelegenheiten der betreuten Person vorzunehmen.

Das fehlende persönliche Umfeld der leistungsberechtigten Person darf jedoch nicht zu einer Unterversorgung führen. Vielmehr hat der leistende Rehabilitationsträger bei der umfassenden Bedarfsfeststellung nach §§ 14 Abs. 2, 13 SGB IX zu prüfen, ob zur Nutzung des Hilfsmittel Leistungen der kompensatorischen Assistenz erforderlich sind (Sozialgericht Lüneburg, 2024) und diese ggf. zu gewähren.

Take-Home-Message

Bei der Gewährung von Hilfsmittel ist (ggf. auf Anregung des Betreuers) zu prüfen, ob zu deren Gebrauch Assistenzleistungen erforderlich sind.

Literatur

Nellissen, G. (2023): § 47 SGB IX in: Schlegel, R., Voelzke, T. (Hrsg.): juris PraxisKommentar SGB IX (4. Aufl. Stand: 11.10.2024). Saarbrücken: juris.

Oppermann, D. (2024): § 47 SGB IX in: Hauck, K., Noftz, W., Oppermann, D. (Hrsg.): SGB IX (4. Ergänzungslieferung). Berlin: ESV.

Sozialgericht Lüneburg (2024): Aktenzeichen: S 38 SO 31/24 ER, Entscheidungsdatum: 12.07.2024.

Stelling, K. (2024): Exoskelette und Sprachcomputer - Neue Hilfsmittel als Herausforderung für die Rechtsprechung zum Behinderungsausgleich durch die gesetzlichen Krankenkassen. NZS, 2024, 610-615.

Wagner, R. (2024): § 33 SGB V in: Wagner, R., Knittel, S. (Hrsg.): Krauskopf - Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung (122. Ergänzungslieferung). München: Beck.

Rehaerfolg durch Hilfsmittel und die Relevanz des Arbeitsschutzrechts

Leonard Seidel

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Bringen Arbeitnehmer ein Hilfsmittel, das ihnen als medizinisches Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nach § 42 II Nr. 6 SGB IX gewährt wurde, mit an ihren Arbeitsplatz, stellt sich die Frage, ob gewährleistet wird, dass dieses an die konkreten Gegebenheiten des Arbeitsplatzes angepasst ist.

Diese Frage stellt sich beispielsweise bei Hörgeräten aufgrund unterschiedlicher Geräuschpegel im Privat- und Arbeitsleben. Falsch eingestellte Hörgeräte können etwa dazu führen, dass ein Gefahrenhinweis eines Kollegen unter den sonstigen Geräuschen untergeht. Hört ein Arbeitnehmer am Arbeitsplatz schlecht, kann das auch kognitive Verarbeitungs- und Funktionsstörungen, soziale Isolierung, reduziertes Selbstvertrauen, oder den Verlust der individuellen Unabhängigkeit und Depressionen begünstigen (Streppel et al., 2006).

Am Beispiel von Hörgeräten soll gezeigt werden, welche betrieblichen Akteure gesetzlich verpflichtet sind, Hilfsmittel der Arbeitnehmer am Arbeitsplatz hinsichtlich Unfall- und Gesundheitsgefährdungen zu überwachen.

Methoden

Erkenntnisgewinnung im Wege einer Auswertung der einschlägigen juristischen Fachliteratur und Rechtsprechung.

Ergebnisse

Für Hilfsmittel, die der Arbeitgeber von sich aus einsetzt, normiert bereits § 4 BetrSichV ausdrücklich eine Pflicht zur spezifischen Gefährdungsbeurteilung (Busch, Kohte, 2020). Für Hilfsmittel, die Arbeitnehmer an ihren Arbeitsplatz bringen, ist dies nicht ausdrücklich geregelt.

Allerdings ist in § 4 Nr. 6 ArbSchG der Grundsatz normiert, dass Arbeitgeber bei ihren Arbeitsschutzmaßnahmen die speziellen Gefahren für besonders schutzbedürftige Beschäftigungsgruppen zu berücksichtigen haben. Das bedeutet auch, dass spezielle Gefahren für Menschen mit Behinderungen am Arbeitsplatz bei sämtlichen Arbeitsschutzmaßnahmen und insbesondere auch bei Gefährdungsbeurteilungen zu berücksichtigen sind (Kohte, 2021).

Das kann nur dann gelingen, wenn dabei auch die vom Arbeitsplatz ausgehenden Gefährdungen für den Menschen durch unangepasste Hilfsmittel berücksichtigt werden. Am Beispiel Hörgerät gilt es deshalb insbesondere zu überprüfen, ob es mit den akustischen Gegebenheiten im Betrieb harmoniert und ob ggf. eine individuelle Einstellung erforderlich ist.

Diesbezüglich können Betriebsärzte eine zentrale Rolle einnehmen. Nach §3 I S.2 Nr. 3 ASiG haben sie die Durchführung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung zu beobachten. Zusätzlich haben sie Arbeitnehmer nach § 3 I Nr. 2 ASiG arbeitsmedizinisch zu untersuchen. Insofern haben sie ihre Aufgaben nah an den Arbeitnehmern zu erfüllen und können so individuelle Handlungsbedarfe in Hinblick auf eine arbeitsplatzkonforme Hörgeräteeinstellung feststellen.

Auch die Fachkräfte für Arbeitssicherheit (SiFa) werden nach § 6 S. 2 Nr. 1 ASiG beratend tätig. Sie beraten Arbeitgeber, Betriebsrat und Betriebsarzt hinsichtlich Arbeitsschutz und Unfallverhütung. Die medizinische Fachkunde der Betriebsärzte wird so durch die sicherheitstechnischen Kompetenzen der SiFa ergänzt.

Das Mitbestimmungsrecht der Betriebsräte aus § 9 III ASiG erstreckt sich auch auf die Konkretisierung der Aufgaben von Betriebsärzten und SiFa (Klebe, 2024). Insofern können Betriebsräte ihr Mitbestimmungsrecht nutzen, um die Aufgaben insoweit zu konkretisieren, dass sie eine gesteigerte Berücksichtigung von Hilfsmitteln der Arbeitnehmer bei Arbeitsschutzmaßnahmen umfasst.

Führt der Hörverlust des Arbeitnehmers zu einer Schwerbehinderung, wird die abstrakte Mitbestimmung des Betriebsrats durch eine individuelle Überwachungspflicht der Schwerbehindertenvertretung erweitert. Nach § 178 I S. 2 Nr. 1 SGB IX hat sie zu überwachen, dass die zugunsten schwerbehinderter Menschen geltenden Gesetze durchgeführt werden.

Normativ kann hier an § 164 IV S. 1 Nr. 4 SGB IX angeknüpft werden. Danach haben schwerbehinderte Arbeitnehmer gegenüber ihrem Arbeitgeber Anspruch auf behinderungsgerechte Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätten. Eine sensibilisierte Schwerbehindertenvertretung kann überwachen, ob der Arbeitsplatz an das Hörgerät jedes individuellen schwerbehinderten Arbeitnehmers angepasst ist und Arbeitgeber damit ihre Pflicht erfüllen.

Diskussion und Fazit

Der technologische Fortschritt wird Arbeitsabläufe vereinfachen und mehr Menschen dazu befähigen, bestimmte Tätigkeiten erstmalig oder weiterhin ausüben zu können. Bei all den berechtigten Erwartungen an eine gesteigerte Teilhabe am Arbeitsleben darf allerdings der Arbeitsschutz nicht in Vergessenheit geraten, denn von Hilfsmitteln können auch Gefährdungen ausgehen.

Durch den technologischen Fortschritt kommen auf die Arbeitsschutzakteure immer wieder neue Herausforderungen zu, denen sie sich durch Wahrnehmung der genannten Rechte und Pflichten stellen müssen.

Take-Home-Message

Das Arbeitsschutzrecht kennt Akteure, die sich mit individuellen Kompetenzen für einen Arbeitsschutz einsetzen können, der Gefährdungen durch Hilfsmittel der Arbeitnehmer berücksichtigt.

Literatur

Kohte, W. (2021): Kommentierung zu § 4 Rn. 37, in Kollmer/Klindt/Schucht (Hrsg.), ArbSchG, 4. Auflage.

Busch, D., Kohte, W. (2020): Behinderungsgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen durch digitale Assistenzsysteme, sis Heft 9/2020, S. 1-6.

Streppel, M., Walger, M., v. Wedel, H., Gaber, E. (2006): Hörstörungen und Tinnitus, Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 29.

Klebe, T. (2024): Kommentierung zu § 87 Rn. 236, in Däubler, W., Klebe T., Wedde, P. (Hrsg.), BetrVG, 19. Auflage.

Betriebliches Eingliederungsmanagement bei älteren Beschäftigten in Deutschland – Ergebnisse der lidA-(Kohorten-)Studie

Merle Riechmann-Wolf[1]; Uta Wegewitz[2]; Wiebke Wrage[2]; Alexandra Sikora[2]; Hans Martin Hasselhorn[3]

[1] Universität Mainz, [2] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), [3] Bergische Universität Wuppertal

Hintergrund und Zielstellung

Arbeitgeber in Deutschland sind seit 2004 verpflichtet, Beschäftigten, die länger als insgesamt 6 Wochen innerhalb von 12 Monaten arbeitsunfähig waren, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten (§ 167 Absatz 2 SGB IX). Danach ist es Ziel des BEM, gemeinsam mit den zurückkehrenden Beschäftigten Möglichkeiten zu finden, wie die aktuelle Arbeitsunfähigkeit (AU) überwunden, erneuter AU vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

Bislang liegen zwei bevölkerungsbasierte Studien vor (Loerbroks et al., 2021; Wrage et al., 2023), in denen auf Basis von Selbstauskünften Beschäftigter Daten zur Umsetzung des BEM erfasst wurden. Ziel der vorliegenden Studie ist, den bisherigen Kenntnisstand zu ergänzen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Untersuchung der Umsetzung des BEM bei älteren Beschäftigten in Deutschland.

Methoden

In der repräsentativen lidA-Studie („leben in der Arbeit“, www.lida-studie.de) werden seit 2011 deutschlandweit sozialversicherungspflichte Beschäftigte der Geburtsjahrgänge 1959, 1965 und (seit 2022/23) 1971 zu den Themen Arbeit, Gesundheit und Erwerbsteilhabe interviewt (Hasselhorn et al., 2014). Die Erhebungswelle 2022/2023 enthält ein neu entwickeltes Modul zur Umsetzung des BEM.

Die statistischen Analysen umfassen deskriptive Auswertungen und inferenzstatistische Analyse-verfahren (Chi2-Tests, bivariate und multiple logistische Regressionsanalysen). Odds Ratios mit 95%-Konfidenzintervall werden berichtet.

Ergebnisse

Von 7.335 erwerbstätigen Befragten berichteten 819 (11,2 %), in den zurückliegenden 12 Monaten mehr als 30 AU-Tage gehabt zu haben. Sie dürften damit als BEM-berechtigt gelten. Von diesen erhielten 282 (34,5 %) von ihrem Arbeitgeber proaktiv ein Angebot zum BEM. Eine höhere Chance für ein solches Angebot findet sich bei längerer AU-Dauer, in größeren Unternehmen, bei Unternehmen, die der Gesundheit der Mitarbeitenden eine höhere Bedeutung beimessen und bei Beschäftigten, die während der Corona-Pandemie die Option hatten, im Homeoffice zu arbeiten. Etwa ein Drittel derer, die ein BEM-Angebot erhielten, lehnte dies ab; meistens, weil kein Bedarf bestand. 132 der 819 BEM-Berechtigten (16,1 %) berichteten, BEM-Maßnahmen erhalten zu haben, insbesondere „stufenweise

Wiedereingliederung“, gefolgt von „regelmäßigen Feedbackgesprächen mit dem Vorgesetzten“. 114 von ihnen (90,8 % von 132) bewerteten die erhaltenen Maßnahmen als „etwas“ oder „sehr hilfreich“.

Diskussion und Fazit

Die ermittelte Angebotsquote liegt mit 34,5 % knapp unter den von Loerbroks et al. (2021) mit 36 % und von Wrage et al. (2023) mit 40 % berichteten Quoten. Obgleich nicht für alle zutreffend, ließen sich aus anderen Studien abgeleitete Faktoren als Determinanten des BEM-Angebots bestätigen (ebd.; Hollederer, 2021). Der Anteil der Beschäftigten, die ein BEM-Angebot nicht annahmen, liegt in der vorliegenden Studie bei 34,5 %, und damit etwa in der Größenordnung der Ergebnisse von Wrage et al. (2023) mit 32 % und über dem von Loerbroks et al. (2021) mit 23 % berichteten Anteil. Die Werte sprechen insgesamt betrachtet eher für eine Stagnation der Verbreitung von BEM in Deutschland als für ihre Zunahme in den letzten Jahren, auch wenn aus methodischen Gründen und aufgrund von Stichprobenunterschieden ein studienübergreifender Vergleich der Angebots- oder auch Inanspruchnahmequoten nur als erster Hinweis auf allgemeine Tendenzen verstanden werden kann.

Die Stärken dieser Studie basieren auf ihrer Größe, Repräsentativität, Aktualität und auf dem Umstand, dass erstmals neue Aspekte wie die Bewertung der BEM-Maßnahmen erhoben wurden. Allerdings ist zu bedenken, dass ausschließlich Personen befragt wurden, die zum Zeitpunkt der Befragung erwerbstätig waren. Zudem lassen sich keine verlässlichen Aussagen zum wahrgenommenen Nutzen von BEM-Verfahren im Gesamten ableiten, da bei etwa 20 % derer, die ein BEM-Angebot annahmen, keine Maßnahmen umgesetzt wurden und ihnen daher keine Frage zum wahrgenommenen Nutzen gestellt wurde. Gemutmaßt werden kann, dass ihre verfahrensbezogene Nutzenbewertung weniger positiv ausgefallen wäre als die hier berichtete Nutzenbewertung der BEM-Teilnehmenden mit umgesetzten Maßnahmen.

Take-Home-Message

20 Jahre nach seiner Einführung wird BEM noch zu selten umgesetzt, obwohl erhaltene BEM - Maßnahmen i.d.R. als hilfreich bewertet werden. Akteure im Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit könnten Unternehmen hier noch stärker sensibilisieren.

Literatur

Hasselhorn, H.M., Peter, R., Rauch, A. et al. (2014): Cohort profile: The lidA Cohort Study – a German Cohort Study on Work, Age, Health and Work Participation. International Journal of Epidemiology, S. 1736-1749.

Hollederer, A. (2021): Prevalence and utilization of company integration management in Germany: Results of the 2018 BiBB/BAuA survey of employed persons. Journal of Occupational Health, 63: e12276. doi: 10.1002/1348-9585.12276

Loerbroks, A., Scharf, J., Angerer, P. et al. (2021): The Prevalence and Determinants of Being Offered and Accepting Operational Management Services-A Cohort Study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18. doi: 10.3390/ijerph18042158

Wrage, W., Sikora, A., Wegewitz, U. (2023): Verbreitung des betrieblichen Eingliederungsmanagements: Sind Gesundheitsorientierung und soziale Ressourcen bedeutsamer als Betriebsgröße? Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. Gesundheitswesen, 85, S. 453–460. doi: 10.1055/a-1791-1122

Förderung: Die lidA-Studie Welle 4 wird gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund, Förderkennzeichen 0421/40-64-50-78), der BARMER (4500129332), dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS, DA2-83000) und der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI, P0102-000-2022).

From assessment to action: Wirksamkeit eines ganzheitlichen Teilhabeassessments zur Verbesserung von Arbeitsfähigkeit (rehapro-Modellvorhaben GIBI)

David Fauser[1]; Matthias Bethge[1], Jessica Roder[1]; Vera Kleineke[2]; Saskia Dötsch[2]

[1] Universität zu Lübeck, [2] Deutsche Rentenversicherung Nord

Hintergrund und Zielstellung

Die Arbeitswelt hat sich durch Digitalisierung, demografische und pandemiebedingte Trends stark verändert. Unsoziale Arbeitszeiten (d. h. 48 Stunden oder mehr pro Woche oder nachts) und hohe Arbeitsintensitäten können krankheitsbedingte Fehlzeiten und reduzierte Erwerbsbeteiligung verursachen (Frank et al., 2023). Die Wirksamkeit von Interventionsstrategien hängt davon ab, ob sie den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen entsprechen, multimodal sind und die Beteilung von Arbeitgebern berücksichtigen (van Vilsteren et al., 2015).

Eine qualitative Evidenzsynthese (97 Studien) identifizierte patientenbezogene Bedürfnisse für beruflich-orientierte Gesundheitsinterventionen: frühzeitiger Zugang, psychologische Diagnostik, interdisziplinäre Zusammenarbeit (inklusive Arbeitgeber), Arbeitsplatzorientierung, vertrauensvolle Unterstützung und kontinuierliche Beratung (Hagendijk et al., 2024). Das Modellvorhaben GIBI (Ganzheitliche Klärung des Interventionsbedarfs bei gefährdeter beruflicher Integration) verbindet diese Anforderungen in einer neuartigen Maßnahme. Die randomisierte kontrollierte Studie prüfte die Wirksamkeit der im rehapro-Modellvorhaben GIBI entwickelten Intervention (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00027577).

Methoden

Die Studie schloss Mitarbeitende mit gesundheitlichen Einschränkungen und eingeschränkter Arbeitsfähigkeit ein (Fauser et al., 2022). Alle Personen erhielten ein betriebsärztliches Erstgespräch. Die Interventionsgruppe (IG) nahm zeitnah an einem zweitägigen Teilhabeassessment mit körperlicher und psychischer Diagnostik in einer Rehabilitationseinrichtung und anschließend an betrieblichen Nachsorgegesprächen teil. Die Kontrollgruppe (KG) erhielt das Angebot nach sechs Monaten. Die computergestützt generierten Zuweisungslisten wurden für jede Einrichtung mittels Blockrandomisierung (permutierte Vierer- und Sechserblöcke) erzeugt. Fragebogendaten wurden im Erstgespräch und nach sechs Monaten erhoben. Primäres Zielkriterium war die subjektive Arbeitsfähigkeit (Work Ability Score; 0-10 Punkte). Sekundäre Zielkriterien umfassten Merkmale zur Gesundheit, zum Arbeitsplatz und Arbeitsunfähigkeitszeiten. Wir berechneten lineare und

logistische Regressionsmodelle und berichteten standardisierte Mittelwertdifferenzen (SMD; klein: SMD ≥ 0,2; mittel: SMD ≥ 0,5; groß: SMD ≥ 0,8).

Ergebnisse

Für die Analyse wurden Daten von 61 Teilnehmenden (IG: n = 32) berücksichtigt. Die Teilnehmenden waren zu 62 % männlich und im Durchschnitt 50 Jahre alt (SD = 9,8). Zwischen IG und KG zeigte sich nach sechs Monaten ein klinisch bedeutsamer, aber statistisch nicht signifikanter Unterschied für die subjektive Arbeitsfähigkeit (Differenz = 1,15: 95-%-KI: -0,05 bis 2,35; p = 0,061; SMD = 0,53) (Abb. 1). Für die wahrgenommene Unsicherheit des Arbeitsplatzes zeigte sich ein Effekt mit mittlerer Effektstärke zugunsten der IG (Differenz = -16,40; 95-%-KI: -29,82 bis -2,99; p = 0,017; SMD = -0,54). Zudem berichteten Personen der IG rund vier Wochen kürzere Arbeitsunfähigkeit in den letzten sechs Monaten im Vergleich zur KG (Differenz = -4,00: 95- %-KI: -7,49 bis -0,51; p = 0,025; SMD = -0,52).

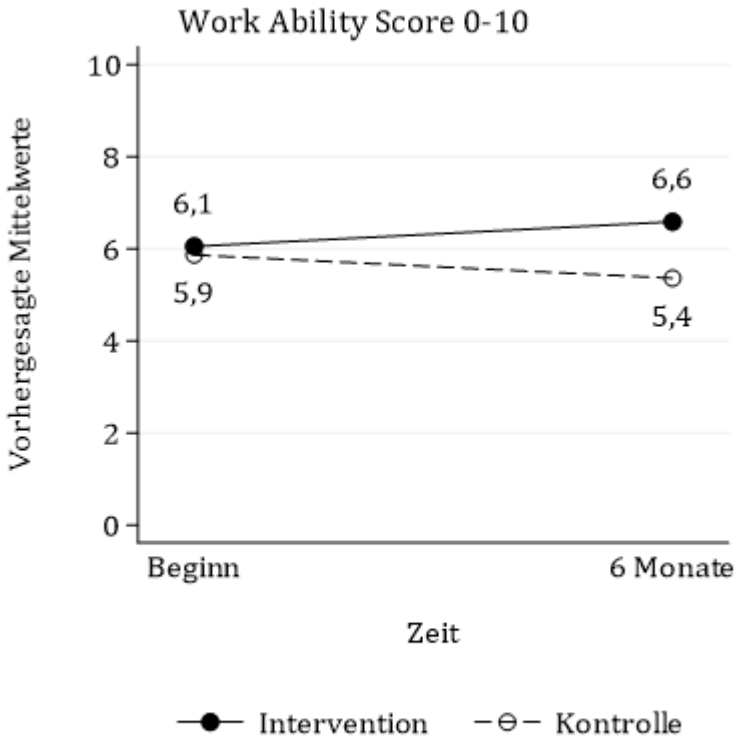


Abb. 1: Primäres Zielkriterium Work Ability Score

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der randomisierten kontrollierten Studie deuten darauf hin, dass die Intervention mit betriebsärztlichem Erstgespräch, zweitägigem Teilhabeassessment und betrieblicher Nachbetreuung zu einer Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitszeiten und einer Verbesserung der Arbeitsplatzsicherheit führt. Für die subjektive Arbeitsfähigkeit konnte der Vorteil nicht statistisch abgesichert werden, was davon beeinflusst wurde, dass wir die a priori geplante Stichprobengröße von 210 Personen deutlich nicht erreichten. Gründe dafür sind ein verspäteter Rekrutierungsstart, der Ausstieg einer Rehabilitationseinrichtung sowie die pandemiebedingte Überlastung der Betriebsärzt*innen. Zusammengefasst, bietet GIBI Erwerbstätigen eine Möglichkeit, sich mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen und

rehabilitative Leistungen frühzeitig kennenzulernen. Ein zweitägiges Teilhabeassess-ment kann das Leistungsspektrum von rehabilitativen Einrichtungen wirksam erweitern. Regionale Netzwerke aus Betriebs- und Rehabilitationsmedizin könnten auch in anderen Versorgungsformen, z. B. für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation genutzt und Rehabilitationskliniken zu regionalen rehabilitationsmedizinischen Kompetenzzentren weiter-entwickelt werden.

Take-Home-Message

Ein zweitägiges Teilhabeassessment zur Ableitung passgenauer Interventionsstrategien kann Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Erwerbstätigen mit gefährdeter beruflicher Teilhabe reduzieren.

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.

Frank, J., Mustard, C., Smith, P., Siddiqi, A., Cheng, Y., Burdorf, A., Rugulies, R. (2023): Work as a social determinant of health in high-income countries: past, present, and future. The Lancet, 402. 1357-1367.

Hagendijk, M., Zipfel, N., Melles, M., van der Wees, P., Hulshof, C., Zwaan, E., van der Burg-Vermeulen, S., Hoving, J., (2024): Patients' needs regarding work-focused healthcare: a qualitative evidence synthesis. Journal of Occupational Rehabilitation. doi:10.1007/s10926-024-10225-8

van Vilsteren, M., van Oostrom S., de Vet H., Franche, R., Boot, C., Anema, J. (2015): Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD006955.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Ganzheitliche diagnostische Klärung des Handlungsbedarfs bei gefährdeter beruflicher Teilhabe aus Sicht der Teilnehmenden: eine Interviewstudie

Jessica Roder[1]; Nele Boos[1]; David Fauser[1]; Matthias Bethge[1], Saskia Dötsch[2]; Vera Kleineke[2];

[1] Universität zu Lübeck, [2] Deutsche Rentenversicherung Nord

Hintergrund und Zielstellung

Mitarbeiter*innen mit gefährdeter beruflicher Teilhabe benötigen leicht zugängliche Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung und sollten proaktiv angesprochen werden (Hollederer, 2021). Die initiale Diagnostik sollte ganzheitlich und arbeitsplatzbezogen erfolgen, damit aus den präsentierten Gesundheitsproblemen individuelle Lösungen abgeleitet werden können (Fauser et al., 2023). Betriebsärzt*innen könnten dabei – wie auch

bei der Initiierung und Begleitung von Rehabilitationsprozessen – eine Schlüsselfunktion einnehmen (Völter-Mahlknecht, Rieger, 2014).

Im Modellvorhaben Ganzheitliche Klärung des Interventionsbedarfs bei gefährdeter Beruflicher Integration (GIBI) erprobten und evaluierten wir eine innovative diagnostische Maßnahme, die die interdisziplinäre Expertise rehabilitativer und betriebsärztlicher Akteur*innen vereint. Mitarbeiter*innen wurden von Betriebsärzt*innen angesprochen und erhielten das Angebot einer zweitägigen ganzheitlichen Diagnostik in einer Rehabilitationsklinik, an deren Ende individuelle Lösungsstrategien ermittelt wurden. Weiterhin wurden bis zu vier betriebliche Nachsorgegespräche mit Betriebsärzt*innen angeboten, um die Umsetzung der Empfehlungen zu unterstützen. Ergebnisse der Machbarkeitsphase (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00024522) zeigten, dass GIBI zur Verbesserung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit führen kann (Fauser et al., 2023).

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Beschreibung von Faktoren, die von Teilnehmenden während der Teilnahme an der Maßnahme als positiv oder negativ wahrgenommen wurden sowie eine Beschreibung des wahrgenommenen Nutzens und die Identifizierung von Anpassungsmöglichkeiten.

Methoden

Die Interviewstudie berücksichtigte Mitarbeiter*innen mit gesundheitlichen Einschränkungen und eingeschränkter Arbeitsfähigkeit, die bei der Deutschen Rentenversicherung Nord, Bund, Braunschweig-Hannover oder Knappschaft-Bahn-See versichert waren. Alle Teilnehmenden wurden zu Beginn der zweitägigen ganzheitlichen Diagnostik von Studienkoordinatorinnen der Rehabilitationseinrichtungen mündlich und schriftlich über die Möglichkeit der Teilnahme und die Ziele der Interviews informiert. Bei Teilnahmeinteresse erfolgten die Interviews mindestens einen Monat nach Abschluss der ganzheitlichen Diagnostik.

Insgesamt wurden 18 leitfadengestützte Interviews mit Teilnehmenden der Intervention geführt. Die Daten wurden anonymisiert, transkribiert und nach den Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Mayring, 2022). Die Kategorienbildung erfolgte induktiv.

Ergebnisse

Die interviewten Teilnehmenden waren zu 56 % weiblich und im Durchschnitt 45 Jahre alt (SD = 10,3). Als förderlich bei der Durchführung der Intervention beschrieben Teilnehmende die aktive Ansprache zur Teilnahme an GIBI durch Betriebsärzt*innen, die Ganzheitlichkeit des Ansatzes und die erbrachten Interventionsinhalte sowie die Unterstützung durch Betriebsärzt*innen bei der Umsetzung von Empfehlungen im Rahmen der Nachsorgegespräche. Eine mangelnde Individualisierung und ein fehlender Arbeitsplatzbezug wurden als hinderlich bei der Durchführung der Interventionsbestandteile bewertet. Anpassungswünsche der Teilnehmenden betrafen eine Ergänzung der interdisziplinären Diagnostik um weitere medizinische Fachbereiche (z. B. Innere Medizin) sowie eine flexibilisierte Aufenthaltsdauer in der Rehabilitationseinrichtung. Die Teilnehmenden schilderten eine erhöhte Motivation für gesundheitsbewusstes Verhalten und das Vorhandensein von Hoffnung in Bezug auf die Klärung der eigenen gesundheitlichen Situation. Teilnehmende beschrieben einen Nutzen für die eigene Gesundheitskompetenz

durch die Vermittlung von Perspektiven verschiedener medizinischer und therapeutischer Fachbereiche.

Diskussion und Fazit

Unsere Intervention vereint die Expertise von Arbeitsmedizin sowie Rehabilitationsmedizin und basiert auf interdisziplinärer Zusammenarbeit. GIBI kann aus Sicht der Teilnehmenden die Gesundheitskompetenz stärken und helfen, Diskrepanzen zwischen Arbeitsanforderungen und individueller Leistungsfähigkeit zu bewältigen. Eine Weiterentwicklung könnte in der Optimierung der Informationsübermittlung vor Antritt der Maßnahme (z. B. durch den Versand von Informationspaketen) bestehen. Weiterhin könnte das zweitägige Assessment je nach Anforderungsbedarf flexibel in einem Zeitraum von zwei bis vier Tagen mit angepasster Therapieintensität angeboten sowie ein verpflichtendes einmaliges Gespräch zwischen allen Akteur*innen (inklusive Arbeitgeber) in die Intervention integriert werden.

Die Ergebnisse sind vergleichbar mit den Ergebnissen unserer Fokusgruppenstudie, die die Durchführung von GIBI aus Sicht des therapeutischen Personals untersuchte, und ergänzen die Ergebnisse zur Prozessevaluation (Roder et al., 2024).

Take-Home-Message

Aus der Sicht der Teilnehmenden waren die ganzheitliche und arbeitsplatzorientierte Diagnostik sowie die Ableitung passgenauer Lösungsstrategien förderliche Faktoren für die Umsetzung der Intervention.

Literatur

Fauser, D., Boos, N., Dötsch, S., Langer, C., Kindel, C., Kleineke, V., Bethge, M. (2023): Ganzheitliche Klärung des Interventionsbedarfs bei gefährdeter beruflicher Teilhabe an der Schnittstelle von Rehabilitation und Betriebsmedizin. Zentralblatt für Arbeitsmedizin Arbeitsschutz und Ergonomie, 73. 147-159.

Hollederer, A. (2021): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland für alle? Ergebnisse der BIBB-/BAUA-Erwerbstätigenbefragung 2018. Gesundheitswesen, 85. 277-288.

Mayring, P. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (13. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Roder, J., Fauser, D., Lemke, S., Dötsch, S., Kindel, C., Kleineke, V., Langer, C., Bethge, M. (2024): Förderliche und hinderliche Faktoren bei der ganzheitlichen Klärung des Interventionsbedarfs bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit. Eine Fokusgruppenstudie. DRV-Schriften, Bd 130. 436-438.

Völter-Mahlknecht, S., Rieger, M. (2014): Patientenversorgung an der Schnittstelle von Rehabilitation und Betriebsärzten. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 139. 1609-1614.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation durch ältere Beschäftigte nach beruflichem Qualifikationsniveau – Ergebnisse der 4. Welle der lidA-Studie

Jean-Baptist du Prel[1]; Patrick Brzoska[2]; Diana Wahidie[2]; Jürgen Breckenkamp[3]

[1] Bergische Universität Wuppertal, [2] Universität Witten/Herdecke, [3] Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Ältere Beschäftigte stellen hierzulande einen wesentlichen Teil der Arbeitskraft. Mit Erhöhung des gesetzlichen Rentenalters hat der Anteil von Angehörigen der geburtenstarken Jahrgänge zwischen 60 und 64 Jahren, welche einer Beschäftigung nachgingen, von 50% in 2013 auf 65% in 2023 zugenommen (Statistisches Bundesamt, 2024). Auf Grund des demographischen Wandels gilt es ältere Beschäftigte möglichst lange in Arbeit zu halten. Gering qualifizierte Berufe können mit erhöhter krankheitsbedingter Frühberentung einhergehen (Dragano, Wahrendorf, 2016). Medizinische Rehabilitation kann bei Inanspruchnahme dazu beitragen, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von älteren Beschäftigten zu erhalten. Vulnerable Gruppen können eine geringere Rehabilitationsinanspruchnahme zeigen. Diesbezüglich untersuchten wir die medizinische Rehabilitationsinanspruchnahme älterer Beschäftigter unterschiedlicher Qualifikationsniveaus unter Berücksichtigung soziodemographischer, gesundheitlicher, arbeitsbezogener sowie außerberuflicher Faktoren.

Methoden

8884 sozialversicherte Beschäftigte der Jahrgänge 1959, 1965 und 1971 wurden in der lidA- Studie („leben in der Arbeit“) 2022/2023 zur Inanspruchnahme von ambulanter und stationärer medizinischer Rehabilitation in den letzten vier Jahren befragt. Das berufliche Qualifikationsniveau wurde mittels Blossfeld-Klassifikation in drei Stufen abgebildet. Neben Alter, Geschlecht und Migrationsgeschichte, gingen subjektive Gesundheit (SF12), Arbeitsstress (ERI), physische Arbeitsbelastungen, Work-Privacy-Konflikt und die Pflege naher Angehöriger in die Analyse ein. Neben deskriptiver Statistik kam die blockweise multiple logistische Regression zur Anwendung. Mittels Gewichtung wurde Selektionseffekte berücksichtigt. Als Effektschätzer wurden Odds Ratios mit 95%-Konfidenzintervallen und zusätzlich Average Marginal Effects (Brzoska, Sauzet, 2017) berechnet.

Ergebnisse

17,5% der älteren Beschäftigten hatten in den letzten vier Jahren medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen, 13,1% stationäre und 4,4% ambulante. Gering qualifizierte (OR: 1,28; 95% KI 1,05-1,57) und qualifizierte Tätigkeiten (OR: 1,45; 95% KI 1,19-1,77) hatten eine höhere Chance der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen als hochqualifizierte. Eine höhere Chance zeigte sich zudem bei hoher Arbeitsstressbelastung (OR: 1,23; 95% KI 1,04-1,46) sowie schlechterer Gesundheit (OR: 2,75; 95% KI 2,40-3,16). Alter (OR: 0,75; 95% KI 0,63-0,89), weibliches Geschlecht (OR: 0,81; 95% KI 0,71-0,94) sowie eine Migrationsgeschichte in der ersten Generation (OR: 0,72; 95% KI 0,58-0,90) gingen mit geringerer Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit einher. Bezüglich ambulanter medizinischer Rehabilitationsinanspruchnahme zeigten nur qualifizierte Berufe, schlechte Gesundheit und männliches Geschlecht eine signifikant höhere Chance. Bei der stationären Rehabilitations-

inanspruchnahme waren geringeres berufliches Qualifikationsniveau und schlechte Gesundheit mit einer höheren und jüngeres Alter, sowie Migrationsgeschichte der ersten Generation mit einer geringeren Chance assoziiert.

Diskussion und Fazit

In dieser Untersuchung fand sich eine höhere Chance der Rehabilitationsinanspruchnahme für einfache und qualifizierte im Vergleich zu hochqualifizierten Berufen. Diese Beobachtung ist hinsichtlich des erhöhten Risikos eines krankheitsbedingen Erwerbsfrühausstieges bei gering qualifizierten Berufen nicht unerwartet. Allerdings fanden sich keine Unterschiede in der Rehabilitationsinanspruchnahme zwischen einfachen und qualifizierten Berufen. Neben dem tatsächlichen Rehabilitationsbedarf können noch andere Faktoren über die Rehabilitationsinanspruchnahme entscheiden (Bethge, von Groote, 2014). Dabei könnten Unter- und Überversorgung an Rehabilitationsmaßnahmen eine Rolle spielen. Eine Teilerklärung könnte beispielsweise darin liegen, dass gering qualifizierte im Vergleich zu qualifizierten Berufen bei älteren Beschäftigten mit einer geringen Informiertheit über das Rehabilitationsantragsverfahren einhergeht, was wiederum eine Grundvoraussetzung für die Rehabilitationsinanspruchnahme ist (du Prel, 2024). Eine solche geringe Informiertheit könnte auch ein Grund für die geringe Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei Beschäftigten mit Migrationsgeschichte der ersten Generation sein. Die signifikant höhere Inanspruchnahme bei männlichen älteren Beschäftigten könnte hingegen auf einen höheren Bedarf bei höherer Prävalenz häufiger Krankheiten (z.B. Herzkreislauferkrankungen) zurückzuführen sein.

Das in dieser Untersuchung beobachtete Rehabilitationsinanspruchnahme einzelner soziodemographischer Gruppen älterer Beschäftigter muss in Folgeuntersuchungen dem tatsächlichen Rehabilitationsbedarf gegenübergestellt werden. Finden sich hier Diskrepanzen gilt es Erklärungen für mögliche Über- und Unterversorgung zu finden.

Take-Home-Message

Während einfache und qualifizierte Tätigkeiten erwartungskonform mit einer höheren Chance einer Rehabilitationsinanspruchnahme einhergehen als höher qualifizierte, weist ein fehlender sozialer Gradient darauf hin, dass neben dem Bedarf zusätzlich andere Faktoren die Inanspruchnahme von medizinischer Reha beeinflussen können.

Literatur

Bethge, M., von Groote, P., Giustini, A., Gutenbrunner C (2014): The world report on disability: a challenge for rehabilitation medicine. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 93, Supplement1, S4–11.

Brzoska, P., Sauzet, O., Breckenkamp, J. (2017): Unobserved heterogeneity and the comparison of coefficients across nested logistic regression models: how to avoid comparing apples and oranges. International Journal of Public Health, 62, 517–520.

Dragano, N., Wahrendorf, M., Müller, K., Launau, T. (2016): Arbeit und gesundheitliche Ungleichheit. Bundesgesundheitsblatt, 59, 217–227.

Du Prel, J.-B. (2024): Soziodemographische Unterschiede im Kenntnisstand über die Reha-Antragstellung bei älteren Beschäftigten. DRV-Schriften, Bd. 130. 379-380.

Statistisches Bundesamt (2024): Erwerbstätigkeit älterer Menschen. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/erwerbstaetigkeit.html (Letzter Aufruf: 01.11.2024).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Schnittstelle medizinische Rehabilitation und Betrieb – die betriebliche Gesundheitskultur zeigt Einfluss, die betriebsärztliche Rolle dagegen nicht

Hans Martin Hasselhorn; Jean-Baptist du Prel

Bergische Universität Wuppertal

Hintergrund und Zielstellung

Die demografische Entwicklung und die hohe Nachfrage nach Arbeitskräften in Deutschland erfordern zunehmend die Erwerbsbeteiligung auch von Menschen mit gesundheitlichen und funktionellen Einschränkungen. Dabei unterstützt die Rehabilitation die Sicherung von Arbeitsfähigkeit und beruflicher Teilhabe. Die Wiedereingliederung in den Betrieb nach einer medizinischen Rehabilitations-Maßnahme (mRM) kann den Rehabilitationserfolg signifikant fördern. Verschiedene Studien und Erfahrungsberichte zeigen, dass eine gut geplante und unterstützte Rückkehr in den Arbeitsplatz nicht nur die Wahrscheinlichkeit einer dauerhaften Beschäftigungsfähigkeit erhöht, sondern auch positive Effekte auf die physische und psychische Gesundheit der Betroffenen hat. Die Erfolgsquote ist jedoch stark von der individuellen Situation des Patienten, der Art der Erkrankung und der Unterstützung durch den Arbeitgeber abhängig.

In diesem Beitrag werden soziodemografische und betriebliche Einflüsse auf die mRM- Inanspruchnahme, die anschließende Wiedereingliederung in den Betrieb und auf das Reha-Bedürfnis bei älteren Beschäftigten untersucht.

Methoden

Daten der lidA-Studie werden zur Untersuchung der Fragestellung genutzt. Seit 2011 begleitet die lidA-Studie (www.lida-studie.de) ältere Beschäftigte in Deutschland auf ihrem Weg vom Arbeitsleben in den Ruhestand (Hasselhorn et al. 2014). In drei- bis vierjährigen Abständen werden die Teilnehmenden (geboren 1959, 1965 oder 1971) zu Hause oder telefonisch zu ihrer Arbeit, Erwerbstätigkeit, Privatleben, Gesundheit und auch zu ihren persönlichen Vorstellungen zum Rentenübergang interviewt. lidA umfasst bisher vier Erhebungswellen aus den Jahren 2011, 2014, 2018 und 2022/23. In Welle 4 wurden 8.884 Personen befragt. Untersucht wurde, inwieweit Die deskriptiven und inferenzstatistischen Analysen (Chi2-Tests, multiple logistische Regressionsanalyen) zu diesem Beitrag sind auf Daten der Welle 4 beschränkt. (* = $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$)

Untersuchte Endpunkte sind mRM-Inanspruchnahme in den letzten vier Jahren, Änderungen am Arbeitsplatz im Zeitraum von 6 Monaten nach mRM, Bedürfnis nach Reha und Absicht, eine mRM zu beantragen. Als Einflussvariablen wurden berücksichtigt: Geschlecht, Alter,

Gesundheitsstatus, Migrationshintergrund, Bildungsstatus, Haushaltsnettoäquivalenz-einkommen (HHNÄE, 5 Gruppen), Unternehmensgröße, betriebliche Gesundheitskultur sowie das Vorhandensein eines Betriebsarztes im Betrieb.

Für die Analysen ausgewählt wurden 7.517 Teilnehmende, die zum Zeitpunkt der Befragung in Vollzeit, Teilzeit, geringfügig oder in einer Beschäftigungsmaßnahme erwerbstätig waren.

Ergebnisse

17% (1.293 von 7.503) hatten in den zurückliegenden vier Jahren eine mRM in Anspruch genommen. Die Anregung kam bei 42% vom Hausarzt/ärztin, 24% aus eigener Initiative, 10% von der Rentenversicherung, 5% von der Krankenkasse und zu 1% betriebsärztlich.

Auf eine Rehabilitationsmaßnahme erfolgten in 23% (284 von 1.238) Änderungen bei der Arbeit. Im multiplen Modell war nur die Gesundheitskultur prädiktiv (**). In Betrieben mit hoher Gesundheitskultur lag dieser Anteil bei 25%, bei geringer bei 16%. Das Vorhandensein eines Betriebsarztes im Betrieb zeigte keinen Unterschied. Die 284 Personen erhielten im Mittel 2,4 Maßnahmen, nur ein Drittel erhielt keine. Die häufigste genannte Maßnahme war „Stufenweise Wiedereingliederung“ (47%), gefolgt von zahlreichen Arbeitsplatzmaßnahmen und „regelmäßige Feedbackgespräche mit der Führung“ (17%).

46% aller (3.409 von 7.474) äußerten den Wunsch, einen Reha-Antrag zu stellen. Der Wunsch wurde deutlich häufiger geäußert von Beschäftigten in Betrieben mit einer schlechten (!) Gesundheitskultur (59% vs. 42%), ferner von Frauen, Personen mit schlechter Gesundheit, geringer Bildung (alle ***), geringerem Einkommen (**) sowie bei Vorhandensein eines Betriebsarztes (*, 47% vs. 45%).

Von denen mit Reha-Wunsch äußerten 28% die Absicht, einen Antrag auf mRH zu stellen (957 von 3.359). Die Absicht war höher bei schlechter Gesundheit (***), geringerem HHNÄE, mittlerer und geringer Bildung (beide **) sowie bei den beiden älteren Geburtskohorten (*). In Betrieben mit einer schlechten Gesundheitskultur lag sie 5 Prozentpunkte höher (**), allerdings war dieser Unterschied im multiplen Modell nicht signifikant.

Diskussion und Fazit

Der Anteil derer, die Änderungen nach einer mRM berichten, ist überraschend niedrig. Während die soziodemografischen Variablen sowie die Gesundheit in erwarteter Richtung Reha-Bedürfnis und -Absicht prädizierten, zeigten sich zwei überraschende Befunde.

1. Eine wahrgenommene positive betriebliche Gesundheitskultur erwies sich als ausdrücklich förderlich bei der Umsetzung betrieblicher Maßnahmen nach einer Reha und präventiv beim Reha-Bedürfnis. Das Potenzial dieses Einflussfaktors verdient mehr Aufmerksamkeit in Praxis und Forschung.

2. Das Vorhandensein eines Betriebsarztes im Betrieb dagegen zeigt so gut wie keinen Einfluss auf die untersuchten Endpunkte. Dies überrascht, gehört doch die Wiedereingliederung zu den im Arbeitssicherheitsgesetz formulierten Aufgaben dieser Profession. Auch hier wäre eine vertiefte Untersuchung erforderlich mit dem Ziel, das betriebsärztliche Potenzial besser zu nutzen.

Take-Home-Message

Die Schnittstelle von medizinischer Rehabilitation und Betrieb erscheint ausbaufähig.

Literatur

Hasselhorn, H.M., Peter, R., Rauch, A. et al. (2014) Cohort profile: The lidA Cohort Study – a German Cohort Study on Work, Age, Health and Work Participation. International Journal of Epidemiology, 2014, 1736-1749.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Exploration von Problem- und Bedarfslagen von Versicherten mit hohem Erwerbsminderungsrisiko

Betje Schwarz

iqpr - Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln

Hintergrund und Zielstellung

Mit dem Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR) liegt ein Instrument vor, mit dem Versicherte mit hohem Erwerbsminderungsrisiko auf Basis von DRV-Routinedaten identifiziert werden können (Bethge, et al. 2021). Um proaktive Ansprachen sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote künftig passgenau(er) auf diese Versicherten zuschneiden zu können, werden im Projekt „EXPLORE-RI-EMR“ die konkreten Problem- und Bedarfslagen der Zielgruppen, ihre Erkrankungs-, Versorgungs- und Erwerbsbiographien sowie etwaige Reha-Zugangsbarrieren exploriert.

Methoden

Im qualitativ-explorativ angelegten Hauptteil des Projekts wurden im April bis September 2024 problemzentrierte Interviews mit 50 Pflichtversicherten mit hohem RI-EMR-Wert (≥60, gebildet auf Basis von Routinedaten aus den Jahren 2020-2022) und ohne Leistungsinanspruchnahme in den Jahren 2019-2022 durchgeführt. Die Rekrutierung erfolgte mit Hilfe eines Anschreibens, welches über die DRV Bund (Projektförderer) und die DRV Nord (Kooperationspartner) an insgesamt 4.000 Versicherte versendet wurde. Das Anschreiben beinhaltete neben einer Teilnahmeinformation und -einwilligung, auch einen kurzen Fragebogen zu soziodemographischen, gesundheits- und erwerbsbezogenen Fragestellungen. Versicherte, die zu einer Teilnahme an einem Video-/Telefoninterview bereit waren, konnten ihre Einwilligung nebst ausgefülltem Fragebogen mittels beigelegten Rückumschlag an das iqpr als Studiendurchführenden übermitteln. Die Auswahl der Interviewpartner:innen erfolgte auf Basis des Fragebogens mit dem Ziel ein möglichst heterogenes Sample zu generieren. Die Analyse der transkribierten Interviews folgte der von Witzel (2000) beschriebenen Methodik, einem Mix aus sequenziell-narrationsanalytischem und kategoriebildendem Vorgehen, das um einen systematisch-kontrastiven Fallvergleich zur Bildung von Typen (Kluge, 2000) unterschiedlicher Problem- und Bedarfslagen ergänzt wurde.

Ergebnisse

Von den 4.000 angeschriebenen Versicherten meldeten sich 120 zurück – was einer sehr geringen Rücklaufquote von nur 3% entspricht. Der hohe RI-EMR spiegelte sich in den Rekrutierungsfragebögen deutlich in den Angaben zu gesundheits- und erwerbsbezogenen Fragen wider (viele Erkrankungen / Ko- und Multimorbidität, schlechte subjektive Gesundheit, niedrige Werte auf dem Work Ability Score, unklare oder negative subjektive

Erwerbsprognose). Die Auswahl der 50 Interviewpartner:innen konnte aufgrund nachträglicher Drop-Outs (Kontaktangaben unvollständig/inkorrekt, unbeantwortete Kontaktversuche, Personen die sich umentschieden oder Termine platzen ließen) allerdings nur aus 80 Personen vorgenommen werden. Das realisierte Sample ist hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf/(zuletzt) ausgeübter Tätigkeit und vorliegenden Erkrankungen dennoch ein heterogenes – mit der Einschränkung, dass (aufgrund von Sprachbarrieren und Drop-Outs) fast ausschließlich Versicherte mit deutscher Staatsbürgerschaft eingeschlossen werden konnten.

Wie bereits in den Fragebögen bildete sich der hohe RI-EMR auch in der Mehrzahl der Interviews und in den dort berichteten, häufig langjährigen Erkrankungsgeschichten und davon mehr oder minder stark und nachhaltig beeinträchtigten Erwerbsverläufen ab. Deutlich wurden wie bereits in anderen Studien vielfältige medizinisch-therapeutische Versorgungsdefizite, diverse Reha-Zugangsbarrieren, durch Erkrankungen ausgelöste Armuts-, Exklusions- und Vereinsamungsrisiken sowie noch immer bestehende Vorbehalte und Inflexibilitäten am Arbeitsmarkt sowie seitens Arbeitgeber:innen und Vorgesetzten – insbesondere psychisch erkrankten Menschen gegenüber. Viele der Interviewpartner:innen sind sich bezüglich ihrer Erwerbsprognose zwar unsicher, nur wenige von ihnen aber fassen eine Erwerbsminderungsrente ins Auge oder haben bereits einen Antrag gestellt.

Im kontrastiven Fallvergleich ließen sich letztlich die in Tab. 1 zusammenfassend dargestellten Idealtypen (unterschiedlicher Problem- und Bedarfslagen) identifizieren. Neben zentralen Charakteristika des jeweiligen Typus finden sich in der Tabelle ferner erste Schlussfolgerungen bezüglich möglicher Unterstützungsangebote der Rentenversicherung sowie weiterer Institutionen und Akteur:innen.

Tab. 1: Typologie von Problem- und Bedarfslagen von Menschen mit hohem Erwerbsminderungsrisiko

Typ 0	Typ 1	Typ 2		Typ 3		Typ 4	Typ 5
langzeitarbeitslose Fälle ohne Arbeitsunfähigkeits-(AU) Episoden	Fälle mit AU-Episode und ansonsten durchgängiger Erwerbsbiographie	Fälle mit wiederkehrenden AU-Episoden (und Arbeitslosigkeit (Alo))		aus dem Krankengeld ausgesteuerte (und anschließend in Alo fallende) Fälle		Fälle mit schon immer brüchigen Erwerbsbiographien; häufig mit Bedarf an Leistungen unterschiedlicher Träger	ältere Versicherte, die nach langjähriger Erwerbsbiographie in AU oder Alo (zu) fallen (drohen)
Erwerbsfähigkeit (EF) nicht eingeschränkt	vorübergehend eingeschränkte EF aufgrund Unfall / OP / Krankheitsepisode	EF aufgrund chronischer Erkrankung(en) langfristig gefährdet	EF aufgrund chronischer Erkrankungen und (daraus resultierender) psychischer Belastungen gemindert	Erwerbsunfähigkeit (EUF) aufgrund mehrerer (über die Zeit kumulierter), teils schwerer, Erkrankungen	EUF aufgrund einer plötzlichen schweren Erkrankung	EF hinsichtl. herkömmlicher Beschäftigung auf 1. Arbeitsmarkt aufgrund einer psychischen u./o. Sucht(folge)erkrankung fraglich, eingeschränkt od. nicht mehr gegeben	EF altersbedingt zwar gemindert, grds. aber noch gegeben
Erwerbsminderungsrente (EMR) kein Thema	EMR kein Thema	EMR noch kein Thema	EMR rückt gedanklich näher	EMR unausweichlich (ggf. bereits beantragt)		EMR ist (noch) kein Thema oder rückt bereits gedanklich näher	EMR kein Thema
Arbeitsagentur (BA)/Jobcenter (JC) gefragt (Arbeitsvermittlung (AV), Qualifizierung, Coaching etc.)	Anschlussheilbehandlung (AHB)/ med. Reha (MR), ggf. + Stufenweise Wiedereingliederung (STW)	„regelmäßige" MR/MBOR/VOR ggf. + intensiviertes Übergangsmanagement, Art kontinuierliches DMP?	vor- und nachgelagertes Fallmanagement mit individueller Koordination benötigter Leistungen (MR/MBOR/VOR, LTA, ggf. Teil-EMR)	Ausstiegs-/Übergangsbegleitung in die EMR		Beratung bzgl. RPK, BTZ, Leistungen an AG, Arbeitsassistenz, unterstützter Beschäftigung, WfbM etc. + Antragsunterstützung; ggf. Einleitung Gesamt-/Teilhabeplanverfahren oder Verweis auf EUTB	Ausstiegs-/Übergangsplanung bzw. -begleitung in die (vorzeitige) Altersrente, ggf. MR um EF noch einmal zu stabilisieren; bei Alo zudem BA/JC gefragt (AV)
Präventionsangebote für Arbeitslose	AHB/Reha-Zugang ebnen	Anreize für Arbeitgeber (AG), Flexibilität bzgl. Arbeitszeit/-aufgaben/-ort/-tätigkeiten für Menschen mit bedingter Gesundheit zu erhöhen		gesellschaftspolitische Lösungen und Unterstützungsangebote zur Sicherung von Existenz und Teilhabe		s. Typ 2 + 3; zudem: Intensivierung trägerübergreifender Zusammenarbeit	AG-Anreize, ältere (gesundheitlich eingeschränkte) Menschen zu beschäftigen

Diskussion und Fazit

Die identifizierten Typen sollen im Folgenden noch mit Ergebnissen des zweiten, auf Routinedaten der Rentenversicherung basierenden Projektteils, abgeglichen und trianguliert werden. Im Zentrum steht dabei die Frage, ob sich die Typen in den Routinedaten (z.B. über Arbeitsunfähigkeits- und Arbeitslosigkeitszeiten, Erwerbs- und RI-EMR-Verläufe) wiederfinden/nachbilden lassen oder sich Hinweise auf eine notwendige Anpassung der Typologie ergeben. Auf Basis der finalen Typologie sollen anschließend Empfehlungen für die proaktive Ansprache und passgenaue Unterstützung von Versicherten mit hohem RI-EMR abgeleitet werden.

Take-Home-Message

Innerhalb der Gruppe von Versicherten mit hohem RI-EMR lassen sich Typen unterschiedlicher Problem- und Bedarfslagen beschreiben und damit wichtige Ansatzpunkte zur passgenauen Unterstützung gewinnen.

Literatur

Bethge, M., Spanier, K., Streibelt, M. (2021): Using Administrative Data to Assess the Risk of Permanent Work Disability: A Cohort Study. Journal of Occupational Rehabilitation, 31. 376-382.

Kluge, S. (2000): Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 1(1), Art. 14. URL: https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1124/2498, Abruf: 18.09.2024

Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 1(1), Art. 22. URL: https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2520, Abruf: 18.09.2024

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Früherkennung von Rehabilitationsbedarf auf Basis von Krankenkassendaten mit Hilfe eines Entscheidungsbaums

Rainer Kaluscha[1]; Lena Tepohl[1]; Harald Berger[2]; Erwin Felber[3]; Johannes Schmidt[1]

[1] Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm), [2] Deutsche Rentenversicherung Nordbayern, [3] AOK Bayern

Hintergrund und Zielstellung

Im rehapro-Projekt „Zugangsoptimierte Arbeitsfähigkeitsorientierte Rehabilitation“ (ZAR) soll untersucht werden, ob und ggf. wie Rehabilitationsbedarf bei chronischen Rückenschmerzpatienten anhand von Sozialversicherungsdaten erkannt werden kann, um Betroffenen frühzeitig eine Rehabilitationsmaßnahme anbieten zu können. Dadurch soll ihre Gesundheit verbessert und der Verbleib im Arbeitsleben gefördert werden (Kaluscha et al., 2016).

Methoden

In ZAR wurde daher ein Modell zur frühzeitigen Erkennung von Rehabilitationsbedarf auf Grund von chronischem Rückenschmerz entwickelt. Als beste Wahl stellte sich ein Entscheidungsbaum heraus (Schmidt et al., 2024), der auf relativ wenigen Kriterien aus den Krankenkassendaten (s.u.) beruht.

In einem weiteren Schritt werden die gemeinsamen Versicherten der DRV Nordbayern und der AOK Bayern, die die im Entscheidungsbaum festgelegten medizinischen sowie zusätzliche administrative Voraussetzungen erfüllen, durch die AOK identifiziert und kontaktiert. Den Versicherten wird dann eine Rückenschmerz-Reha nahegelegt. Die Anträge auf eine Rehabilitation, die auf diesem Wege bei der DRV Nordbayern eingehen, können dann in einem vereinfachten Verfahren entschieden werden, da die Voraussetzungen durch die Filterkriterien bei der AOK Bayern bereits als erfüllt angesehen werden können.

Ergebnisse

Der Entscheidungsbaum lieferte letztlich drei Gruppen mit Rehabedarf, die im Konsens mit medizinischen Experten festgelegt wurden. Für alle Gruppen wurden in einem Jahr Beobachtungszeit mindestens zwei Quartale Rückenschmerz, mindestens acht Arztbesuche und die Durchführung einer Physiotherapie vorausgesetzt. Darüber hinaus gab es folgende gruppenspezifische Voraussetzungen:

- Gruppe 1: Die Versicherten dieser Gruppe mussten mindestens 38 Jahre alt sein und ein MRT der Wirbelsäule durchlaufen haben
- Gruppe 2: Die Versicherten mussten mindestens 38 Jahre alt sein, es wurde noch kein MRT der Wirbelsäule durchgeführt, allerdings liegt mindestens ein AU-Tag im letzten Jahr vor.
- Gruppe 3: Diese Personen sind maximal 37 Jahre alt, es wurde allerdings ein MRT der Wirbelsäule durchgeführt.

Auf dem initialen Testdatensatz der AOK, der auch Versicherte enthielt, die bereits eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt haben, war dies bei einer aus 31 Personen der Fall. In den durch die Kriterien gebildeten Subgruppen konnte dieses Verhältnis verbessert werden. So hatte in Gruppe 1 eine aus vier, in der Gruppe 2 eine aus sieben und in Gruppe 3 eine aus acht Personen im Betrachtungszeitraum an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen. Aufgrund der ähnlichen Behandlungsverläufe und dem Konsens mit medizinischen Experten hinsichtlich der zugrundeliegenden Kriterien darf bei Versicherten aus allen drei Gruppen Rehabilitationsbedarf unterstellt werden.

Nachdem die AOK Bayern diese Kriterien auf ihren aktuellen Datenbestand angewandt hat, konnten insgesamt 6.434 Versicherte identifiziert werden. Diese teilen sich zu 1.660 in Gruppe 1, 4.737 in Gruppe 2 und 37 in Gruppe 3 auf.

Insgesamt wurde 501 Personen eine Rehabilitation angeboten, von denen 106 einen Rehabilitationsantrag gestellt.

Diskussion und Fazit

Während der Anteil der Rehabilitanden im initialen Testdatensatz noch bei 3,2% lag, konnte dieser auf 25,6% (Gruppe 1), 14,9% (Gruppe 2) bzw. 12,8% (Gruppe 3) erhöht werden. Diese

Werte deuten auf einen erhöhten Bedarf für eine Rehabilitationsmaßnahme hin, da in verhältnismäßig vielen Fällen ein Rehabilitationsantrag bewilligt wurde und grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, dass ähnliche Personen dann einen Rehabedarf haben. Das wird durch die Tatsache untermauert, dass über 20% derer, denen in der ersten Anschreibeaktion ein Rehabilitationsangebot unterbreitet wurde, Interesse an einer Rehabilitationsmaßnahme gezeigt haben. Dies spiegelt zunächst die hohe Nachfrage in den Gruppen wider. Das positive Feedback, das die AOK beim Austausch mit den Versicherten erhielt, unterstreicht dies. Um festzustellen, ob bei den angeschriebenen Personen tatsächlich ein Rehabilitationsbedarf vorliegt, wird eine Befragung und Nachbeobachtung der Rehabilitanden durch die Universitätsklinik Würzburg vorgenommen.

Da am Modellprojekt nur Versicherte der DRV Nordbayern teilnehmen können, sollte bei der AOK eine entsprechende Vorfilterung durchgeführt werden. Dies erwies als schwierig, da der AOK nicht genau bekannt ist, welchem Rentenversicherungsträger die Versicherten angehören. Eine Filterung auf Basis der ersten beiden Ziffern der Rentenversicherungsnummer konnte das Problem abmildern, aber nicht vollständig beheben.

Diese Thematik wäre allerdings nach einer zukünftigen bundesweiten Verstetigung unproblematisch, da das Angebot für eine Rehabilitationsmaßnahme dann trägerunabhängig erfolgen könnte.

Take-Home-Message

Analysen von Krankenkassendaten dürften ein vielversprechender und praktikabler Weg sein, um Bedarf für eine Rehabilitationsmaßnahme auf Grund von chronischem Rückenschmerz einzuschätzen.

Literatur

Kaluscha, R., Jankowiak, S., Dannenmaier, J., Ritter, S., Schilf, S., Krischak, G. (2016): Identifizierung von potentiellen Reha-Unterinanspruchnehmern mittels sektorenübergreifender Analysen von Routinedaten. Gesundheitssystem im Wandel – Perspektiven der Rehabilitation. 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Aachen.

Schmidt, J., Tepohl, L., Kaluscha, R. (2024): Vorhersage von Rehabilitationsbedarf auf Basis von Krankenkassendaten: Vergleich verschiedener Verfahren aus Statistik und Machine Learning. Nachhaltigkeit und Teilhabe: ökologisch – ökonomisch – sozial. 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Bremen.

Förderung: Bundesprogramm "Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro"

Nicht-Inanspruchnahme von Beratungsangeboten der DRV trotz proaktiver Ansprache und Filterung mittels Risikoindex Erwerbsminderungsrente – Eine Querschnittuntersuchung

Denise Walther[1]; Matthias Morfeld[2]; Axel Kobelt-Pönicke[1]

[1] Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, [2] Hochschule Magdeburg-Stendal

Hintergrund und Zielstellung

Um Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) abzuwenden, sollten Unterstützungsangebote der Deutschen Rentenversicherung (DRV), wie Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen, frühestmöglich einsetzen und proaktiv an Versicherte herangetragen werden (Gross et al., 2022). Mit dem Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR) von Bethge et al. (2011) können auf Basis von Verwaltungsdaten der DRV Vorhersagen von EM-Rentenzugängen valide getätigt sowie Rehabilitationsbedarfe identifiziert werden (Spanier et al., 2015). Studien zeigen, dass Personen mit einem hohen RI-EMR weniger Interesse an den rehabilitativen Angeboten der DRV äußerten, sondern vielmehr Fragen zur EM-Rente oder bereits einen Antrag gestellt hatten (Passier et al., 2024). Die DRV Braunschweig-Hannover (DRV BS-H) fokussiert daher mit ihrem Projekt „Risikoindex als Filter für Ü45-Check, Prävention und Rehabilitation“ Versicherte mit einem mittleren RI-EMR und bietet ihnen proaktiv eine telefonische Beratung zu Unterstützungsleistungen an. Dieser Beitrag untersucht, warum einige Versicherte dennoch kein Beratungsangebot wahrnehmen und ob sich Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit zwischen dieser Personengruppe und Versicherten mit Beratungswunsch identifizieren lassen.

Methoden

Für das o.g. Projekt erhielten 45 bis 48-jährige Versicherte mit einem mittleren RI-EMR 2022 von 50 bis 59 (niedriger RI-EMR: < 50; hoher RI-EMR: ≥ 60) im Februar 2024 postalisch eine Einladung zu einer telefonischen Beratung (N = 1.523). Personen mit Beratungsinteresse erhielten einen Anruf durch Mitarbeitende der DRV BS-H. Während der tatsächlich durchgeführten Beratungen wurde mit Zustimmung der Versicherten zusätzlich der Work-Ability-Index (WAI) erhoben.

Für die retrospektive Querschnittstudie erfolgte zunächst eine Non-Responder-Analyse mittels Verwaltungsdaten der DRV BS-H. Versicherte mit Beratungswunsch (n = 283) und Personen, die sich nicht zurückgemeldeten (n = 1.240), wurden hinsichtlich des RI-EMR 2022 sowie der Bezugsdauer von Krankengeld und Arbeitslosengeld I in den Jahren 2023 und 2024 verglichen. Personen, die kein Beratungsinteresse äußerten, erhielten im Mai 2024 postalisch einen Fragebogen, in welchem Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme einer Beratung, die subjektive Prognose der Erwerbsfähigkeit (SPE-Skala) und der WAI erhoben wurden. Der Rücklauf betrug n = 375 gültige Fragebögen, die Auswertung erfolgte deskriptiv. Mittels t- Tests und Chi²-Tests wurde ein Gruppenvergleich hinsichtlich der WAI-Ergebnisse zwischen den Teilnehmenden an der Fragebogenerhebung und denjenigen, die eine telefonische Beratung erhielten (n = 165), vorgenommen.

Ergebnisse

Die Non-Responder-Analyse zeigte für Versicherte mit Beratungswunsch signifikant längere Krankengeldbezüge im ersten Halbjahr 2024 ($T (1521) = 2{,}766$, $p = 0{,}006$, $d = 0{,}182$). Die Teilnehmenden der Fragebogenerhebung gaben als häufigsten Grund für eine Nicht-Inanspruchnahme des Beratungsangebotes an, sich von dem Angebot nicht angesprochen zu fühlen (25 %) und/oder keinen Unterstützungsbedarf zu haben (19 %). Auf der SPE-Skala zeigten sich überwiegend Werte von 0 (67 %) und 1 (17 %), was einer positiven subjektiven Prognose der Erwerbsfähigkeit entspricht. Der WAI-Gesamtwert von 34 war signifikant höher und ist damit als besser einzustufen, als der von Personen, die eine Beratung erhielten (WAI = 31; $T (489) = 4{,}960$, $p < 0{,}001$, $d = 0{,}491$). Versicherte ohne Beratung schätzten im WAI ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit höher ein ($T (535) = 3{,}811$, $p < 0{,}001$, $d = 0{,}356$) und gaben für die letzten zwölf Monate kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten an ($Chi^2 (4) = 22{,}529$, $p < 0{,}001$, $V = 0{,}206$).

Diskussion und Fazit

Der als mäßig einzustufende WAI-Gesamtwert beider Gruppen scheint den aufgrund des RI-EMR angenommen Unterstützungsbedarf zu bestätigen, obgleich die Ergebnisse dafürsprechen, dass Versicherte ohne Beratungswunsch diesen zum Zeitpunkt der Ansprache selbst nicht wahrnehmen. Für die tatsächliche Inanspruchnahme scheinen die gegenwärtig subjektiv wahrgenommene Arbeitsfähigkeit sowie aktuelle Bezüge von Leistungen der Krankenkasse relevant zu sein, welche der RI-EMR nicht berücksichtigt. Diese Erkenntnisse kann die DRV in weiteren Vorhaben nutzen, um einen Personenkreis zu identifizieren, für dessen Motivation zur Teilnahme an Unterstützungsangeboten es einer individuelleren Ansprache und Aufklärung bedarf.

Take-Home-Message

Zur Förderung der Inanspruchnahme von Beratungsangeboten sollte der RI-EMR für die Identifizierung des Adressatenkreises mit aktuellen Bezügen von Leistungen der Krankenkasse aus den Versichertenkonten kombiniert werden.

Literatur

Bethge, M. Egner, U. Streibelt, M., Radoschewski, F. M., Spyra, K. (2011): Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR) – Eine prozessdatenbasierte Fall-Kontroll-Studie mit 8500 Männern und 8405 Frauen. Bundesgesundheitsblatt, 45: 1221-1228.

Gross, B., Brüggemann, S., Streibelt, M. (2022): Überblick zu Trends und Entwicklungen von Erwerbsminderungsrenten. Deutsche Rentenversicherung, 3: 242-254.

Passier, I., Kröger, C., Kobelt-Pönicke, A. (2024): Versicherte mit Erwerbsminderungsrisiko: Identifikation, Analyse der Inanspruchnahme eines Beratungsangebots und Darstellung der gesundheitlichen und beruflichen Situation – Eine Querschnittstudie. Rehabilitation, 63: 151-160.

Spanier, K., Mohnberg, I., Radoschewski, F. M., Streibelt, M., Bethge, M. (2015): Sind administrative Daten für Rentenantragsintentionen und Indikatoren subjektiven Rehabilitationsbedarfs prognostisch bedeutsam? Rehabilitation, 54: 172-177.

Interessenkonflikt: D. Walther und A. Kobelt-Pönicke sind Mitarbeitende der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.

Psychosoziale Gesundheit von zur Reha-Antragsstellung Aufgeforderten: Vergleiche bezüglich Rentenbegehren und anderer Patient*innengruppen

Carolin Baur[1]; Natalie Schüz[2]; Bettina Begerow[2]; Anna Levke Brütt[1]

[1] Carl von Ossietzky Universität Oldenburg,
[2] Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Hintergrund und Zielstellung

Zur Antragstellung auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden Personen aufgefordert, deren gesundheitliche Einschränkungen ihre Erwerbsfähigkeit gefährden oder bereits beeinträchtigt haben. Eine solche Aufforderung erfolgt je nach individuellen Umständen entweder nach § 51 SGB V durch die Krankenkassen oder nach § 145 SGB III durch die Bundesagentur für Arbeit. Das übergeordnete Ziel der Aufforderung ist, die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen zu erhalten und eine frühzeitige Erwerbsminderungsrente zu vermeiden. Dies soll durch eine gezielte medizinische Rehabilitation erreicht werden, die den Betroffenen eine Rückkehr ins Arbeitsleben ermöglichen soll. Die vorliegende Studie befasst sich eingehend mit der psychosozialen Gesundheit von Personen, die zur Reha-Antragstellung aufgefordert wurden, um eine fundierte Analyse ihrer Bedürfnisse und Merkmale zu erstellen. Im Fokus stand dabei insbesondere die Differenzierung zwischen Personen mit und ohne Rentenbegehren. Diese Unterteilung ermöglicht eine genauere Betrachtung der psychosozialen Faktoren, die mit den unterschiedlichen Gruppen innerhalb der Aufgeforderten assoziiert sind. Ein wesentliches Ziel der Untersuchung war es zudem, die psychosoziale Gesundheit der aufgeforderten zukünftigen Rehabilitand*innen nicht nur isoliert zu betrachten, sondern auch im Vergleich mit Referenzwerten anderer relevanter Patient*innengruppen.

Methoden

Zu der anonymen Befragung wurden 4000 aufgeforderte Versicherte der DRV Bund, DRV Braunschweig-Hannover und DRV Oldenburg-Bremen, deren Antrag auf medizinische Rehabilitation genehmigt wurde, postalisch eingeladen. Die Teilnahme erfolgte wahlweise im Paper-Pencil-Format oder online. Zur systematischen Erfassung der psychosozialen Gesundheit der aufgeforderten zukünftigen Rehabilitand*innen wurden fünf Module des HEALTH-49 eingesetzt. Dabei wurden psychische und somatoforme Beschwerden, interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation sowie soziale Unterstützung/Belastung erfasst (Rabung et al., 2009). Das Rentenbegehren wurde mit einem Item der SPE-Skala gemessen (Mittag et al., 2003). Gruppenunterschiede innerhalb der Aufgeforderten und im Vergleich zu anderen Patient*innengruppen wurden mit t-Tests und Effektstärken (Cohen's d) analysiert; zur Kontrolle von Kovariaten wurden ANCOVAs durchgeführt.

Ergebnisse

Von den eingeladenen zukünftigen Rehabilitand*innen nahmen knapp 20 % (n = 792) an der Befragung teil. Der Anteil weiblicher Befragter beträgt dabei 64,5 %. Das Durchschnittsalter liegt insgesamt bei 53,4 Jahren (SD = 9,91; Range = 19–65). Von der Gesamtstichprobe trugen sich laut eigener Angabe zur Zeit der Befragung 57,2 % mit dem Gedanken einen Rentenantrag aus Gesundheitsgründen zu stellen oder hatten dies bereits getan. Bei Personen mit Rentenbegehren liegt das Durchschnittsalter bei 55,8 Jahren (SD = 8,06), bei Personen ohne bei 50,0 Jahren (SD = 11,29). Mit Ausnahme des Aspekts soziale Unterstützung/Belastung wiesen Personen mit Rentenbegehren in allen untersuchten Bereichen der psychosozialen Gesundheit eine signifikant höhere Belastung als Personen ohne Rentenbegehren auf. Die Ergebnisse hinsichtlich der psychosozialen Gesundheit wurden zudem in Relation zu bestehenden Normwerten anderer Bevölkerungsgruppen gesetzt, um zu identifizieren, ob spezifische psychosoziale Belastungsmuster auftreten. Hier zeigen sich erhöhte Werte bei den Aufgeforderten auch unabhängig vom Rentenbegehren. Durch diesen Vergleich konnten Abweichungen und Gemeinsamkeiten festgestellt werden, die auf eine besondere Belastungssituation der zur Reha-Antragstellung aufgeforderten Personen hindeuten.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, dass Personen, die zur Reha-Antragstellung aufgefordert wurden, unabhängig vom Rentenbegehren, im Vergleich zu anderen Patient*innengruppen unter stark erhöhten psychosozialen Belastungen leiden. Diese hohe Belastung deutet darauf hin, dass Unterstützungsmaßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit teilweise fehlen, nicht wirksam sind oder zu spät angeboten werden. Frühzeitige Interventionen, präventive psychosoziale Begleitung und Unterstützung im Arbeitsprozess oder während AU-Zeiten könnten dazu beitragen, die Belastungen der Betroffenen zu verringern und ihre Erwerbsfähigkeit länger zu erhalten. Wenn die Belastung jedoch so stark chronifiziert ist, dass eine Rehabilitation keine Aussicht auf Besserung bietet, könnte der direkte Weg zur Erwerbsminderungsrente sinnvoller sein. Insgesamt unterstreicht die Studie die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betrachtung der Gesundheits- und Lebenssituation von Rehabilitand*innen, die zur Antragstellung aufgefordert wurden, um eine nachhaltige, bedarfsgerechte und effektive Rehabilitation zu gewährleisten.

Take-Home-Message

Die psychosoziale Gesundheit von Personen, die zur Reha-Antragstellung aufgefordert wurden, zeigt signifikante Belastungen, insbesondere bei denen mit Rentenbegehren, was eine gezielte und ganzheitliche Unterstützung dieser Gruppe vor, während und nach der medizinischen Rehabilitation erfordert.

Literatur

Mittag, O., Glaser-Möller, N., Ekkernkamp, M., Matthis, C., Héon-Klin, V., Raspe, A., Raspe, H. (2003): Prädiktive Validität einer kurzen Skala zur subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) in einer Kohorte von LVA-Versicherten mit schweren Rückenschmerzen oder funktionellen Beschwerden der inneren Medizin. Sozial- und Präventivmedizin, 48. 361-369.

Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U., Schulz, H. (2009): Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis" (HEALTH-49). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 55(2). 162–179.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, rehapro

Wirksamkeit einer multimodalen Teilhabestrategie zur Verbesserung der Rehabilitationsinanspruchnahme bei erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko: Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie

Johanna Prehn[1]; Lea Remus[1]; Marei Grope[1]; Matthias Bethge[1]; Vera Kleineke[2]

[1] Universität zu Lübeck, [2] Deutsche Rentenversicherung Nord

Hintergrund und Zielstellung

Das deutsche Sozialrecht bietet ein breites Spektrum an Unterstützungsleistungen durch verschiedene Träger, um Erwerbsfähigkeit zu erhalten, beruflichen Wiedereinstieg zu fördern und dem vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben entgegenzuwirken. Betroffene benötigen für eine selbstbestimmte Auswahl und die Inanspruchnahme dieser Leistungen ein hohes Maß an Informiertheit. Viele Betroffene wissen allerdings nicht, an wen sie sich für eine Beratung oder die Beantragung wenden können. Diese Unklarheiten führen häufig dazu, dass notwendige Unterstützungsleistungen nicht in Anspruch genommen werden (Mittag et al., 2014).

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, entwickelte das Modellprojekt „Aktiver Zugang, Beratung und Fallmanagement bei Versicherten mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung (AktiFAME)“ eine multimodale Teilhabestrategie für Menschen mit erhöhtem Risiko eines Erwerbsminderungsrentenbezugs. Diese umfasst vier Module: Screening und postalischer Kontakt, telefonische Beratung, ein erstes persönliches Gespräch sowie ein Fallmanagement. Ein wichtiges Ziel dieser Strategie war eine Beratung zu und die Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen, um so langfristig berufliche Teilhabe zu ermöglichen.

Methoden

Die Wirksamkeit dieser Strategie prüften wir mit einer randomisierten kontrollierten Studie (Remus et al., 2022; DRKS00024648). Wir schlossen 10.600 Personen, wohnhaft in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern, im Alter von 18 bis 65 Jahren ein. Für alle eingeschlossenen Personen wurde ein aus administrativen Daten der Deutschen Rentenversicherung Nord (DRV Nord) generierter Risikoindexwert von mindestens 60 Punkten festgestellt. Werte von mindestens 60 Punkten gehen mit einem deutlich erhöhten Risiko einher, in den kommenden fünf Jahren eine Erwerbsminderungsrente zu erhalten (Bethge et al., 2021). Alle eingeschlossenen Personen hatten in den vergangenen Jahren keine Rehabilitation beantragt. 5.300 Personen wurden zufällig der Interventionsgruppe

zugewiesen, von der DRV Nord angeschrieben und über die Fallmanagementintervention informiert. Die andere Hälfte wurde als stille Kontrollgruppe eingeschlossen und zunächst nicht über AktiFAME informiert.

Das primäre Zielkriterium war die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen (medizinische oder berufliche Rehabilitation). Diese Daten wurden ein Jahr nach der zufälligen Zuweisung von der DRV Nord zur Verfügung gestellt. Sekundäre Zielgrößen umfassten zusätzliche administrative Daten (z.B. Erwerbsminderungsrente, Beschäftigung und Sozialleistungen). Zudem erhielten alle Studienteilnehmenden ein Jahr nach der Zuweisung einen postalischen Fragebogen, um verschiedene patientenberichtete Ergebnismaße als tertiäre Zielgrößen zu erfassen. Die Auswertung folgte dem Intention-to-treat-Ansatz.

Ergebnisse

Im ersten Studienjahr (2021–2022) wurden 5.400 Personen und im zweiten Studienjahr (2022–2023) weitere 5.200 Personen in die Studie aufgenommen. Insgesamt füllten 2.363 der Studienteilnehmenden den Fragebogen aus, davon 1.137 Personen der Interventionsgruppe und 1.226 Personen der Kontrollgruppe. Die administrativen Daten der Kohorte des Studienjahres 2021/2022 wurden bereits von der Deutschen Rentenversicherung übermittelt und belegen die Wirksamkeit der umgesetzten Teilhabestrategie: In der Interventionsgruppe stieg die Wahrscheinlichkeit für eine Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen innerhalb eines Jahres signifikant um etwa 50 % von 4,3 auf 6,3 % ($p < 0{,}001$). Gleichzeitig konnte die Wahrscheinlichkeit für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente in dieser Gruppe um rund 20 % bzw. 0,4 Prozentpunkte gesenkt werden. Die Fragebogenerhebungen zeigen zudem eine höhere Informiertheit über Teilhabeleistungen in der angeschriebenen Gruppe.

Diskussion und Fazit

Durch den Einsatz des Risikoindexes konnten Menschen mit erhöhtem Risiko eines Erwerbminderungsrentenbezuges frühzeitig erreicht und gezielt unterstützt werden. Das Fallmanagement ermöglichte eine bedarfsgerechte Begleitung, die den Zugang zu passenden Unterstützungsleistungen erleichterte. Dies zeigte sich in einer signifikanten Erhöhung der Rehabilitationsanträge und einer geringeren Zahl an Erwerbsminderungsrenten in der Interventionsgruppe. Die Innovationen der erprobten Strategie sind die proaktive Ansprache durch den Rentenversicherungsträger, das Angebot eines niedrigschwelligen und aufsuchenden Fallmanagements sowie die rechtskreis- und leistungsübergreifende Orientierung. Die langfristige Fortführung und Ausweitung der multimodalen Teilhabestrategie erfordert gesetzliche Anpassungen, um ein Fallmanagement – auch im Vorfeld oder ggf. auch unabhängig von medizinischer Rehabilitation – regelhaft anbieten zu können.

Take-Home-Message

Die multimodale Teilhabestrategie des Modellvorhabens AktiFAME ist eine wirksame Intervention, um Menschen mit einem erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko proaktiv und individualisiert bei der Beantragung von Rehabilitationsleistungen und Sicherung ihrer Erwerbsfähigkeit zu unterstützen.

Literatur

Bethge, M., Spanier, K., Streibelt, M. (2021): Using administrative data to assess the risk of permanent work disability: a cohort study. J Occup Rehabil, 31(2), 376-82.

Mittag, O., Reese, C., Meffert, C. (2014): Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005 – 2009. WSI-Mitteilungen, 2: 149-156.

Remus, L., Grope, M., Lemke, S., Bethge, M. (2022): An innovative case management intervention for people at high risk of permanent work disability to improve rehabilitation coverage and coordination of health services: a randomized controlled trial. BMC Health Serv Res; 22: 342

Interessenkonflikt: Frau Vera Kleineke ist Umsetzungsberaterin für die Modellvorhaben im Rahmen des Förderprogramms rehapro bei der Deutschen Rentenversicherung Nord.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Berufstätigkeit nach ambulanter psychiatrischer Rehabilitation – Einflussfaktoren und prädiktiver Wert der Selbsteinschätzung

Miriam Traugott; Daniela Fischer-Hansal; Birgit Senft

BBRZ Med GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist ein zentrales Ziel der psychiatrischen Rehabilitation, die Wirksamkeit in Bezug auf die Symptomreduktion wurde ermittelt (Senft et al., 2020, 2021). Return to work (RTW) wird als komplexer Prozess im Kontext von medizinischer/rehabilitativer Versorgung und Arbeitsplatz beschrieben (Sikora et al., 2022) und kann in Österreich nur auf Basis von Selbstauskünften bewertet werden.

Zielsetzung ist die Analyse von Prädiktoren für die Selbsteinschätzung nach der Rehabilitation wieder ins Erwerbsleben einzusteigen sowie deren prädiktiver Wert für die Berufstätigkeit ein Jahr später.

Methoden

Aus 7466 Datensätzen von Jänner 2014 bis März 2024 wurden 6.265 Fälle mit vollständigen Angaben zum beruflichen Status, zur Absicht nach der Reha wieder zu arbeiten, zum Bildungsstatus und zur depressiven Symptomatik extrahiert (84 % aller Datensätze). Die Befragung erfolgte bei Aufnahme schriftlich und zur Katamnese postalisch (soziodemographische Angaben, Beck-Depressionsinventar (Hautzinger et al., 2006). Beruflicher Status: in einem aufrechten Dienstverhältnis 28,9 %, Arbeitslosengeld 54 %, Reha- Geld/BU-Pension 17% (ø Alter = 48,6 Jahre, SD=10,45; 64,4 % ♀).

Knapp ⅔ litten unter affektiven Störungen (23,8 % Neurotische-/Belastungs- und somatoformen Störungen, 6,8 % Persönlichkeitsstörungen, 4,8 % Sonstige). Zum Bildungsstatus gab gut die Hälfte gab maximal Lehrabschluss an (18,9 % Pflichtschule, 34,6 % Lehrabschluss), 11,4 % höhere Schulen und 18,9 % Hochschulreife und Meister/Hochschulabschluss 16,2 %. Einschätzung des beruflichen Wiedereinstiegs bei Beginn der Rehabilitation: nach 0-3 Monaten: 38,9 %, nach 4-12 Monaten: 38,8 % und überhaupt nicht mehr: 22,4 %.

Ergebnisse

In die ordinale Regressionsanalyse gingen das Kriterium Einschätzung der künftigen beruflichen Tätigkeit und die Faktoren aktuelle berufliche Tätigkeit und Bildungsstatus sowie die Kovariaten Alter und BDI-2 ein (und Interaktion Beruf * Alter). Das Regressionsmodell ist signifikant ($p < 0{,}001$) mit hinreichender Anpassungsgüte ($p=0{,}995$), aber eher geringer Varianzaufklärung (Pseudo R2: Cox, Snel: 0,359; Mc Fadden: 0,208).

Alle einbezogenen Prädiktoren zeigten signifikanten Einfluss auf den selbst eingeschätzten Wiedereinstieg ins Berufsleben nach der Rehabilitation. Die Arbeitsabsicht ist höher, wenn bei Reha-Beginn noch ein Dienstverhältnis besteht oder Arbeitslosengeld bezogen wird, der

Bildungsstatus höher und die depressive Symptomatik geringer ist. Die signifikante Interaktion von beruflichem Status und Alter zeigt, dass unter den Berufstätigen bis zur Altersgruppe von 60 Jahren fast alle Rehabilitanden überzeugt sind, wieder zu arbeiten. Unter den arbeitslosen Rehabilitanden geben in der Gruppe 51-60 Jahre 30 % und in der Gruppe ab 61 Jahren 55 % an, vermutlich überhaupt nicht mehr zu arbeiten. Von den Beziehern/Antragstellern von Reha-Geld/Invaliditätspension kann sich eine künftige Arbeit nur die Gruppe bis zu 30 Jahren vorstellen. In den übrigen Gruppen steigt mit zunehmenden Alter der Anteil jener, die sich künftig überhaupt nicht mehr im Arbeitsleben sehen: 31-40 Jahre: 22 %, 41-50 Jahre: 32 %, 51-60 Jahre 59 % und ab 60 Jahren 80 %.

Von 1.222 Patienten (20 %) liegen katamnestische Daten zur Berufstätigkeit vor. Von Patienten mit positivem Ausblick auf die berufliche Tätigkeit bei Reha-Beginn befinden sich ein Jahr später signifikant mehr Patienten in einem aufrechtem Dienstverhältnis (Selbsteinschätzung der Arbeitsaufnahme 0-3 Monate: 64 %; 4-12 Monate: 23 %, überhaupt nicht mehr: 7 %). Personen mit einer Arbeitslosigkeitsdauer > 6 Monate haben eine geringere Wahrscheinlichkeit ein Jahr nach der Rehabilitation im Berufsleben zu stehen.

Diskussion und Fazit

Charakteristisch für die Reha-Klientel in Österreich ist ein hoher Anteil an nicht berufstätigen Personen, wodurch „RTW“ erschwert ist, weil neue Arbeitsstellen gefunden werden müssen. Nur 7 % der Patienten die bei Reha-Beginn angeben, nicht mehr ins Erwerbsleben einzusteigen, finden ein Jahr später wieder in den Arbeitsmarkt zurück und Patienten mit längerer Arbeitslosigkeit verbleiben häufig in diesem Status.

Limitationen ergeben sich durch das Fehlen objektiver Beschäftigungsdaten, den Ausschluss von Datensätzen mit fehlenden Werten sowie den geringen Rücklauf bei den Katamnesen und die relativ geringe Varianzaufklärung.

Take-Home-Message

Der aktuelle berufliche Status und das Alter sind wichtige Prädiktoren für die Selbsteinschätzung der künftigen beruflichen Tätigkeit, welche wiederum prädiktiv für den tatsächlichen beruflichen Status nach einem Jahr ist, und daher frühzeitig im Reha-Prozess adressiert werden sollte.

Literatur

Hautzinger, M., Keller F., Kühner, C. (2006): BDI-II Beck Depressions-Inventar Revision: Manual. Pearson.

Senft, B., Fischer-Hansal, D., Schosser, A. (2020): Was heißt signifikant – geheilt oder nur etwas besser? Ein Vergleich verschiedener Berechnungsmethoden zur Bewertung von Veränderungen der depressiven Symptomatik bei ambulanten Rehabilitanden. Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenarzte und Psychiater, 11(3), 103. https://doi.org/10.1007/s40211-020-00343-z

Senft, B., Fischer-Hansal, D., Schosser, A. (2021): Evaluation eines naturalistischen verhaltenstherapeutischen Rehabilitations-Settings. Psychotherapie Forum, 25, 72–79. https://doi.org/10.1007/s00729-021-00180-7

Sikora, A., Schneider, G., Wegewitz, U., Bültmann, U. (2022): Employees Receiving Inpatient Treatment for Common Mental Disorders in Germany: Factors Associated with Time to First and Full Return to Work. Journal of occupational rehabilitation, 32(1), 114–127. https://doi.org/10.1007/s10926-021-09985-4

Entwicklung und Erprobung einer hybriden Rehabilitation in der Psychosomatik: Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie

Jana Langbrandtner; Ruth Deck

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Psychosomatische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung in Deutschland (Melzner, Kröger, 2024), was die psychosomatische Rehabilitation gesundheitspolitisch und ökonomisch bedeutsam macht. Trotz der nachgewiesenen Wirksamkeit psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen (Haaf, 2005) zeigt sich oft keine langfristige Stabilisierung der Gesundheit (Piso, Reinsperger, 2014). Insbesondere der Übergang von der stationären Rehabilitation in den Alltag ist oft herausfordernd, weshalb digitale Versorgungskonzepte an Bedeutung gewinnen. Hybride Modelle, die stationäre Phasen mit digitalen Elementen kombinieren, könnten den Rehabilitationsprozess flexibler und nachhaltiger gestalten, indem sie die Umsetzung der Reha-Inhalte im Alltag unterstützen. Die Machbarkeitsstudie „Hybrid-Reha“ untersuchte erstmals ein hybrides Rehabilitationskonzept, das anstelle der fünfwöchigen stationären Rehabilitation eine vierwöchige stationäre Phase mit einer anschließenden digitalen Brücken-Woche im häuslichen Umfeld kombinierte. Mit der Studie sollten u.a. die folgenden Forschungsfragen beantwortet werden: (1) Welche Versicherten nehmen an einer psychosomatischen Hybrid-Reha teil?, (2) Wie hoch ist die Akzeptanz bei den Studienteilnehmenden?, (3) Welche gesundheitlichen Veränderungen zeigen sich zur 6- Monats-Katamnese?

Methoden

Die Mixed-Methods-Studie beinhaltete eine prospektive Interventionsstudie, in der sozialversicherungspflichtige Rehabilitand*innen zwischen 18-63 Jahren mit psychosomatischer Diagnose mit Hilfe eines Online-Fragebogens zu 4 Messzeitpunkten (Reha-Beginn, vor und nach der Brücken-Woche und nach 6 Monaten) befragt wurden. Zur Beantwortung der Fragestellungen (1) und (2) wurden die Daten aller Teilnehmenden analysiert, die an der Brücken-Woche teilnahmen (N=92). Für die Auswertung der Fragestellung (3) wurden Complete-Cases herangezogen (N=74). Zur Bewertung der gesundheitlichen Veränderungen wurden u.a. Skalen zur Einschränkung der Teilhabe (IMET), zur subjektiven Arbeitsfähigkeit (WAS) sowie zum Ausmaß der Belastungen durch Depressivität, Angst und Stress (DASS) eingesetzt.

Ergebnisse

(1) Von 134 rekrutierten Personen nahmen 92 an der Hybrid-Reha teil und traten die Brücken-Woche an (Dropout 31 %). Mit 83,7 % nahmen mehr Frauen an der Brücken-Woche teil. Der Altersdurchschnitt der Teilnehmenden lag bei 48,4 Jahren (SD=10,3). Die Mehrheit (93,5 %) verfügte über einen mittleren oder höheren Bildungsabschluss. Zu Reha-Beginn waren 72,8 % mindestens halbtags berufstätigt. 71,7 % lebten zum Zeitpunkt der Hybrid-Reha in einem Haushalt mit max. 2 Personen (inkl. Teilnehmende), 15,7 % mit Kindern unter 15 Jahren.

(2) Nach der Brücken-Woche (N=89) bewerteten 83,1 % der Teilnehmenden die digitalen Angebote mit „(sehr) gut“, 98,9 % berichteten, die benötigte Unterstützung vom Klinikpersonal erhalten zu haben. Die Umsetzbarkeit der digitalen Angebote wurde im Durchschnitt mit 3,9 (auf einer Skala von 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 „trifft voll und ganz zu“) bewertet, die Übertragbarkeit der stationär erlernten Inhalte in den Alltag mit 3,4. Insgesamt beurteilten 79,7 % der Rehabilitand*innen die Hybrid-Reha als „(sehr) gut“ ein und 87,6 % würden sie weiterempfehlen. 85,4 % beurteilten den Erfolg ihrer Hybrid-Reha insgesamt mit „ausgezeichnet“, „sehr gut“ und „gut“.

(3) Die Complete-Case-Analyse der 74 Rehabilitand*innen (86,5 % Frauen; Altersdurchschnitt 49,3 Jahre SD 9,4) zeigte nach 6 Monaten signifikante gesundheitliche Verbesserungen: Zu Beginn der Reha bewerteten 43,2 % ihren Gesundheitszustand als „weniger gut bis schlecht“. Nach der Brücken-Woche sank der Anteil auf 32,4 % und nach 6 Monaten auf 27,0 %. Die erlebte Einschränkung der Teilhabe ($p=0,002$) sowie die subjektive Arbeitsfähigkeit ($p < 0,001$) verbessern sich signifikant. Ebenso nahmen die Belastungen durch Depressivität, Angst und Stress im Vergleich zu den Ausgangswerten signifikant ab (jeweils $p < 0,001$).

Diskussion und Fazit

Insgesamt scheint die Hybrid-Reha insbesondere Frauen sowie Personen mittleren Alters mit einem höheren Bildungsniveau und geringeren familiären Verpflichtungen anzusprechen. Die große Zufriedenheit und der subjektiv wahrgenommene Behandlungserfolg der Rehabilitand*innen unterstreichen die hohe Akzeptanz.

Zudem zeigen sich erste Hinweise auf positive Prä-Post-Effekte bei erwerbsbezogenen und psychosozialen Parametern. Die signifikanten Veränderungen legen nahe, dass Rehabilitand*innen mit psychosomatischen Erkrankungen von der Hybrid-Reha profitieren könnten. Auch wenn die Ergebnisse aufgrund des Studiendesigns mit Bedacht zu interpretieren sind, zeigt sich das positive Potenzial der Hybrid-Reha als effektive Ergänzung zum herkömmlichen Rehabilitationsangebot. Eine Evaluation der Hybrid-Reha zur Bestätigung der Wirksamkeit wird empfohlen.

Take-Home-Message

Die Hybrid-Reha scheint eine vielversprechende Versorgungsalternative für eine Gruppe von Rehabilitand*innen darzustellen und könnte eine effektive Ergänzung zu herkömmlichen Rehabilitationsangeboten sein, wobei weitere Evaluationen zur Bestätigung der Wirksamkeit erforderlich sind.

Literatur

Haaf, H. (2005): Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. Rehabilitation, 44: 259-76.

Melzner, L., Kröger, C. (2024): Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen – ökonomische, individuelle und behandlungsspezifische Aspekte. Bundesgesundheitsbl, 67: 751–759.

Piso, B., Reinsperger, I. (2014): Nachhaltigkeit der stationären psychiatrischen Rehabilitation für Erwachsene: systematischer Review. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 75; Wien: Ludwig- Boltzmann-Institut für Health Technology Assessment.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Gesundheitskompetenz bei multimorbiden Rehabilitand:innen in der dualen Rehabilitation

Natascha Scheller[1]; Peter Eisermann[2]; Klaus Herrmann[3]; Sabine Jendrosch[4]; Volker Köllner[5]; Jördis Kroll[2]; Christoph Reichel[6]; Gerhard Sütfels[7]; Robert Wessbecher[4]; Karin Meng[1]

[1] Universitätsklinikum Würzburg, [2] Reha-Zentrum Bad Frankenhausen,
[3] Reha-Zentrum Bad Kissingen, Kliniken Rhön und Saale,
[4] Reha-Zentrum Borkum, Klinik Borkum Riff, [5] Reha-Zentrum Seehof, Teltow,
[6] Reha-Zentrum Bad Brückenau, Klinik Hartwald,
[7] Reha-Zentrum Todtmoos, Klinik Wehrawald

Hintergrund und Zielstellung

Multimorbid erkrankte Patient:innen sind mit einer Vielzahl an Herausforderungen konfrontiert, die aus den Erkrankungen und der resultierenden komplexen medizinischen und rehabilitativen Versorgung entstehen. Um diesen zu begegnen, ist das Wissen, die Motivation und Fähigkeit Gesundheitsinformationen zu finden, verstehen, bewerten und für krankheits-, bzw. gesundheitsrelevante Entscheidungen nutzen zu können eine wesentliche Gesundheitskompetenz (Health literacy HL; Sorensen et al., 2012). Bei onkologischen und orthopädischen Rehabilitand:innen zeigten sich positive Zusammenhänge zwischen der Gesundheitskompetenz (HL) und Rehabilitationsoutcomes wie der körperlichen Funktionsfähigkeit oder der globalen Lebensqualität (Meng et al., 2021, 2023). Zur Gesundheitskompetenz von Rehabilitand:innen mit psychischen und körperlichen Erkrankungen liegen bisher keine Daten vor.

Folgende Fragestellungen wurden explorativ untersucht:

F1: Welche Gesundheitskompetenz liegt bei dualen Rehabilitand:innen vor? Bestehen indikationsspezifische Unterschiede?

F2: Wie entwickelt sich die Gesundheitskompetenz im Rehabilitationsverlauf?

F3: Bestehen Zusammenhänge zwischen der Gesundheitskompetenz und soziodemographischen Merkmalen (Bildung, Berufsstand, Erwerbstätigkeit) sowie Reha-Zielparametern (psychische Belastung, gesundheitsbezogene Lebensqualität, subjektive Arbeitsfähigkeit) zu Reha-Beginn?

F4: Hat die Gesundheitskompetenz zu Reha-Beginn einen Einfluss auf Reha-Zielparameter am Reha-Ende?

Methoden

Die Rehabilitand:innen wurden im Rahmen einer prospektiven Kohortenstudie mit vier Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 6-, 12-Monats-Follow-Up) an sechs Rehabilitationskliniken in den Indikationsbereichen Psycho-Gastroenterologie, - Dermatologie, -Orthopädie, -Diabetologie, -Kardiologie, -Pneumologie befragt (Projekt „DUAL“).

Die Gesundheitskompetenz wurde mit der Kurzform des European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q16) erfasst, in welchem mit 16 Items Anforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen hinsichtlich der subjektiven Schwierigkeit auf einer 4- Punkt- Likert-Skala („sehr einfach“ bis „sehr schwierig“) bewertet werden. Höhere Skalenwerte (range 1-4) entsprechen einer höheren HL. Reha-Zielparameter wurden mit folgenden Fragebögen operationalisiert: PHQ-9, GAD-7, SF-36, WAI.

Zur Datenanalyse wurden deskriptive Auswertungen und Varianzanalysen (F1), t-Tests bei gepaarten Stichproben (F2), Korrelations- (F3) und Regressionsanalysen (F4) durchgeführt.

Die Stichprobe umfasste 718 Rehabilitand:innen (80-147 pro Indikationsbereich), davon waren 69.4% weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 52.6 Jahren (SD=9.1). 11.4% der Teilnehmenden hatten einen Volks-/Hauptschulabschluss, 42.5% die Mittlere Reife/Polytechnische Oberschule, 16.9% Fachabitur und 28.6% Abitur. Zu Reha-Ende liegen die Daten von 89% vor.

Ergebnisse

F1: Der durchschnittliche Gesamtwert des HLS-EU-Q16 liegt bei 2.89 (SD=0.45) Punkten. Bis zu 56.0% der Rehabilitand:innen bewerteten Anforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen als ziemlich bis sehr schwierig (Abbildung 1). Nach Cut-Off-Werten ist die Gesundheitskompetenz bei 23.5% als unzureichend, bei 38.8% als problematisch und bei 37.7% als ausreichend einzustufen. Es gibt keine signifikanten Unterschiede ($p > .05$) zwischen den Indikationen.

F2: Die Gesundheitskompetenz der Rehabilitand:innen verbessert sich im Reha-Verlauf in allen Indikationen signifikant (d=.33, 95%-KI=.28-.44).

F3: Die Gesundheitskompetenz weist kleine Zusammenhänge ($p < .01$) mit dem Schulabschluss (Volks-/Hauptschule: r=-.12; Fachhochschulreife/Abitur: r=.20), Berufsstand (Arbeiter/Sonstige: r=-.12; Beamte/Angestellte: r=.10) und der Erwerbstätigkeit (r=.11) der Rehabilitand:innen auf. Eine höhere Gesundheitskompetenz ist mit geringerer Depressivität (r=-.37) und Ängstlichkeit (r=-.34) sowie besserer körperlicher (r=.22) und psychischer Lebensqualität (r=.29) und subjektiver Arbeitsfähigkeit (r=.19) assoziiert ($p < .001$).

F4: Die Gesundheitskompetenz zu Reha-Beginn trägt auch bei Kontrolle der soziodemografischen Merkmale und initialen Werte signifikant zur Varianzaufklärung der Reha-Zielparameter am Reha-Ende bei (β=-.15-.17).

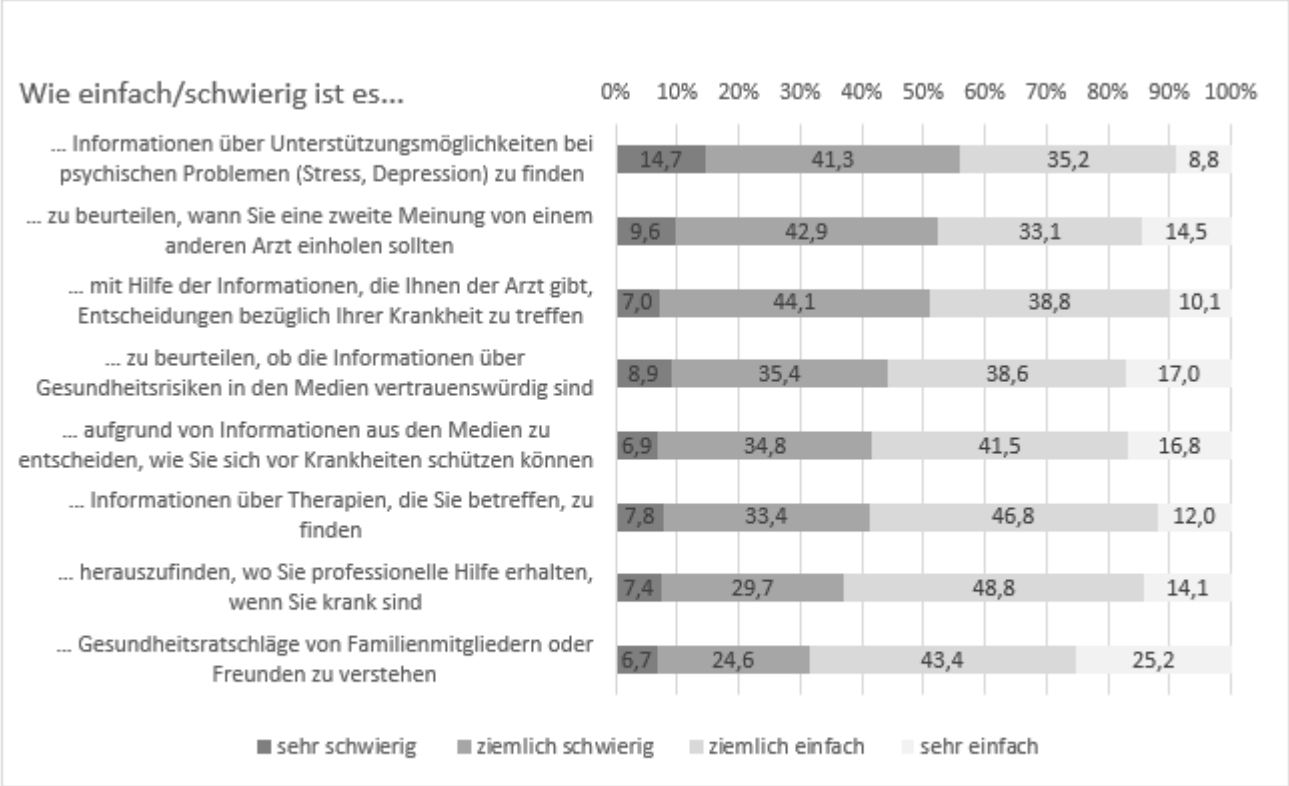


Abb. 1: Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16) zu Beginn der dualen Rehabilitation (N=718). Ausgewählte Items der am schwierigsten bewerteten Anforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse beschreiben erstmals die Gesundheitskompetenz einer umfangreichen Stichprobe von Rehabilitand:innen mit psychischen und körperlichen Erkrankungen. Knapp zwei Drittel berichten Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen, knapp 8% mehr als in der deutschen Allgemeinbevölkerung (Schaeffer et al., 2017). Im Verlauf einer dualen Rehabilitation kommt es in allen Indikationen zu einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz (kleiner bis mittlerer Effekt).

Die Relevanz der Gesundheitskompetenz zeigt sich wie in Befunden der orthopädischen und onkologischen Rehabilitation (Meng et al., 2021, 2023) am Zusammenhang mit den Reha-Zielparametern. Zudem liegen erneut Hinweise vor, dass die soziale Lage mit der Gesundheitskompetenz assoziiert ist (Schaeffer et al., 2017) und somit sozial schlechter gestellte Rehabilitand:innen dahingehend besonders zu berücksichtigen sind.

Take-Home-Message

Als relevanter Einflussfaktor auf den Rehabilitationserfolg sollte die Gesundheitskompetenz multimorbider Rehabilitand:innen berücksichtigt und gefördert werden.

Literatur

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.

Meng, K., Isele, C., von Neukirch, C., Sohr, G., Benninghoven, D., Heß, V. (2023): Health literacy bei Rehabilitand:innen in der verhaltensmedizinisch-orientierten orthopädischen Rehabilitation (VOR). DRV Schriften 128, S. 389-392.

Schaeffer, D., Berens, E., Vogt, D. (2017): Health Literacy in Germany. Ärzteblatt, 114. 53-60.

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

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in der Psychosomatik – Intention-to-treat-Analyse einer randomisierten kontrollierten Multicenterstudie 12 Monate nach Rehabilitationsende

Hannes Banaschak[1]; David Fauser[1]; Miriam Markus[1]; Matthias Bethge[1], Markus Bassler[2]; Andrea Budde[3]; Michaela Fleck[4]; Bernhard Koch[5]; Volker Köllner[6]; Frank Rosbiegal[7]

[1] Universität zu Lübeck, [2] Hochschule Nordhausen, [3] Klinik am Hainberg, [4] MEDICLIN Bliestal Kliniken, [5] Rehazentrum Oberharz, [6] Reha-Zentrum Seehof, Teltow, [7] Rehazentrum im Naturpark Aukrug

Hintergrund und Zielstellung

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) zielt durch eine verstärkte Berücksichtigung individueller Arbeitsanforderungen und Fähigkeiten auf die Verbesserung beruflicher Teilhabe von Personen, bei denen die Rückkehr in Arbeit gefährdet ist. Gemeinsame Empfehlungen der Rentenversicherungsträger konkretisieren die Zielgruppe, diagnostische und therapeutische Inhalte sowie den Umfang in einem Anforderungsprofil (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023). Empirische Wirksamkeitsnachweise der MBOR gibt es v. a. für somatische Indikationen wie Muskel-Skelett-Erkrankungen. In der Psychosomatik stützt sich die Evidenz auf ältere randomisierte kontrollierte Studien zu externen Belastungserprobungen mit begleitenden therapeutischen Gruppen (Beutel et al., 2005). Ob die Umsetzung der MBOR bei psychischen Erkrankungen auf Grundlage des Anforderungsprofils zu einem besseren Rehabilitationserfolg führt als eine herkömmliche psychosomatisch Rehabilitation (PR) ist bislang unklar. In unserer randomisierten kontrollierten Multicenterstudie überprüften wir, ob die MBOR einer PR bei Personen mit starken beruflichen Teilhaberisiken überlegen ist.

Methoden

Die Daten wurden im Rahmen der Studie „Medizinisch-beruflich orientierte Re-habilitation bei psychischen Erkrankungen (MBOR-P)“ erhoben (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00023175) (Markus et al., 2021). Teilnehmende wurden in fünf Rehabilitations-einrichtungen in Deutschland rekrutiert und im Verhältnis eins zu eins randomisiert. Die

computergestützt generierten Zuweisungslisten wurden für jede Einrichtung mittels Blockrandomisierung erzeugt. Eingeschlossen wurden 18- bis 60-jährige Personen mit psychischen Erkrankungen, für die bei Rehabilitationsbeginn der Bedarf an einer MBOR durch mindestens 27 Punkte auf dem SIMBO-C festgestellt wurde. Primäres Zielkriterium war die stabile Rückkehr in Arbeit, definiert als mindestens vierwöchige durchgängige Beschäftigung ohne Arbeitsunfähigkeit zum Nacherhebungszeitpunkt. Sekundäre Zielkriterien umfassten u. a. die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36) und die psychosoziale Gesundheit (HEALTH-49). Die Daten wurden mittels Fragebogen zu Beginn und Ende sowie drei und zwölf Monate nach Abschluss der Rehabilitation erfasst. Für die Intention-to-treat-Analyse des Behandlungseffektes wurden Random-Effects-Modelle gerechnet. Fehlende Werte wurden mehrfach imputiert. Subgruppenanalysen wurden für Kliniken mit hohem und niedrigem wahrgenommenen Berufsbezug in der MBOR durchgeführt.

Ergebnisse

1.621 Personen wurden zufällig der MBOR (n = 813) und PR (n = 808) zugewiesen. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden betrug 49,6 Jahre (SD = 9,5) und 59,3 % waren weiblich. Berufsbezogene Therapieleistungen wurden in der MBOR mit durchschnittlich rund 21 h deutlich häufiger dokumentiert als in der PR mit etwa 4 h. Am Ende der Rehabilitation berichteten Teilnehmende der MBOR einen stärkeren Berufsbezug ihrer Rehabilitation als Personen in der PR. Allerdings lag auch der in der MBOR berichtete Berufsbezug nur auf mittlerem Niveau. Der Anteil an stabiler Beschäftigung war in beiden Behandlungsgruppen nach zwölf Monate vergleichbar (MBOR: 41,3 %; PR: 40,8 %). In beiden Behandlungsarmen zeigten sich zwischen Baseline und 12-Monats-Nacherhebung signifikante Verbesserungen auf den sekundären Zielkriterien. Signifikante Zwischengruppeneffekte zugunsten der MBOR zeigten sich u. a. für die körperliche Rollenfunktion (MDiff = 5,58; 95-%-KI: 0,97 bis 10,19). In den Subgruppenanalysen waren Effekte auf den sekundären Zielkriterien (u. a. emotionale Rollenfunktion, psychisches Wohlbefinden) zugunsten der MBOR stärker ausgeprägt, wenn Rehabilitand*innen einen vergleichsweise hohen Berufsbezug in der MBOR wahrnahmen. Ergänzende Analysen zeigten außerdem, dass der wahrgenommene Berufsbezug unabhängig von Rehabilitationseinrichtung und Behandlungsarm prognostisch relevant für die stabile Beschäftigung nach 12 Monaten war.

Diskussion und Fazit

Wir konnten keine Überlegenheit der MBOR in Bezug auf die berufliche Teilhabe beobachten. Auf den sekundären Zielkriterien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und psychosozialen Gesundheit waren in beiden Studienarmen Verbesserungen im Nacherhebungszeitraum zu beobachten. Vereinzelt zeigten sich Zwischengruppeneffekte zugunsten der MBOR. Diese waren besonders ausgeprägt, wenn Rehabilitand*innen einen vergleichsweise hohen Berufsbezug in der MBOR wahrnahmen. Unterschiede im Implementierungsgrad bzw. der Implementierungsqualität der MBOR während der Corona-Pandemie könnten die Wirksamkeit eingeschränkt haben.

Take-Home-Message

Die MBOR ist eine wirksame Ergänzung in der psychosomatischen Rehabilitation, verbessert jedoch berufliche Teilhabe nach zwölf Monaten nicht entscheidend. Eine klare

Kommunikation des Berufsbezugs in der MBOR ist mit günstigeren Ergebnissen auf den sekundären Zielkriterien assoziiert.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2023): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Berlin.

Beutel, M., Zwerenz, R., Bleichner, F., Vorndran, A., Gustson, D., Knickenberg, R. (2005): Vocational training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation – short and long-term results from a controlled study. Disability and Rehabilitation, 27. 891-900.

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. 225.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Zum Zusammenhang von psychischer Belastung und Rumination im AHB-Verlauf aus einer netzwerkanalytischen Perspektive

Stefan Lueger; Tanja Lueger; Peter Deeg

Deegenbergklinik

Hintergrund und Zielstellung

Nach einem kardialen Ereignis können neben Angst- und Depressionssymptomen auch Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) entstehen, wobei psychische Störungen oftmals nicht unmittelbar auftreten, sondern, insbesondere bei einer PTBS, erst im weiteren Verlauf nach einem kardialen Ereignis. Dysfunktionalen Emotionsregulationsstrategien scheint eine besondere Bedeutung bei der Entstehung einer psychischen Störung zuzukommen. Es gibt Hinweise dafür, dass Rumination zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Angst-, Depressions- und PTBS-Symptomen nach einem kardialen Ereignis beitragen kann (Lueger et al., 2024; Murphy et al., 2021).

Über die dynamische Interaktion zwischen den einzelnen Symptomen ist bisher wenig bekannt. In der vorliegenden Arbeit wurde daher ein netzwerkanalytischer Ansatz gewählt. Die wenigen Studien zu Netzwerkanalysen bei Herzpatienten beziehen sich jeweils auf nur einen Messzeitpunkt, so dass keine Aussage darübergemacht werden kann, wie sich Symptomnetzwerke im Verlauf nach einem kardialen Ereignis entwickeln. Unsere Studie untersuchte daher, inwieweit sich der Zusammenhang von Angst-, Depressions- und PTBS- Symptomen mit Rumination im AHB-Verlauf verändert.

Methoden

An der Studie nahmen 456 konsekutiv aufgenommene Herzpatient*innen (25.2 % Frauen) mit einem Durchschnittsalter von 65.4 Jahren (SD = 10.2) teil, die eine AHB nach einem akuten Myokardinfarkt und/oder einer Herzoperation durchführten. Das kardiale Ereignis lag zu Beginn im Durchschnitt 23.0 Tage (SD = 12.3) zurück.

Die PTBS-Symptome wurden mittels des International Trauma Questionnaire (ITQ) erfasst. Der ITQ orientiert sich an den PTBS-Kriterien nach ICD-11 und besteht aus den sechs Kernsymptomen, von denen jeweils zwei den Clustern „Wiedererleben“, „Vermeidung“ und „Wahrnehmung erhöhter Bedrohung“ zugeordnet werden. Die Angst- und die Depressionssymptome wurden mittels des PHQ-4 sowie Rumination mittels der Ruminationsskala aus dem Screening-Instrument Rumination-Suppression (RS-8) erhoben, die Rumination störungsübergreifend in vier Items erfasst. Messzeitpunkte waren zu Beginn (T1) und am Ende (T2) der AHB.

Die Auswertung erfolgte mittels des Moduls „Network“ des Statistikprogrammes JASP (Version 0.18.3). Es wurden zwei regularisierte Partialkorrelationennetzwerke (Epskamp, Fried, 2018) geschätzt und in Netzwerkgraphen visualisiert, und zwar für Reha- Beginn und Reha-Ende. In die Netzwerke gingen die PTBS-, Angst- und Depressionssymptome sowie die Ruminationsitems ein. Zur Bestimmung der Bedeutsamkeit der Symptome im Netzwerk wurde der Zentralitätsindices „Expected Influence“ (EI) ausgewählt, der eine Erweiterung des Indices „Strength“ darstellt (Robinaugh et al., 2016). Während der Strength-Index die Summe der gewichteten Verbindungen eines jeden Symptoms erfasst, berücksichtigt EI auch das Vorzeichen einer gewichteten Verbindung. Der Vergleich der beiden Netzwerke erfolgte mittels Korrelation des Zentralitätsindices EI zu T1 und T2.

Ergebnisse

Abb. 1 zeigt die Visualisierung der Netzwerkstruktur der PTBS-, Angst- und Depressionssymptome sowie der Ruminationsitems zu Beginn und am Ende der Reha. Theoriekonform bestehen starke Verbindungen jeweils zwischen den Symptomen aus derselben Skala.

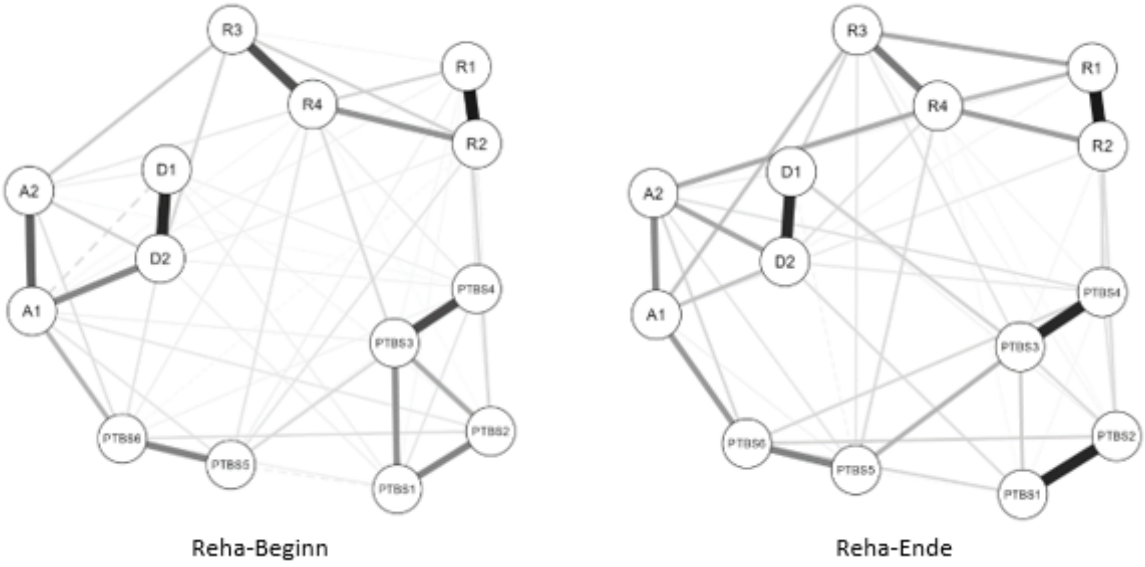


Abb. 1: Partialkorrelationennetzwerke der sechs PTBS-Symptome, der beiden Angst- und Depressionssymptome sowie der vier Ruminationsitems zu Beginn und am Ende der Reha
Anmerkung: Je dicker und je dunkler die Linie, desto stärker ist der Zusammenhang (durchgezogene Linie positiver und gestrichelte Linie negativer Zusammenhang); Erklärung der Abkürzungen siehe Abbildung 2)

Zwischen den beiden Netzwerken besteht ein hoher Zusammenhang, was die hohe Korrelation von $r = .88$ ($p < .001$) zwischen den EI-Werten zu Beginn und am Ende der Reha

bestätigt. Die Ruminationsitems (R1-R4) sind zu beiden Messzeitpunkten mit den drei Störungsbereichen verknüpft und sind, bis auf R3, zentrale Symptome in beiden Netzwerken, wobei die Bedeutung der Items im Netzwerk zu Reha-Ende noch leicht zunimmt (Abb. 2). Die Bedeutung von Ängstlichkeit (A1) im Netzwerk nimmt zu Reha-Ende ab, während die Bedeutung für unkontrollierbare Sorgen (A2) zunimmt. „Vermeidung innerer Auslöser für Erinnerungen“ (PTBS3) und „depressive Stimmung“ (D2) sind zentrale Symptome in beiden Netzwerken.

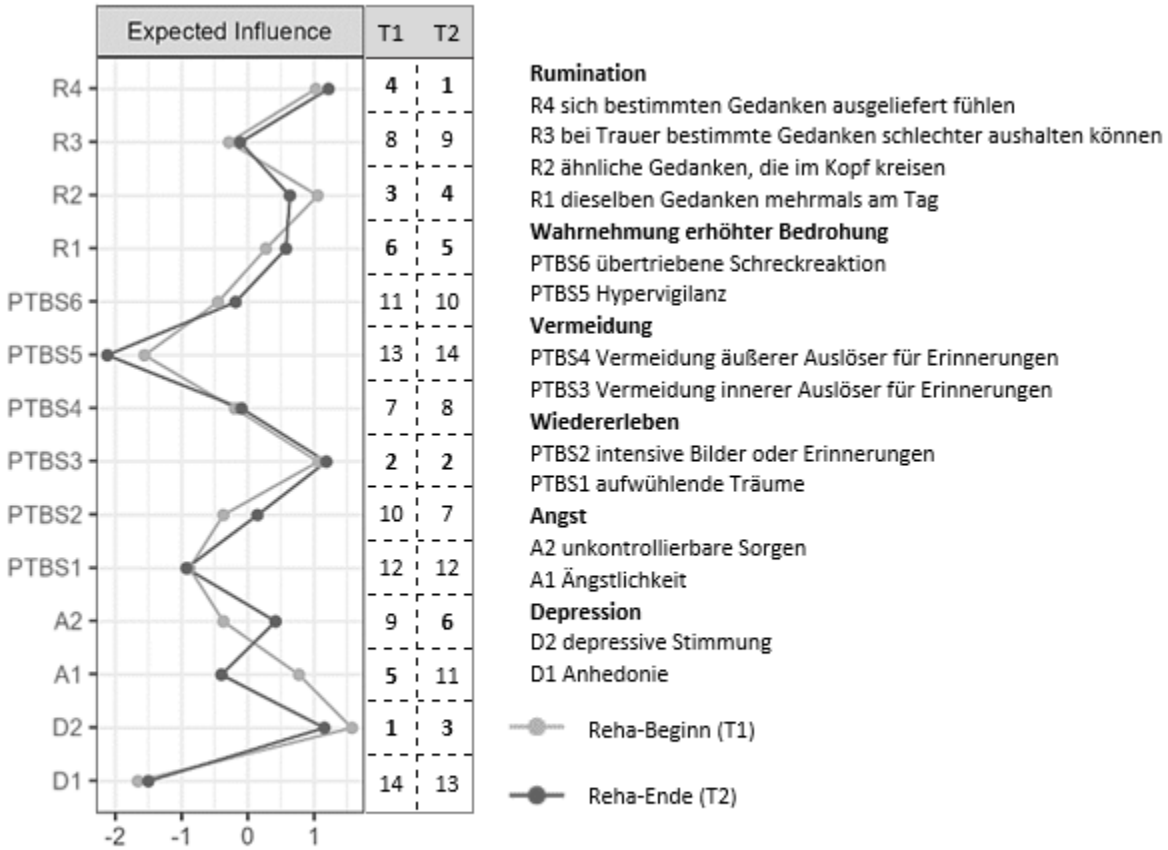


Abb. 2: Zentralitätsplot des Indices Expected Influence in standardisierten z-Werten zu Beginn und am Ende der Reha (für jeden Wert ist zusätzlich die Rangfolge zu T1 und T2 wiedergegeben; die Top-Sechs-Werte sind jeweils fett hervorgehoben)

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse weisen auf die Bedeutung des repetitiv negativen Denkens (RND), unter dem sowohl Rumination als auch Sorgen subsumiert werden können, für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen nach einem kardialen Ereignis hin. Dies deckt sich mit Ergebnissen aus Studien mit Nicht-Herzpatienten, die zeigen konnten, dass RND einen kausalen Mechanismus bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Psychopathologie darstellt (Ehring, 2021).

Take-Home-Message

RND stellt einen vielversprechenden Ansatzpunkt für psychotherapeutische Interventionen bereits während der Reha dar.

Literatur

Ehring, T. (2021): Thinking too much: rumination and psychopathology. World Psychiatry, 20(3), 441-442.

Epskamp, S., Fried, E.I. (2018): A tutorial on regularized partial correlation networks. Psychological Methods, 23(4), 617-634.

Lueger, S., Lueger, T., Deeg, P. (2024): Zur Rolle von Rumination bei der Entstehung von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-11 bei Herzpatienten. Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation, 37(2), 166-176.

Murphy, B., Phillips, L., Jackson, A. (2021): Rumination as a key to understanding anxiety and depression in cardiac patients. British Journal of Cardiac Nursing, 16(5), 1-5.

Robinaugh, D.J., Millner, A.J., McNally, R.J. (2016): Identifying highly influential nodes in the complicated grief network. Journal of Abnormal Psychology, 125(6), 747-757.

Depression, aber nicht Fatigue bessert sich im Rahmen einer multimodalen Rehabilitation

Alexa Kupferschmitt[1]; Thilo Hinterberger[2]; Thomas H. Loew[2], Christoph Herrmann[3]; Michael Jöbges[3]; Stefan Kelm[4]; Gerhard Sütfels[5]; Volker Köllner[6]

[1] Reha-Zentrum Seehof, Teltow, [2] Universitätsklinikum Regensburg,
[3] Kliniken Schmieder, [4] Westerwaldklinik Waldbreitbach,
[5] Reha-Zentrum Todtmoos, [6] Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Weltweit sind vom Post-COVID Syndrom (PCS) ca. 400 Millionen Menschen betroffen (Al- Aly et al., 2024). Post-COVID bezeichnet die Folgeerscheinungen einer SARS- CoV- 2- Infektion - eine komplexe Multisystemerkrankung, die nahezu jedes Organ-system betreffen und zu schweren Einschränkungen führen kann. Dieses chronische Krankheitsbild bringt psychische Belastungen mit sich, wie z.B. Depression. In dieser Studie soll untersucht werden, wie viele PCS-Patienten unter klinisch relevanten depressiven Symptomen leiden und inwiefern ein symptomorientiertes multimodales Vorgehen, wie die PCS-Rehabilitation, psychische Symptome als auch Einschränkungen der funktionalen Gesundheit modulieren kann.

Methoden

Die prospektive Multicenter-Kohortenstudie PoCoRe (N = 1028) beinhaltet standardisierte Untersuchungen von depressiven Symptomen (PHQ-9, PHQ-2), Fatigue (FSMC) und die funktionale Gesundheit und Behinderung (WHO-DAS2.0) von PCS-Patienten zu Beginn und am Ende der PCS-Rehabilitation. Häufigkeitsanalysen und Mittelwertvergleiche kamen zum Einsatz. Die Daten wurden in vier Reha-Indikationen, die ein PCS-Konzept umgesetzt haben, erhoben: interdisziplinäre Rehabilitation, Psychosomatik, Neurologie und Pneumologie.

Ergebnisse

Zu Reha-Beginn erfüllten im PHQ-2 71.4% (n = 734) die Kernsymptome einer Major Depression Interesseverlust und niedergeschlagene Stimmung. Bei den depressiven Patienten lag der PHQ-9 Gesamtwert im Mittel bei M = 23.74 (SD = 4.43), was einer mittelgradigen Symptomlast entspricht. Die nicht-depressiven Patienten lagen bei M = 16.45 (SD = 3.73), was einer leichten depressiven Symptomatik entspricht. Über den Reha-Verlauf reduzierte sich die Symptomlast unterschiedlich: depressive Symptome bei mittleren Effekten (depressive PCS d = .50; nicht-depressive PCS d = .32), Fatigue ohne Effekt. Die funktionale Gesundheit (WHO-DAS) besserte sich vor allem bei Alltagsbewältigung d = .71, bzw. 1.04 und bei den nicht-depressiven Patienten auch bei Mobilität d = .27. In der sozialmedizinischen Begutachtung zu Reha-Ende wurden in der Gesamtstichprobe 24.7% mit einem aufgehobenen Leistungsvermögen für den Bezugsberuf und 19.5% mit einem aufgehobenen Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt beurteilt. werden depressive PCS-Patienten sozialmedizinisch signifikant schlechter beurteilt.

Tab. 1: Symptomverlauf - Unterschiede innerhalb der depressiven und der nicht-depressiven Stichprobe von der Aufnahme bis zur Entlassung

	Depressive PCS-Patienten n = 734 (71.4%)				**Nicht-depressive PCS-Patienten** n = 294 (28.6%)			
	T1 M(SD)	**T2 M(SD)**	**p**	**d**	**T1 M(SD)**	**T2 M(SD)**	**p**	**d**
PHQ-9 (Skala 1-4)								
Verlust von Freude oder Interesse	2.85 (.80)	2.44 (.68)	<.001	.54	1.45 (.50)	1.33 (.48)	<.001	.24
Niedergeschlagenheit / Schwermut	2.66 (.82)	2.39 (.70)	<.001	.33	1.17 (.39)	1.16 (.38)	.727	-
Ein-/Durchschlafstörung	3.39 (.82)	3.23 (.84)	<.001	.19	2.75 (1.06)	2.62 (1.08)	.108	-
Müdigkeit	3.59 (.65)	3.21 (.82)	<.001	.53	3.04 (1.00)	2.62 (1.01)	<.001	.41
Appetitlosigkeit	2.24 (1.06)	2.01 (.94)	<.001	.22	1.53 (.81)	1.35 (.63)	<.001	.24
Selbstabwertung und Selbstzweifel	2.16 (1.03)	1.97 (.92)	<.001	.19	1.18 (.47)	1.16 (.45)	.510	-
Konzentrationsprobleme	3.17 (.89)	3.05 (.89)	.022	.13	2.67 (1.09)	2.37 (1.00)	<.001	.28
Psychomotorische Veränderungen: Unruhe oder Verlangsamung	2.24 (1.06)	2.01 (.94)	.015	.16	1.75 (1.00)	1.55 (.78)	.011	.22
Suizidgedanken	1.27 (.57)	1.19 (.51)	.018	.16	1.00 (.11)	1.00 (.11)	.980	-
PHQ-9 gesamt	23.74 (4.43)	21.50 (4.31)	.005	.50	16.45 (3.73)	15.24 (3.77)	<.001	.32
FSMC Fatigue								
Kognitive Fatigue	40.74 (7.01)	40.17 (7.59)	.256	-	39.12 (8.43)	37.32 (9.55)	<.001	.20
Motorische Fatigue	40.09 (6.49)	39.63 (7.04)	.208	-	38.49 (7.78)	36.84 (8.91)	<.001	.19
FSMC-Gesamtwert	80.77 (12.70)	79.81 (14.12)	.277	-	77.40 (15.59)	74.12 (17.87)	<.001	.19
WHODAS2.0 Einschränkungen								
Einschränkungen Verständnis / Kommunikation	3.21 (.85)	3.03 (.93)	.455	-	2.06 (1.08)	1.80 (.98)	.190	-
Einschränkungen Mobilität	2.15 (1.14)	2.16 (1.07)	.967	-	1.52 (.90)	1.30 (.67)	.022	.27
Einschränkungen Selbstversorgung	1.23 (.59)	1.28 (.62)	.271	-	1.05 (.28)	1.00 (.13)	.016	.19
Einschränkungen im Umgang mit Menschen	2.08 (1.02)	2.08 (1.10)	.994	-	1.26 (.61)	1.11 (.44)	.009	.27
Einschränkungen im Alltag	3.75 (.91)	2.94 (1.44)	<.001	.71	2.81 (1.40)	1.53 (1.05)	<.001	1.04
Einschränkungen Teilnahme am Gesellschaftsleben	3.01 (.78)	3.10 (.76)	.502	-	2.14 (1.07)	1.91 (.92)	.141	-

Anmerkung. T1 = Aufnahme, T2 = Entladung, M = Median, SD = Standardabweichung, p = Signifikanzniveau, Cohen-d-Effektgrößen: .2 klein, .5 mittel, .8 groß

Diskussion und Fazit

Die Mehrzahl der PCS-Patienten ist klinisch relevant durch depressive Symptome belastet. Die depressiven Symptome bessern sich relevant, ebenso wie funktionale Gesundheit, hier v.a. Alltagskompetenz. Die Fatigue-Symptomatik bessert sich nicht. Es wurden ca. ¼ der PCS-Patienten mit einem aufgehobenen Leistungsvermögen für den Bezugsberuf beurteil, was einen erheblichen Wegfall an qualifizierten Arbeitskräften bedeutet.

Take-Home-Message

Die Mehrzahl der PCS-Patienten ist klinisch relevant durch depressive Symptome belastet. Die depressiven Symptome bessern sich relevant, ebenso wie funktionale Gesundheit, hier v. a. Alltagskompetenz. Die Fatigue-Symptomatik bessert sich nicht. Es wurden ca. ¼ der PCS-Patienten mit einem aufgehobenen Leistungsvermögen für den Bezugsberuf beurteil, was einen erheblichen Wegfall an qualifizierten Arbeitskräften bedeutet.

Literatur

Al-Aly, Z., Davis, H., McCorkell, L., Soares, L., Wulf-Hanson, S., Iwasaki, A., Topol, E. J. (2024): Long COVID science, research and policy. Nature Medicine 2024 30:8, 30(8), 2148–2164. https://doi.org/10.1038/s41591-024-03173-6

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Rolle der Krankheitsdarstellung und Mediennutzung bei Post-/Long-COVID Patient:innen: Erkenntnisse für die Rehabilitationspraxis

Robin Rinn[1]; Lingling Gao[1], Sonia Lippke[1], Christina Derksen[2]; Maria Agthe[3]; Alina Dahmen[4]; Petra Becker[5]; Frederike Masemann[6]

[1] Constructor University, [2] Queen Mary University of London, [3] UMIT Tirol, [4] Klinikum Wolfsburg, [5] Dr. Becker Klinikgesellschaft SE & Co. KG, [6] HAW Hamburg

Hintergrund und Zielstellung

Im Zuge der COVID-19-Pandemie entwickelte eine erhebliche Zahl an Patient:innen Post-Viralen-Syndromen, insbesondere das Post-Acute COVID-19 Syndrom (PACS). In vielen Fällen ist eine medizinische Rehabilitation notwendig. Das Common-Sense-Modell der Krankheitsrepräsentationen bietet einen Rahmen zur Untersuchung, wie Patient:innen ihre Symptome wahrnehmen und bewältigen. Insbesondere wird aufgezeigt, wie äußere Stimuli, vor allem Gesundheitsinformationen aus den Medien, die Krankheitswahrnehmung sowie die körperlichen und psychischen Gesundheitsfolgen beeinflussen (Lippke et al., 2021). Auf dieser Grundlage zielt die vorliegende Studie darauf ab, den Einfluss der Mediennutzung und des wahrgenommenen Informationsgehalts zu COVID-19 auf die Lebensqualität und den funktionalen Gesundheitszustand von PACS-Patient:innen zu untersuchen und Rückschlüsse für einem rehabilitativen Kontext zu ziehen.

Methoden

Die Studie basiert auf monozentrisch erhobenen längsschnittlichen Daten von N = 225 PACS- Patient:innen (n = 126 weiblich, Durchschnittsalter M = 45 Jahre). Für die aktuellen Sekundäranalysen mittels eines Strukturgleichungsmodells wurden vier Messzeitpunkte untersucht: eine erste Screening-Phase (T1 und T2), eine Nachuntersuchung nach den Interventionen (T4) und ein Follow-up (circa 12 Wochen nach der Baseline, T5). Die Patient:innen erhielten eine digitale Unterstützung über sechs Wochen (s. Dahmen et al., 2022 für das Studienprotokoll und Derksen et al., 2023 für die Primäranalysen). Erhoben wurden die berichteten Symptome, Einsamkeit, soziale Teilhabe, Resilienz, Lebenszufriedenheit, Mediennutzung und wahrgenommener Informationsgehalt der konsumierten Inhalte.

Ergebnisse

Die Daten zeigen, dass hohe Mediennutzung (T2) in Kombination mit einer hohen wahrgenommenen Informationsversorgung (T2) prospektiv mit einer verbesserten Lebenszufriedenheit (T4) und einem besseren funktionalen Gesundheitszustand (T5) korreliert. Im Gegensatz dazu waren eine hohe Mediennutzung (T2) bei unzureichender Informationsversorgung (T2) mit geringerer Lebenszufriedenheit (T4) und einem niedrigeren funktionalen Gesundheitsstatus (T5) assoziiert. Die Wechselwirkung zwischen Mediennutzung und Informationsangemessenheit korrelierte zudem mit der Lebenszufriedenheit (T4) und dem funktionalen Gesundheitszustand (T5).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse unterstreichen die zentrale Rolle ausgewogener Mediennutzung und hochwertiger Informationsquellen für die Lebenszufriedenheit und funktionale Gesundheit von PACS-Patient:innen. Eine als verlässlich und hilfreich wahrgenommene Informationsqualität kann Unsicherheit und damit verbundenen Stress reduzieren. Um dies zu fördern, sollten Rehabilitationsprogramme neben evidenzbasierten Informationen gezielt die Medienkompetenz der Patient:innen stärken. Ein interdisziplinärer Ansatz, der die kritische Bewertung von Medieninhalten und deren Einfluss auf die Krankheitswahrnehmung integriert, kann die Selbstwirksamkeit der Patient:innen steigern und den langfristigen Therapieerfolg fördern.

Take-Home-Message

Eine hohe Mediennutzung und gute Informationsversorgung verbessern die Lebenszufriedenheit und funktionale Gesundheit von PACS-Patient:innen nachhaltig, während unzureichende Informationen bei hoher Mediennutzung zu schlechteren Ergebnissen führen können. Behandlungsansätze sollten dies individualisiert berücksichtigen (Dahmen et al., 2023; Rinn et al., 2023).

Literatur

Dahmen, A., Keller, F. M., Derksen, C. Lippke, S. (2023): Risikokommunikation während Corona: Informationssammlung und Angst bei psychisch vorerkrankten Menschen. Monitor Versorgungsforschung, 23, 45-51. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2546

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(1), 693. https://doi.org/10.1186/s12879-022-07584-z

Derksen, C., Rinn, R., Gao, L., Dahmen, A., Cordes, C., Kolb, C., Becker, P., Lippke, S. (2023): Longitudinal Evaluation of an Integrated Post–COVID-19/Long COVID Management Program Consisting of Digital Interventions and Personal Support: Randomized Controlled Trial. Journal of Medical Internet Research, 25, e49342. https://doi.org/10.2196/49342

Lippke, S., Dahmen, A., Gao, L., Guza, E., Nigg, C. R. (2021): To What Extent is Internet Activity Predictive of Psychological Well-Being? Psychology Research and Behavior Management, 14, 207–219. https://doi.org/10.2147/PRBM.S274502

Rinn, R., Gao, L., Schoeneich, S., Dahmen, A., Anand Kumar, V., Becker, P., Lippke, S. (2023): Digital Interventions for Treating Post-COVID or Long-COVID Symptoms: Scoping Review. Journal of Medical Internet Research, 25, e45711. https://doi.org/10.2196/45711

Förderung: Freistaat Bayern, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Förderinitiative Post-COVID-Syndrom des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (Gesamt-2490-PC-2021-V7- D56613/2021)

Medizinische Rehabilitationen bei Post-COVID-Syndrom

Tanja Trefzer; Katja Tornow-Walther

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Unter Post-COVID-Syndrom (PCS) fallen Einschränkungen, die 12 Wochen nach einer SARS-CoV-2 Infektion bestehen, seit mindestens zwei Monaten andauern und einen erheblichen Einfluss auf den Alltag haben. Häufige Symptome sind Fatigue, Atemnot, kognitive Einschränkungen sowie eine eingeschränkte körperliche Belastbarkeit. Zur Verbesserung der Versorgung der Betroffenen hat die Rentenversicherung gemeinsam mit der Unfallversicherung ein Eckpunktepapier veröffentlicht, das die Notwendigkeit zur interdisziplinären Versorgung in Ergänzung zum multimodalen und -professionellen Ansatz in der Rehabilitation betont. Anerkannt für die Behandlung sind Fachabteilungen für Pneumologie, Kardiologie, Psychosomatik und Neurologie. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die medizinischen Rehabilitation bei PCS in Trägerschaft der DRV in den Jahren 2021 bis 2023 zu beschreiben. Als Basis dienten die Routine-Daten aus der Reha-Statistik-Datenbank.

Methoden

Es handelt sich um eine Querschnittsanalyse aller medizinischen Rehabilitationen bei Post- COVID-Syndrom, die zwischen 2021 und 2023 abgeschlossen wurden. Berücksichtigt wurden nur Rehabilitationen nach § 15 SGB VI, d.h. Rehabilitationen bei Personen, die sich im erwerbsfähigen Alter befinden und Ansprüche aus eigenen Beiträgen haben. Als Rehabilitationen bei PCS wurden Fälle gewertet, bei denen die ICD-Codes U08(.9), U09(.9)

oder U10(.9) als erste oder zweite Diagnose angegeben wurden. Berücksichtigt wurden zudem nur Fälle, bei denen keine Anschlussrehabilitation (AHB) durchgeführt wurde, da bei dieser Gruppe die Folgen der schweren Verläufe der Akutinfektion im Vordergrund stehen.

Ergebnisse

2021 wurden nach den o.g. Kriterien 7.771 medizinische Rehabilitationen durchgeführt. 2022 zeigte sich ein deutlicher Anstieg auf insgesamt 18.260 Fälle, 2023 kam es nur noch zu einer leichten Steigerung auf insgesamt 20.563 Rehabilitationen.

Im beobachteten Zeitraum lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg der in neurologischen und psychosomatischen Fachabteilungen behandelten Fällen erkennen (Neurologie: 8% in 2021 auf 19,5% in 2023, Psychosomatik (PS) von 9,9% auf 18,4%) Gleichzeitig kam es zu einer Abnahme der Fälle in pneumologischen Fachabteilungen von 61,6 % im Jahr 2021 auf 48,1 % im Jahr 2023).

Insgesamt wurden mehr Rehabilitationen bei Frauen als bei Männern durchgeführt, im Verlauf stieg der Anteil von 62 % Frauen im Jahr 2021 auf 66,4 % in 2023. Das Durchschnittsalter aller Fälle lag im Beobachtungszeitraum zwischen 50,6 und 51,9, wobei das weibliche Durchschnittsalter ca. ein Jahr geringer war.

Arbeitsunfähig bei Aufnahme waren 2021 57,3 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, 2023 waren es noch 50,6 %. Gleichzeitig kam es jedoch zu einem Anstieg der AU-Dauer pro Fall. 2021 waren 64 % der bei Aufnahme in die Rehabilitation arbeitsunfähigen Versicherten drei und mehr Monate arbeitsunfähig, 2023 lag dieser Anteil bei 78 %.

Das Leistungsvermögen der Versicherten wurde im Jahr 2021 auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt in 90,5 % der Fälle auf sechs Stunden und mehr eingeschätzt. 2023 lag dieser Anteil nur noch bei 80,4 %. Gleichzeitig ist eine Zunahme der Neuzugänge bei den Erwerbsminderungsrenten im Zusammenhang mit PCS zu beobachten. 2021 gab es lediglich 13 Fälle, 2022 1.000 und 2023 bereits 2.300 Neuzugänge.

Diskussion und Fazit

Das Post-COVID-Syndrom ist für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung weiterhin relevant, die Fallzahlen haben sich 2023 stabilisiert. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass die späteren Virusvarianten seltener PCS auslösen und die Impfung einen schützenden Effekt hat (Fernández-de-Las-Peñas, 2022; Watanabe, 2023). Der Anteil weiblicher Rehabilitandinnen ist höher, es ist bekannt, dass Frauen häufiger von PCS betroffen sind als Männer (Tsampasian, 2023). Etwa die Hälfte der Versicherten kommt arbeitsunfähig in die Rehabilitation, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit hat zugenommen. Unklar ist, zu welchem Zeitpunkt sich diese Betroffenen infiziert haben. Der Anteil derer, mit einem eingeschränkten oder aufgehobenen Leistungsvermögen nimmt zu, parallel dazu kommt es zu einem Anstieg der Neuzugänge bei den Erwerbsminderungsrenten. Die Rentenversicherung arbeitet kontinuierlich daran, die Versorgung zu verbessern und entwickelt neue Programme, um auch bei protrahierten Verläufen bei einer Rückkehr ins Erwerbsleben zu unterstützen.

Take-Home-Message

PCS ist weiterhin relevant in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung, der Anteil derer mit einem eingeschränkten Leistungsvermögen nimmt zu.

Literatur

Fernández-de-Las-Peñas, C., et al. (2022): Long-COVID Symptoms in Individuals Infected with Different SARS-CoV-2 Variants of Concern: A Systematic Review of the Literature. Viruses 14(12).

Tsampasian, V., et al. (2023): Risk Factors Associated With Post-COVID-19 Condition: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med 183(6): 566-580.

Watanabe, A., et al. (2023): Protective effect of COVID-19 vaccination against long COVID syndrome: A systematic review and meta-analysis. Vaccine 41(11): 1783-1790.

Post-Covid-19 Syndrom und subjektive Arbeitsfähigkeit 2 Jahre nach Akutinfektion mit SARS-Cov-2 – Ergebnisse der Long Covid Studie (EPILOC)

Stefanie Braig[1]; Raphael S. Peter[1]; Dietrich Rothenbacher[1], Alexandra Nieters[2]; Gerhard Kindle[2]; Uta Merle[3]; Hans-Georg Kräusslich[3]; Stefan O. Brockmann[4]; Siri Göpel[5]; Winfried V. Kern[6]

[1] Universität Ulm, [2] Universitätsklinikum Freiburg, [3] Universitätsklinikum Heidelberg, [4] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Stuttgart, [5] Universitätsklinikum Tübingen, [6] Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

Persistierende oder fluktuierende Beschwerden nach COVID-19 sind ein wesentliches Merkmal des Post-COVID-Syndroms (PCS), einschließlich Schwankungen im Schweregrad und plötzlichen Rückfällen. Dies wirkt sich auch auf die Arbeitsfähigkeit aus (Kerksieck et al., 2023). Ziel der Studie war die erneute Charakterisierung des PCS und der subjektiven Arbeitsfähigkeit 2 Jahre nach Akutinfektion.

Methoden

Die Basisuntersuchung umfasste Personen zwischen 18 und 65 Jahren, die zwischen 10/2020 und 04/2021 eine PCR-bestätigte SARS-CoV-2-Infektion in geographisch definierten Regionen in Baden-Württemberg hatten (Braig et al., 2024; Peter et al., 2022). Die Basisuntersuchung erfolgte 6-12 Monate nach der initialen Infektion, die Folgeerhebung etwa 2 Jahre im Anschluss an die Infektion. Für diese Analyse wurden Personen eingeschlossen, die vor der Indexinfektion unter eine mögliche Versicherungspflicht bei der Deutschen Rentenversicherung fielen (n=5.473). Soziodemographische Informationen, Gesundheitsfaktoren sowie Charakteristika der Arbeitsumgebung wurden erfragt. Die subjektive Arbeitsfähigkeit wurde mit einer leicht modifizierten Kurzform des Work Ability Index erhoben (Ebener, Hasselhorn, 2019). Deskriptive Auswertungen und gemischte Modelle wurden berechnet.

Ergebnisse

Ein Rückgang der Symptome zwischen der Basisuntersuchung (6-12 Monate nach Akutinfektion) und der Folgeerhebung (circa 2 Jahre danach) zeigte sich bei den n=5.473 Teilnehmern bei schneller körperlicher Erschöpfung (38,2 versus 35,0 %) und Kurzatmigkeit (32,0 versus 28,3 %). Insbesondere aber reduzierten sich Geruchs- (22,7 versus 14,4%) und Geschmacksstörungen (18,2 versus 11,9 %). Ein Anstieg der Prävalenz zeigte sich hingegen für die Symptome Konzentrationsstörungen (33,3 versus 37,6 %) und Schlaflosigkeit (27,7 versus 34,5 %). Bei den Symptomclustern Fatigue und Brustsymptome fanden wir zu beiden Zeitpunkten eine gleichbleibend hohe Prävalenz. Die Symptomcluster neurokognitive Beeinträchtigungen, Symptome von Angst/Depression und muskuloskeletale Symptome hatten sich zwischen den Erhebungszeitpunkten leicht erhöht.

Die wiedererlangte subjektive Arbeitsfähigkeit der Studienteilnehmer im Vergleich zu vor der Indexinfektion (mögliche Skala; 0-100 %) war 2 Jahre nach der initialen Infektion geringer als zur Basisuntersuchung (least square mean = 89,3 % (95 % Konfidenzintervall (KI) 88,9 % - 89,8 % 6-12 Monate nach Indexinfektion) versus 88,3 % 2 Jahre nach Indexinfektion, beide adjustiert für Alter und Geschlecht). Die subjektive Arbeitsfähigkeit bezogen auf die Anforderungen der geleisteten Arbeit reduzierte sich von 90,6 % (95 % KI 90,2 %-91,0 %) bei der ersten Erhebung auf 79,2 % 2 Jahre nach Indexinfektion. Probanden mit persistierendem PCS zum Zeitpunkt der Folgeerhebung hatten wesentlich niedrigere Werte als Probanden mit gebesserter oder fehlender Symptomatik (im Sinne PCS): 92,6 % (95 % KI 92,2 %-93,1 %) versus 64,8 % (95 % KI 64,1 %-65,5 %).

Die Verschlechterung der subjektiven Arbeitsfähigkeit bezogen auf die gestellten Anforderungen waren bei Probanden mit neurokognitiven Symptomen, Fatiguesymptomen, Symptomen von Angst/Depression (in abnehmender Reihenfolge) am bedeutendsten; die Modelle waren adjustiert für Alter, Geschlecht und sonstige Kovariablen. Eine weitere wichtige Determinante für die Verschlechterung der subjektiven Arbeitsfähigkeit zwischen den Erhebungszeitpunkten war eine bestehende mentale Erkrankung. Längerfristige Arbeitsunfähigkeit (4-12 Wochen oder >12 Wochen seit der Erstuntersuchung) oder eine Veränderung der Arbeitszeit aus gesundheitlichen Gründen wurden von 1,5 %, 1,3 % bzw. 5,3 % der Probanden berichtet.

Diskussion und Fazit

Trotz der nach wie vor hohen Symptomprävalenz 2 Jahre nach der SARS-CoV-2-Infektion bildeten sich die 6-12 Monate nach der Indexinfektion vorhandenen Symptome in einigen Gruppen zurück, andere Betroffene erlitten jedoch eine Verschlimmerung der Symptomatik. Die selbst eingeschätzte Arbeitsfähigkeit der Studienpopulation konnte den Zustand vor der Infektion nicht erreichen und steht auch unter Berücksichtigung des Alters in Zusammenhang mit bereits identifizierten Risikofaktoren.

Take-Home-Message

PCS stellt für die Arbeitswelt und die Rehabilitationsinfrastruktur eine Herausforderung dar, insbesondere, weil die Pathophysiologie der Symptomatik und deren langfristige Prognose noch nicht richtig verstanden ist und weiterer Forschung bedarf.

Literatur

Braig, S., Peter, R.S., Nieters, A., Kräusslich, H.-G., Brockmann, S.O., Göpel, S., Kindle, G., Merle, U., Steinacker, J.M., Kern, W.V., Rothenbacher, D. (2024): Post-COVID syndrome and work ability 9-12 months after a SARS-CoV-2 infection among over 9000 employees from the general population. IJID Reg 10, 67–74. https://doi.org/10.1016/j.ijregi.2023.11.015

Ebener, M., Hasselhorn, H. (2019): Validation of Short Measures of Work Ability for Research and Employee Surveys. Int J Environ Res Public Health 16, 3386. https://doi.org/10.3390/ijerph16183386

Kerksieck, P., Ballouz, T., Haile, S.R., Schumacher, C., Lacy, J., Domenghino, A., Fehr, J.S., Bauer, G.F., Dressel, H., Puhan, M.A., Menges, D. (2023): Post COVID-19 condition, work ability and occupational changes in a population-based cohort.

Lancet Reg Health Eur 31; 100671. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100671

Peter, R.S., 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 e071050. https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071050

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Post-COVID-Rehabilitationskonzept des Rehazentrums Oldenburg – Fragebogenergebnisse zum Gesundheitszustand der Post-COVID-Rehabilitand:innen und zur Zufriedenheit mit der Post-COVID-Rehabilitation

Sanny Witt[1]; Anna Völkel[1]; Anna Levke Brütt[1], Magnus Friepörtner[2]; Claas Unverferth[2]; Jörg Heimsoth[2]; Aike Hessel[3]; Natalie Schüz[3]

[1] Carl von Ossietzky Universität Oldenburg [2] Rehazentrum Oldenburg GmbH,
[3] Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Hintergrund und Zielstellung

Wenn nach einer SARS-CoV-2-Infektion auch nach 12 Wochen noch gesundheitliche Beschwerden auftreten, welche nicht durch eine andere Diagnose zu erklären sind, ist von einem Post-COVID-Syndrom (PCS) auszugehen. Hierfür wird eine Prävalenz von bis zu 30 Prozent angenommen (Negrini et al., 2022). Ist durch das PCS die Erwerbsfähigkeit gefährdet, ergibt sich ein Anspruch auf Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Das Rehazentrum Oldenburg hat ein Post- COVID- Rehabilitationskonzept entwickelt, wofür unter anderem die S1-Leitlinie Long- /Post-COVID der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) sowie das Eckpunktepapier der DRV berücksichtigt wurden. Ziel dieser Auswertung ist es, Fragebogenergebnisse zur Veränderung des Gesundheitszustands und zur Zufriedenheit mit dem Post-COVID-Rehabilitationskonzept zu beschreiben.

Methoden

Die Mixed-Methods-Studie Post-COVID-Reha besteht insgesamt aus zwei Erhebungsphasen, wobei nach Abschluss der ersten Erhebungsphase das Rehabilitations-konzept überarbeitet wird. Anschließend folgt die zweite Erhebungsphase. Leistungserbringer:innen, PCS-Betroffene, Kostenträger:innen und Forschung arbeiten während beider Erhebungsphasen gemeinsam daran, das Post- COVID-Rehabilitationskonzept weiterzuentwickeln.

Post-COVID-Betroffene, die eine Post-COVID-Rehabilitation im Rehazentrum Oldenburg absolvieren, konnten an der Studie teilnehmen. Die neurologische PCS-Rehabilitation im Rehazentrum Oldenburg dauert vier Wochen. Charakteristisch für das PCS- Rehabilitationskonzept sind der gemeinsame Rehabilitationsbeginn von in der Regel zehn PCS-Rehabilitand:innen, überwiegend gemeinsame Anwendungen und Therapien in der PCS-Gruppe, die interdisziplinäre Zusammenarbeit der PCS-Mitarbeitenden und feste Bezugstherapeut:innen. Die Rehabilitand:innen füllen schriftliche Fragebögen zu drei Messzeitpunkten (Rehabilitations-Anfang [T0], Rehabilitations-Ende [T1] und 6 Monate nach Rehabilitations-Ende [T2]) aus. Neben soziodemographischen Angaben und Fragen zur Erwerbssituation (subjektive Prognose der Erwerbssituation) wurden Fragen zum Gesundheitszustand (gesundheitsbezogene Lebensqualität [EQ-5D-5L], Beeinträchtigungen [IMET], Angst und Depression [PHQ-4], Fatigue [FSMC], Belastungsintoleranz [DSQ-PEM], Krankheitswahrnehmung [B-IPQ]) und zur Zufriedenheit mit der Rehabilitation gestellt. Die vorliegenden Daten der ersten Erhebungsphase wurden deskriptiv ausgewertet. Tests auf kurzfristige Effekte (T0–T1) bei verbundenen Stichproben (α=0,05) wurden auf Gruppenebene durchgeführt, um eventuelle Veränderungen über die Zeit darzustellen.

Ergebnisse

Mit Abschluss der ersten Erhebungsphase konnten mehr als 100 Personen eingeschlossen werden. Durchschnittlich sind die Rehabilitand:innen circa 50 Jahre alt und zu etwa zwei Drittel weiblich. Ein Großteil der Rehabilitand:innen leidet an einer schweren Fatigue und sieht eine schwere Gefährdung der Erwerbssituation.

Obwohl ein hohes Maß an Zufriedenheit berichtet wird – das Post- COVID- Rehabilitationskonzept wird von einem Großteil der Rehabilitand:innen als gut oder sehr gut bewertet, ergibt sich ein sehr heterogenes Bild hinsichtlich einer möglichen Veränderung des Gesundheitszustandes durch die Rehabilitation. Bei etwa der Hälfte der Rehabilitand:innen hat sich die subjektive Lebensqualität zwischen T0 und T1 verbessert, bei circa 30% hat sie sich verschlechtert und bei etwa 20% ist diese gleichgeblieben.

Diskussion und Fazit

Obwohl das Rehabilitationskonzept des Rehazentrums Oldenburg insgesamt gut bis sehr gut bewertet wird, ergibt sich ein sehr heterogenes Bild bezüglich einer Veränderung des Gesundheitszustandes durch die Rehabilitation. Dies könnte daran liegen, dass PCS- Rehabilitand:innen oft einen sehr labilen und schlechten Gesundheitszustand vor der Rehabilitation aufweisen und mit einer zu hohen Erwartungshaltung die Rehabilitation beginnen. Ebenso denkbar ist eine falsche Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit bei Bewilligung. Das Ausfüllen eines (Screening-)Instruments vor Rehabilitationsbeginn könnte helfen, diese Schwierigkeiten zu beheben, ebenso wie spezifischere Rehabilitationsangebote

(wie mehr (individuelle) psychologische Betreuung) für die Rehabilitand:innen, die beispielsweise aufgrund des Gesundheitszustandes nicht von einer Rehabilitation profitieren. Weitere explorative Analysen sind geplant, um Prädiktoren für den Rehabilitationserfolg zu bestimmen.

Take-Home-Message

Um den potentiellen Rehabilitationserfolg bei Post-COVID-Rehabilitand:innen zu steigern, könnte es notwendig sein den Rehabilitationszeitpunkt besser mit den Rehabilitand:innen abzustimmen und die Post-COVID-Rehabilitationskonzepte noch stärker an die spezifischen Bedürfnisse der Betroffenen anzupassen.

Literatur

Negrini, F., de Sire, A., Andrenelli, E., Lazzarini, S.G., Patrini, M., Ceravolo, M.G.; International Multiprofessional Steering Committee of Cochrane Rehabilitation REH-COVER action. Rehabilitation and COVID-19: update of the rapid living systematic review by Cochrane Rehabilitation Field as of December 31st, 2021: Eur J Phys Rehabil Med. 2022 Apr;58(2):328-331. doi: 10.23736/S1973-9087.22.07497-4. Epub 2022 Mar 4. PMID: 35244366; PMCID: PMC9980523.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Die Relevanz von Kontextfaktoren in der Vorhersage des rehabilitationsbezogenen Behandlungskonzepts von Jugendlichen

Gloria Metzner; Manuela Glattacker

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

Im biopsychosozialen Krankheitsmodells der ICF stellen (personen-/umweltbezogene) Kontextfaktoren eine zentrale Komponente in der Betrachtung des Gesundheitszustandes einer Person dar. Auch in Theoriemodellen zur Selbstregulation – einer wesentlichen Zieldimension der Reha - spielen Kontextfaktoren, wie z.B. soziale oder kulturelle Variablen oder persönliche Erfahrungen, eine wichtige Rolle im Bewältigungsprozess einer Erkrankung. Gemäß des Common-Sense-Modells beeinflussen sie die patient*innenseitigen Annahmen über die Erkrankung (Krankheitskonzept) und Behandlung (Behandlungskonzept) und damit die Kernelemente der krankheitsbezogenen Selbstregulation (Hagger, Orbell, 2022). Für das subjektive Krankheitskonzept weisen empirische Befunde auf die Relevanz von Kontextfaktoren wie Alter, Geschlecht, Erkrankungsdauer und Erfahrungen in der Vorhersage der patient*innenseitigen Krankheitsannahmen hin (Paterson et al., 1999; Heyduck et al., 2014). Dagegen ist zum Einfluss von Kontextfaktoren auf das subjektive Behandlungskonzept wenig bekannt, insbesondere im Hinblick auf die patient*innenseitigen Annahmen zur Reha und für Kinder und Jugendliche.

Ziel dieser explorativen Studie war es daher zu prüfen, inwiefern Kontextfaktoren zur Vorhersage der subjektiven rehabilitationsbezogenen Behandlungsannahmen von Jugendlichen beitragen.

Methoden

Die Stichprobe umfasste N=294 Jugendliche (M=14,2 Jahre, 55,8 % weiblich), die über 11 Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken gewonnen wurden. Die Teilnehmenden beantworteten vor Reha-Beginn einen Online-Fragebogen. Es wurden soziodemographische und krankheitsbezogene Variablen erfasst. Das rehabilitationsbezogene Behandlungskonzept wurde über 6 Skalen operationalisiert: Prozess-, Ergebnis- und Strukturerwartungen, Befürchtungen, Erwartungen an die eigene Rolle im Reha-Prozess und Emotionen im Hinblick auf die Reha. Es wurden lineare multiple hierarchische Regressionsanalysen berechnet. Die Diagnose (E66, J45, F90, M41, andere), die theoriegemäß den Selbstregulationsprozess auslöst, ging im ersten Block in die Regression ein. Als Kontextfaktoren gingen im zweiten Block die Variablen Alter, Geschlecht (weiblich, männlich) und Schulform (Haupt-, Real-, Gesamt-, Förder-, Berufsschule, Gymnasium, andere) und im dritten Block die Erkrankungsdauer (< 1 Jahr, 1-2 Jahre, 3-5 Jahre, 6- 10 Jahre, > 10 Jahre, „weiß nicht“) und Reha-Vorerfahrung (ja, nein) ein.

Ergebnisse

Die Diagnose leistete einen signifikanten ($p < .05$) Beitrag in der Vorhersage der Prozesserwartungen und der Erwartungen an die eigene Rolle. Jugendliche mit F90 Diagnose hatten höhere Prozesserwartungen und geringere Erwartungen an die eigene Rolle im Reha-Prozess als Jugendliche mit E66 Diagnose (Referenzgruppe). Jugendliche mit E66 Diagnose hatten ebenfalls höhere Erwartungen an die eigene Rolle als Jugendliche, die eine andere Diagnose als die vier Hauptgruppen aufwiesen.

Hinsichtlich der Kontextfaktoren zeigte sich, dass Mädchen jeweils signifikant höhere Prozess- und Strukturerwartungen sowie höhere Befürchtungen und ausgeprägtere Emotionen im Hinblick auf die Reha hatten als Jungen.

Im Vergleich zu Jugendlichen von Gymnasien (Referenzgruppe) hatten Hauptschüler*innen höhere Befürchtungen und Schüler*innen von Förderschulen zeigten höhere Strukturerwartungen und ausgeprägtere Emotionen.

Die Erkrankungsdauer leistete einen signifikanten Beitrag in der Vorhersage der Erwartungen der Jugendlichen an die eigene Rolle. Unterschiede in den Erwartungen schienen allerdings keinen ordinalen Bezug zur Erkrankungsdauer in Jahren zu haben. Einzig der Vergleich von Jugendlichen mit einer Erkrankungsdauer > 10 Jahren (Referenzgruppe) zu Jugendlichen, die nicht wussten wie lange ihre Erkrankung bereits besteht, wurde signifikant.

Jugendliche mit Reha-Vorerfahrung hatten signifikant höhere Erwartungen an die eigene Rolle im Reha-Prozess und weniger Befürchtungen als Jugendliche ohne Reha-Vorerfahrung.

Die Gesamtvarianzaufklärung lag zwischen 2,4 % und 8,8 %.

Diskussion und Fazit

Insgesamt zeigte sich, dass die Diagnose sowie die Kontextfaktoren Geschlecht, Schulform, Erkrankungsdauer und Reha-Vorerfahrung einen relevanten Beitrag zur Vorhersage der rehabilitationsbezogenen Behandlungsannahmen von Jugendlichen leisteten. Damit liefern die Ergebnisse erste empirische Hinweise darauf, dass Kontextfaktoren potentielle Einflussgrößen für das subjektive Behandlungskonzept und damit für den krankheitsbezogenen Selbstregulationsprozess darstellen. Da patient*innenseitige Krankheits- und Behandlungsannahmen mit reha-relevanten Outcomes assoziiert sind (z. B. psychisches Wohlbefinden) (von der Warth et al., 2022), sollte diesen unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren, wie bspw. Erfahrungen, mehr Aufmerksamkeit im Behandlungsprozess geschenkt werden.

Take-Home-Message

Die subjektiven rehabilitationsbezogenen Behandlungsannahmen von Jugendlichen unterschieden sich in Abhängigkeit von den Kontextfaktoren Geschlecht, Schulform, Erkrankungsdauer und Vorerfahrungen mit der Reha.

Literatur

Hagger, M. S., Orbell, S. (2022): The common sense model of illness self-regulation: a conceptual review and proposed extended model. Health Psychology Review, 16. 347-377.

Heyduck, K., Meffert, C., Glattacker, M. (2014): Illness and Treatment Perceptions of Patients with Chronic Low Back Pain: Characteristics and Relation to Individual, Disease and Interaction Variables. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 21. 267-281.

Paterson, J., Moss-Morris, R., Butler, S. J. (1999): The effect of illness experience and demographic factors on children's illness representations. Psychology and Health, 14. 117-129.

von der Warth, R., Nau, A., Rudolph, M., Bengel, J., Glattacker, M. (2022): Illness and treatment beliefs as predictors of rehabilitation outcome in patients with mental disorders. Journal of Psychosomatic Research, 155. 1-8.

Evaluation des Projekts „Starke Geschwister!“ - Unterstützungsangebote für gesunde Geschwister chronisch kranker Kinder und Jugendlicher

Melanie Jagla-Franke[1]; Leonard Konstantin Kulisch[2]; Charlotte Sievert[3]; Marlen Förderer[4]; Kerstin Kowalewski[4]; Gabriele Helga Franke[5]; Christa Engelhardt-Lohrke[6]

[1] Hochschule Neubrandenburg, [2] Ruhr Universität Bochum,
[3] Städtisches Klinikum Karlsruhe, [4] Institut für Sozialmedizin in der Pädiatrie Augsburg,
[5] Hochschule Magdeburg-Stendal, [6] Elternhilfe krebskranker Kinder Leipzig e.V.

Hintergrund und Zielstellung

Gesunde Geschwister von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen müssen neben alltäglichen Anforderungen und typischen Entwicklungsaufgaben auch Belastungen bewältigen, die durch die Erkrankung des Geschwisters entstehen. Gelingt diese Anpassungsleistung nicht, können Belastungen bis hin zu psychischen Auffälligkeiten im Sinne internalisierender und externalisierender Probleme entstehen (Tröster, 1999; Vermaes et al., 2012).

Das Projekt “Starke Geschwister!“ hat die Unterstützung von gesunden Geschwistern zum Ziel. Die Präventionsangebote „Supporting Siblings“ (Kowalewski et al., 2017) und GeschwisterTREFF „Jetzt bin ich mal dran!“ (Spilger et al., 2015) wurden zwischen 2020 und 2023 an verschiedenen Standorten angeboten und evaluiert. Die Wirksamkeitsprüfung der Programme ist das Ziel dieser Studie.

Methoden

Supporting Siblings ist eine primärpräventive Intervention für gesunde Geschwister im Alter von acht bis 12 Jahren und soll die Stressbewältigungskompetenzen der Kinder und Jugendlichen sowie deren Sozialkompetenzen und deren Selbstwertgefühl fördern (Kowalewski et al., 2017). Das Programm GeschwisterTREFF „Jetzt bin ICH mal dran!“ (Spilger et al., 2015) kann bei Geschwistern im Alter von sieben bis 14 Jahre zum Einsatz kommen und soll die Resilienz der Kinder und Jugendlichen stärken, in dem sozial-emotionale Lebenskompetenzen, Bewältigungsstrategien und Ressourcen gefördert werden.

Zu Beginn, zum Ende und 12 Wochen nach Ende der Intervention wurden Ressourcen (FRKJ), Stressverarbeitung (SVF-KJ), Lebensqualität (KIDScreen) sowie Stärken und Schwächen (deutsche Version des SDQ) im Selbstbericht erfasst.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 148 Familien am Projekt „Starke Geschwister!“ teil. Die gesunden Geschwister wurden zwischen 2004 und 2014 geboren und waren im Mittel 10.6 (± 2.6) Jahre alt, 70% waren weiblich. 109 gesunde Geschwister nahmen an Präventionsangeboten teil und wurden dementsprechend der Interventionsgruppe (IG) zugeordnet.

Unterschiede zwischen IG und KG zeigten sich zum ersten Messzeitpunkt hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die IG wies einen signifikant höheren Mittelwert auf als die KG ($t(61) = 3.78$, $p < .001$, $d = 0.69$). Zum Follow up, 12 Wochen nach Ende der Intervention, wies die IG im Vergleich zur KG signifikant höhere Mittelwerte hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ($t(53) = 2.29$, $p < .026$, $d = 0.71$) und des Ressourcen-Werts ($t(53) = 2.080$, $p < .042$, $d = 0.63$) auf.

In der IG zeigte sich vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt eine Reduktion des Gesamtproblemwertes (SDQ: $t(27) = 2.823$, $p < .004$, $d = 0.53$). Zwischen erstem Messzeitpunkt und Follow up zeigten sich deutlichere Ergebnisse in erwarteter Richtung. Statistisch signifikante Verbesserungen waren auf den Skalen SDQ-Gesamtproblemwert ($t(22) = 3.619$, $p < .001$, $d = 0.60$), Ressourcen ($t(41) = -3.036$, $p < .002$, $d = -0.47$), Gesundheitsbezogene Lebensqualität ($t(42) = -2.093$, $p < .021$, $d = -0.32$), Negative Stressverarbeitung ($t(45) = 1.883$, $p < .033$, $d = -0.28$) und Emotionsregulierende Stressverarbeitung ($t(44) = 1.701$, $p < .048$, $d = -0.25$) zu verzeichnen.

Diskussion und Fazit

Das Aufwachsen mit einem chronisch kranken Geschwister kann für die gesunden Geschwister herausfordernd sein und mit Belastungen einhergehen (Vermaes et al., 2012). Insgesamt zeigte sich in der Selbstbeurteilung der Geschwisterkinder, dass zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt, kaum bedeutsame Veränderungen sichtbar waren. Vom Zeitpunkt kurz vor der Intervention bis zum Follow up 12 Wochen nach der Intervention zeigten sich über fast alle Hauptskalen statistisch signifikante Veränderungen. Dieser Sleeper-Effekt lässt sich beispielsweise durch die allmähliche Anwendung des Gelernten im Alltag erklären. Einschränkend sind der geringe Stichprobenumfang und die Drop-out-Rate sowie, dass Risikofaktoren der Geschwister in der Auswertung nicht berücksichtigt wurden.

Take-Home-Message

Das Projekt „Starke Geschwister!“ zeigt insgesamt positive Effekte, vor allem zum dritten Messzeitpunkt. Von der Wirksamkeit der beiden Präventionsangebote (Supporting Siblings und GeschwisterTREFF) kann ausgegangen werden, daher sollten sie flächendeckend angeboten werden.

Literatur

Kowalewski, K., Spilger, T., Podeswik, A., Hampel, P. (2017): Praxishandbuch SuSi - Supporting Siblings (2. Auflage). Augsburg: Bundesverband Bunter Kreis.

Spilger, T., Podeswik, A., Hampel, P. (2017): Praxishandbuch SuSi - Supporting Siblings (2. Auflage). Bundesverband Bunter Kreis.

Tröster, H. (1999): Sind Geschwister behinderter oder chronisch kranker Kinder in ihrer Entwicklung gefährdet? Ein Überblick über den Stand der Forschung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 28, 101-107.

Vermaes, I.P.R., van Susante, A.M.J., van Bakel, H.J.A. (2012): Psychological functioning of siblings in families of children with chronic health conditions: A meta-analysis. Journal of Pediatric Psychology, 37. 166-184.

Förderung: Aktion Mensch Stiftung, Auridis Stiftung

Evaluation eines ambulanten Rehabilitationsprogramms für Kinder und Jugendliche mit Adipositas: Interviews mit therapeutischem Fachpersonal

Judith Stumm; Lucie Schröder; Laura Klüpfel; Sandra Fahrenkrog

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (KiJu) befindet sich, wenn auch stabilisiert, noch immer auf einem hohen Niveau. In Deutschland werden 15,4% der KiJu zwischen 3 und 17 Jahren als übergewichtig, 5,9% als adipös und 1% als schwer adipös begriffen (Schienkiewitz et al. 2018). Insbesondere durch die Covid- 19- Pandemie -mit den durch den Lockdown einhergehenden Einschränkungen- wurden die Auswirkungen des adipogenen Umfelds der Familien verstärkt (Böttcher et al. 2023; Browne et al. 2021).

Durch das Flexirentengesetzes wurde die Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (KiJu) erheblich gestärkt; u. a. besteht seitdem die Möglichkeit, eine ambulante Rehabilitations-maßnahme in Anspruch zu nehmen. Wichtiger Bestandteil der ambulanten Rehabilitation, insbesondere bei KiJu mit Übergewicht und Adipositas sind die direkte Integration des Erlernten in den Alltag sowie die Einbeziehung der Eltern.

Im Rahmen eines durch die Deutsche Rentenversicherung Bund geförderten Projektes wird die ambulante Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (KiJu) mit Übergewicht und Adipositas in vier Rehazentren aus Deutschland hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, Optimierungsmöglichkeiten und der Zufriedenheit der Teilnehmer*innen evaluiert.

Methoden

Die Evaluation erfolgt in einem mixed-methods Design. Unter anderem wurden in einer Prozessevaluation leitfadengestützte Telefoninterviews mit dem medizinisch-therapeutischen Fachpersonal der ambulanten Rehazentren (n=19) und den Eltern der sich in der Rehabilitation befindenden KiJu (n=18) geführt. Außerdem wurden 5 Fokusgruppen mit KiJu (n=28), die an dem ambulanten Rehabilitationsprogramm teilnehmen, durchgeführt. Die Interviews bzw. Fokusgruppen wurden audiodigital aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch mit der Frameworkanalyse (Gale et al. 2013) ausgewertet.

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt der Abstracteinreichung liegen zunächst ausschließlich Ergebnisse der Interviews mit dem medizinischen therapeutischen Fachpersonal vor.

Die Beschreibung der Rehaerfolge äußert sich in den Interviews sehr heterogen, von kleinen Veränderungen wie z. B. das Mitnehmen einer Brotdose in die Schule, bis hin zu größeren Umstellungen des Bewegungs- und Ernährungsverhalten und einem gestärkten Selbstbewusstsein. Eine Gewichtsreduktion steht dabei nicht im Vordergrund, jedoch wird diese wiederholt thematisiert und schließlich auch als Erfolg benannt. Die Nachhaltigkeit des Transfers von Gelerntem in den Alltag der KiJu wird jedoch kritisch betrachtet. Dabei sei die Umsetzung gelernter Inhalte laut den interviewten Mitarbeiter*innen zu einem großen Anteil abhängig von der Beteiligung der Eltern in dem gesamten Prozess.

Kritik an den Eltern sowie Schuldzuweisungen in Bezug auf ihre vermeintlich fehlende Vorbildfunktion wird in den Interviews deutlich.

Der geringe Bekanntheitsgrad von ambulanten Rehaprogrammen für KiJu mit Adipositas sowie die zurückhaltende Übermittlung von KiJu mit Adipositas durch Kinder- und Jugendärzt*innen – trotz expliziter Bewerbung und intensiver Netzwerkarbeit - bereitet den Interviewten Sorge.

Diskussion und Fazit

Die berichteten Ziele und Erfolgsparameter des ambulanten Rehaprogramms lassen sich aus den Interviews nicht einheitlich ableiten und weisen eine hohe Heterogenität auf, die möglicherweise abhängig von der jeweiligen interviewten Fachgruppe ist. Die Kritik an den Eltern der sich in der Rehabilitation befindenden KiJu nimmt sehr viel Raum in beinahe allen Interviews ein. Individuelle Lebensumstände sowie das (Nicht-)Vorhandensein von Ressourcen werden durch das Fachpersonal kaum berücksichtigt. Auch in diesem Zusammenhang sollten die übergreifenden Ziele der ambulanten Rehabilitation im Kontext mit der therapeutischen Zielsetzung im Alltag betrachtet und an die Familien kommuniziert werden. Die teilweise relativ geringe Teilnehmer*innenzahl an dem ambulanten Rehabilitationsprogramm sowie der geringe Bekanntheitsgrad bedingen sich gegenseitig und gehen vermutlich mit der kleinen Anzahl an ambulanten Rehabilitationszentren einher, die sich seit dem Flexirentengesetz in Deutschland etabliert haben.

Take-Home-Message

Ziele und Erfolgsfaktoren der ambulanten Reha sollten individuell betrachtet, transparent kommuniziert und die nachhaltige Übertragung des Gelernten in den Alltag bereits während der Durchführung der Reha thematisiert und angestrebt werden.

Literatur

Böttcher M, Sergeyev E, Stoltze A, Gesing J, Kaspar A, Stein R, (2023): u. a. Überblick über die ambulanten interdisziplinären Schulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland. Kinder- Jugendmed. 23(01):54–8.

Browne NT, Snethen JA, Greenberg CS, Frenn M, Kilanowski JF, Gance-Cleveland B, (2021): u. a. When Pandemics Collide: The Impact of COVID-19 on Childhood Obesity. J Pediatr Nurs. 56:90–8

Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. (2013): Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. BMC Med Res Methodol 2013;8.

Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Schaffrath Rosario A (2018): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1):16–23.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Reintegration krebskranker Kinder und Jugendlicher in Schule, Kindergarten und Ausbildung/Arbeit nach einer familienorientierten Rehabilitation

Laura Inhestern[1]; Corinna Bergelt[2]; Konstantin A. Krauth[3]

[1] Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, [2] Universitätsmedizin Greifswald, [3] Klinik Bad Oexen

Hintergrund und Zielstellung

Durch verbesserte Diagnosemethoden und Behandlungsstrategien überleben in den Industrieländern immer mehr Kinder eine Krebserkrankung (Kaatsch, 2010). Obwohl sich die meisten Überlebenden und Eltern nach dem Ende einer intensiven Phase der Behandlung gut anpassen (Sawyer et al., 2000, Ljungman et al., 2014), berichten einige Betroffene noch Jahre nach dem Ende der Behandlung über hohe psychosoziale Belastungen (Perez et al., 2023). Die familienorientierte Rehabilitation (FOR) wird durchgeführt, um den Behandlungserfolg langfristig zu sichern, aber auch um individuelle Rehabilitationsziele aller Familienmitglieder zu verfolgen. Das übergreifende Ziel von FOR besteht entsprechend darin, die Patient:innen, alle Familienmitglieder und die Familie als Einheit auf dem Weg zurück in ein möglichst selbst bestimmtes Leben mit bestmöglicher Teilhabe zu unterstützen. Dazu gehört es, die Teilhabe des Kindes und seine Reintegration in Kindergarten und Schule sowie die Funktionsfähigkeit der Eltern und ggf. ihre Wiedereingliederung in den Beruf zu sichern.

Zielstellung des Beitrags ist es, die Situation betroffener Familien hinsichtlich ihrer Teilhabe zu Beginn und zum Ende sowie 12 Monate nach Ende der FOR darzustellen. Im Fokus steht dabei die schulische Situation bzw. Kindergarten der betroffenen Kinder, die Arbeitssituation und Funktionsfähigkeit der Eltern zu beschreiben und Faktoren, die die Rückkehr in den Alltag beeinflussen zu präsentieren. Darüber hinaus wird der Beitrag durch Fallbeispiele aus der Praxis der FOR ergänzt und somit die Darstellung wissenschaftlicher Ergebnisse um die klinische Perspektive erweitert.

Methoden

Die Ergebnisse basieren auf einer mixed-methods Beobachtungsstudie mit drei Messzeitpunkten (vor der FOR, nach der FOR, 12 Monate nach der FOR). Studienteilnehmende waren Eltern (n=285) von Kindern, bei denen Leukämie oder ein Tumor des zentralen Nervensystems diagnostiziert wurde, und die an einer FOR teilnahmen. Neben

standardisierten Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität (ULQIE, KINDL-R) wurden selbstentwickelte Items zur Erfassung der Veränderungen in der beruflichen Situation der Eltern eingesetzt. Es wurden deskriptive Analysen, Gruppenvergleiche und multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Darüber hinaus wurden einmalig leitfadenbasierte Interviews mit n=40 Elternteilen durchgeführt und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse

Die Eltern berichten über Veränderungen ihrer Arbeitssituation (z. B. Reduzierung der Arbeitszeit) aufgrund der Diagnose ihres Kindes. Die elterliche Funktionsfähigkeit nimmt im Zeitverlauf zu. Die Leukämiediagnose des Kindes und eine kürzere Zeit seit dem Behandlungsende sind mit einer höheren Funktionsfähigkeit der Eltern ein Jahr nach FOR assoziiert. Die Eltern berichten über Schwierigkeiten in Bezug auf das Arbeitstempo des Kindes, die Konzentration, die Stressresistenz und das Einfühlungsvermögen. Die schul-/kindergartenbezogene Lebensqualität der Kinder ist niedriger als in der Allgemeinbevölkerung. Ein Jahr nach FOR sind die meisten Kinder wieder vollständig in die Schule/den Kindergarten integriert, teilweise mit Unterstützung (z. B. Integrationsassistent:in). In den quantitativen Analysen, wurden keine signifikanten Prädiktoren für die Wiedereingliederung der Kinder identifiziert. In den qualitativen Interviews wurden unterschiedliche förderliche und hinderliche Faktoren berichtet (z.B. strukturelle Unterstützung, soziale Unterstützung, Gesundheitszustand, intrapersonelle Aspekte). Die klinischen Fallbeispiele zeigen, wie Familien im Rahmen der FOR hinsichtlich der Rückkehr in den Alltag unterstützt werden können.

Diskussion und Fazit

Eltern und Kinder erleben große Veränderungen in ihrem Arbeits-/Schul-/Kindergartenleben. Ein Jahr nach FOR berichten die meisten Eltern von einer Wiedereingliederung ihrer Kinder, jedoch ist die schul-/kindergartenbezogene Lebensqualität der Kinder im Vergleich zu den Normwerten verringert. Auch nach der FOR könnten Familien von Kinderkrebsüberlebenden von psychosozialen und praktischen Unterstützungsangeboten profitieren, um die Familien bei der Wiedereingliederung in Arbeit/Schule/Kindergarten zu unterstützen.

Take-Home-Message

Krebserkrankte Kinder und ihre Familien erleben im Rahmen der Rückkehr in den Alltag nach Ende der Behandlung unterschiedliche Herausforderungen, bei deren Bewältigung die FOR eine Säule der Unterstützung darstellt.

Literatur

Kaatsch, P. (2010): Epidemiology of childhood cancer. Cancer Treat Rev. 36(4):277–85.

Ljungman, L., Cernvall, M., Grönqvist, H., Ljótsson, B., Ljungman, G., von Essen, L. (2014): Long-term positive and negative psychological late effects for parents of childhood cancer survivors: a systematic review. PLoS One. 9(7):e103340.

Perez, M.N., Madden, R.E., Zukin, H.N., Velazquez-Martin, B., Barakat, L.P. (2023): Psychosocial needs of pediatric cancer patients and their caregivers at end of treatment: Why psychosocial screening remains important. Pediatric Blood & Cancer, 70(9), e30540.

Sawyer, M., Antoniou, G., Toogood, I., Rice, M., Baghurst, P. (2000): Childhood cancer: a 4-year prospective study of the psychological adjustment of children and parents. J Pediatr Hematol Oncol. 22(3):214–20.

Förderung: Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung NRW

„Wie die Steuererklärung“ – Interviewstudie zu Barrieren bei der Beantragung einer Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Franziska Carow[1]; Hannes Banaschak[1]; Vera Kleineke[2]; Matthias Bethge[1]

[1] Universität zu Lübeck, [2] Deutsche Rentenversicherung Nord

Hintergrund und Zielstellung

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) möchte den Zugang und das Antragsverfahren zur medizinischen Rehabilitation erleichtern (DRV Bund, 2023). Im rehapro-Modellprojekt ZuKiJu „Barrieren im Zugang zu Kinder- und Jugendlichenrehabilitation (KJR) abbauen“ sollen daher in vier Interventionsbausteinen das Antragsformular vereinfacht sowie weitere Zugangsbarrieren überwunden werden. Ziel dieser Studie war es, aktuelle Barrieren im Antragsstellungsprozess aus der Perspektive von Eltern- und Fachpersonen zu identifizieren, um Handlungsempfehlungen für die konzeptionelle Ausgestaltung abzuleiten.

Methoden

In einer qualitativen Studie wurden von Juli bis Oktober 2024 kognitive Interviews mit Eltern chronisch erkrankter Kinder ohne Antragserfahrung (n=3) per Think-Aloud-Methode beim Ausfüllen des Antrags geführt. Darüber hinaus fokussierten leitfadengestützte Interviews Erfahrungen, die Eltern (n=9), Fachkräfte der DRV (n=5, beispielsweise Sachbearbeitung Kinder-Reha-Hotline), Sozialarbeitende (n=2) und Ärztinnen/Ärzte (n=3) im Rahmen der Antragstellung erlebten. In einer qualitativ-strukturierenden Inhaltsanalyse wurden aus den Interviews aller Teilnehmenden induktiv-kategoriebildend a) Barrieren im gesamten Antragsstellungsprozess und b) Barrieren in den Antragsformularen G0200 und G0612 identifiziert. Zu b) wurden zunächst alle Aussagen zu Formularbestandteilen identifiziert und den Abschnitten der Antragsformulare zugeordnet. Anschließend wurden die zugeordneten Interviewpassagen kategorisiert und in Barrieren und Handlungsempfehlungen geclustert.

Ergebnisse

Identifizierte Barrieren betreffen den gesamten Antragstellungsprozess. Außer DRV-Mitarbeitenden fehlten den befragten Personengruppen - teils grundlegende und für die Beantragung einer Rehabilitation notwendige - Informationen, beispielsweise zu Existenz oder Indikation der KJR. Zudem bestanden Informationsdefizite zur Zuständigkeit und Arbeitsweise der Leistungsträger, zu Rechten und Pflichten im Antragsprozess, zum (korrekten) Ausfüllen der Formulare und zur Einrichtungsauswahl. Eltern und DRV-Mitarbeitende berichteten zudem, die Nutzungsfreundlichkeit von Online-Antrag, existierenden Informationen und Formularen im Internet sei ausbaufähig. Eltern erlebten die

Antragstellung und den Rechercheaufwand als komplex und das fehlende Wissen um und die Auffindbarkeit von Informationen zu Zusatzleistungen (beispielsweise Verdienstausfallerstattung) und entsprechenden Formularen als hinderlich.

Insbesondere Eltern ohne Antragserfahrung berichteten spezifische Probleme beim Ausfüllen des Formulars G0200 (beispielsweise bezüglich Kopfzeile, Einwilligungserklärung). Schwierigkeiten waren komplexe Formulierungen, Unklarheiten zur adressierten Person und Unsicherheiten durch den syntaktischen Aufbau des Formulars. Beispielsweise führte das wiederholte Springen der Fragen zwischen Elternteil und Kind zu Verzögerung beim Ausfüllen. Im ärztlichen Befundbericht G0612 wurden die erfragten Informationen teils als zu umfangreich wahrgenommen. Ärztinnen/Ärzte berichteten von einer durch fehlende Informationen verursachten zeitaufwendigen Erfordernis der Rücksprache mit den Eltern. Vorschläge aller Teilnehmenden betrafen beispielsweise eine persönlichere Ansprache, das Zusammenfassen von Fragegruppen und das Ändern der Abschnittsreihenfolge.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse decken sich mit einer Publikation zu Barrieren der Reha-Inanspruchnahme, die u. a. Prozesskomplexität und fehlendes Wissen aufseiten von Zuweisenden und Eltern als Barrieren identifizierte (Jürgensen et al., 2017). Die Schlussfolgerung zur Notwendigkeit aufsuchender Informations- und Beratungsangebote für Eltern und Ärztinnen/Ärzte scheinen nach wie vor aktuell und auf weitere beratende Fachpersonen übertragbar. Zuweisenden sollten maßgebliche Informationen für eine reibungslose Antragstellung (beispielsweise zur Versorgungsleistung KJR und Trägerzuständigkeit) zugehend, niedrigschwellig, zeitsparend und regelmäßig kommuniziert werden. Eine strukturelle Verankerung in Aus- und Weiterbildung der antragsbeteiligten Fachdisziplinen könnte einen möglichen Lösungsansatz darstellen. Für alle Antragsbeteiligten sollten die Nutzungsfreundlichkeit der bestehenden Angebote und Formulare und, insbesondere für Eltern, die Auffindbarkeit dieser verbessert werden. Zusätzlich sollte die Kommunikation über ambulante und stationäre Versorgungsoptionen und Unterstützungsangebote (beispielsweise Beratungsangebote, Kinder-Reha-Hotline) bereits zum Zeitpunkt der gesicherten Diagnosestellung einer chronischen Erkrankung, beispielsweise als Routineversorgungsleistung, diskutiert werden.

Die Ergebnisse dieser Studie werden im Modellprojekt ZuKiJu nach dem MRC-Framework (Skivington et al., 2021) mit allen Projektbeteiligten geteilt und bei der Vereinfachung des Antragsformulars und der Ausgestaltung der Interventionsbausteine berücksichtigt.

Take-Home-Message

Hauptzugangsbarrieren der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation sind adressierbare Informations- und Kommunikationsdefizite auf allen Seiten; unsere Studie zeigt Handlungsbedarfe und Lösungsansätze auf.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2023): Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation. Gemeinsames Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.

Jürgensen, M., Großmann, N., Thyen, U. (Hrsg.) (2017): „Das würde ich gar nicht erst beantragen!“ – Barrieren der Inanspruchnahme einer Kinder- und Jugend-Rehabilitations-Maßnahme aus Sicht der Familien. Rehabilitation, 56(02), 109–118.

Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., 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, n2061.

Interessenkonflikt: Frau Vera Kleineke ist Umsetzungsberaterin für die Modellvorhaben im Rahmen des Förderprogramms rehapro bei der Deutschen Rentenversicherung Nord.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Rahmen des Förderprogrammes rehapro

Erfahrungen mit dem Wissenstransfer von Ergo- und Physiotherapeut:innen: eine qualitative Interviewstudie

Nicole Wimmesberger; Christoph Armbruster; Sebastian Voigt-Radloff; Erik Farin-Glattacker

Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

In der Rehabilitation sind therapeutische Berufe wie die Ergotherapie und Physiotherapie von zentraler Bedeutung. Ergo- und Physiotherapeut:innen müssen ihre Therapieentscheidungen basierend auf einer Kombination aus klinischer Erfahrung und der Nutzung von Forschungsergebnissen treffen, um ihre Patient:innen bzw. Klient:innen nach hohen Qualitätsstandards versorgen zu können (Canadian Institutes of Health Research, 2016; Hoffmann et al., 2017; Mangold, 2013). Trotz Forschungsfortschritten in der Ergo- und Physiotherapie verzögert sich die Umsetzung von Forschungsergebnissen in die klinische Praxis oft um bis zu 15 Jahre, was zu suboptimalen Behandlungsergebnissen bei den Klient:innen führen kann (Sussman et al., 2006). Um diese Lücke zwischen Forschung und Praxis zu schließen, sollte der Status quo des Wissenstransfers identifiziert werden. Ziel dieser Studie war es, die Strategien des Wissenstransfers und die diesbezüglichen Erfahrungen, Einflussfaktoren und Verbesserungsmöglichkeiten von Ergo- und Physiotherapeut:innen in ihrer täglichen Arbeit zu untersuchen.

Methoden

Innerhalb der WiTEP-Studie wurden 16 halbstrukturierte, leitfadengestützte telefonische Einzelinterviews mit Ergo- und Physiotherapeut:innen durchgeführt. Die Teilnehmenden wurden bundesweit in stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, sowie in Krankenhäusern und Praxen rekrutiert. Die Auswertung erfolgte mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz, Rädiker, 2022.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen eine Vielzahl von angewandten Wissenstransferstrategien der Therapeut:innen, wie Lehrmaterialien, Bildungsangebote, Austausch mit Kolleg:innen, Suchmaschinen und (soziale) Medien. Diese werden unterschiedlich häufig und zu unterschiedlichen Zeitpunkten genutzt. So werden beispielsweise Konferenzen eher selten besucht, während Suchmaschinen und (soziale) Medien regelmäßiger genutzt werden. Der Wissenstransfer findet bei den Therapeut:innen überwiegend außerhalb der Arbeitszeit statt und dient häufig dazu, sich über unbekannte Krankheitsbilder zu informieren und weitere Behandlungsansätze zu finden. Die angewandten Strategien des Wissenstransfers wurden hinsichtlich ihrer Effektivität/ Effizienz und inhaltlichen Qualität unterschiedlich bewertet: trotz potenzieller Unzulänglichkeiten einiger Wissenstransferstrategien, z.B. aufgrund fraglicher Evidenzbasierung von Fortbildungen, werden andere (z.B. Austausch) aufgrund ihrer Einfachheit und Effizienz als nützlich bewertet. Darüber hinaus wird der Wissenstransfer von

einer Reihe von Faktoren in Bezug auf Ressourcen, Kommunikation sowie organisatorische und individuelle Aspekte beeinflusst. Dabei wird der digitale gegenüber dem analogen Wissenstransfer bevorzugt. Von den Teilnehmenden wurden auch Verbesserungspotenziale in Bezug auf den Inhalt, den Zugang und das Angebot von Wissenstransfer(strategien) geäußert.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse ermöglichen ein vertieftes Verständnis des derzeit praktizierten Wissenstransfers von Therapeut:innen. Dies eröffnet zukünftig die Möglichkeit gezieltere Wissenstransferstrategien zu etablieren sowie die berufliche Entwicklung der Therapeut:innen und die Behandlungsergebnisse für Klient:innen zu optimieren.

Take-Home-Message

Ergo- und Physiotherapeut:innen erleben bei der Anwendung von Wissenstransferstrategien zahlreiche Herausforderungen, weshalb diese Strategien analysiert und verstanden werden müssen, um den Wissenstransfer in Zukunft effizienter und effektiver gestalten zu können.

Literatur

Canadian Institutes of Health Research. (2016, Januar 1): About knowledge translation. https://cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html

Hoffmann, T., Bennett, S., Mar, C. D. (2017): Evidence-Based Practice Across the Health Professions—E-pub (S. 1–470). 123Library. https://123library.org/book/245411/evidence-based-practice-across-the-health-professions-e-pub#page=16

Kuckartz, U., Rädiker, S. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung (5. Aufl.). Beltz Juventa.

Mangold, S. (2013): Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie: Reflektiert - systematisch - wissenschaftlich fundiert. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-40636-2

Sussman, S., Valente, T. W., Rohrbach, L. A., Skara, S., Ann Pentz, M. (2006): Translation in the Health Professions: Converting Science into Action. Evaluation & the Health Professions, 29(1), 7–32. https://doi.org/10.1177/0163278705284441

Fachkräfte der Sozialen Arbeit und ihre Rollen in der beruflichen Rehabilitation

Nadja Freymüller; Tobias Knoop; Harald Zellner; Cynthia Richter; Thorsten Meyer-Feil

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Soziale Arbeit ist Teil des interprofessionellen Reha-Teams in der beruflichen Rehabilitation (Freymüller et al., 2024). Bislang ist die Praxis der Fachkräfte der Sozialen Arbeit im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) jedoch wenig untersucht. Erste Erkenntnisse haben sich im Rahmen des Forschungsschwerpunktes Berufliche Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ergeben, in dem sich drei Projekte jeweils mit unterschiedlichen Aspekten der Sozialen Arbeit im Rahmen von LTA auseinandersetzen. Zu

diesen zählt das Projekt „Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation – Umgang mit Bedarfen der sozialen Sicherung, sozialen Unterstützung und persönlichen Entwicklung von Rehabilitand*innen (SABER)“, das u.a. die Identifikation von Rollen, die Fachkräfte der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation einnehmen, zum Ziel hat.

Methoden

Im Rahmen der qualitativen Hauptstudie des SABER-Projekts wurden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (k = 12) u.a. Leitfadeninterviews mit Fachkräften der Sozialen Arbeit (n = 20) und Rehabilitand*innen (n = 28) sowie Gruppendiskussionen (n = 11) geführt. Die Leitfäden umfassen inhaltliche Blöcke z.B. zu Aufgaben sowie Rollenverständnissen der Fachkräfte bzw. zum Reha-Verlauf aus Sicht der Rehabilitand*innen und ihren sozialen Bedürfnissen. Die Auswahl der Einrichtungen erfolgte zunächst orientiert am maximum-variation-Sampling (Patton, 2015). Samplingkriterien waren dabei die Einrichtungsform, -größe und -standort. Nach einer Erhebungspause wurden weitere Kriterien herangezogen, die basierend auf der ersten Auswertung der Daten entwickelt wurden (i.S. eines theoretischen Sampling, Patton, 2015). Die Auswertung war an den Kodierschritten der Grounded Theory (Corbin, Strauss, 1990) orientiert und durch die Rollentheorie Dahrendorfs (2006) informiert. Wichtige Aspekte sind bei dieser die Erwartungen anderer an Rolleninhaber*innen und die damit eingehenden Verhaltensvorschriften, die es zu erfüllen gilt. Derzeit läuft die dritte Erhebungsphase, in der drei weitere Einrichtungen eingeschlossen werden.

Ergebnisse

Fachkräfte der Sozialen Arbeit nehmen eine Vielfalt von Rollen gleichzeitig im Rahmen von LTA ein. Dazu zählt die Rolle des*der Fallverantwortlichen. Es geht hierbei vordergründig um die verantwortliche Steuerung des Reha-Prozesses und die Koordination der Teilnehmenden. Dies umfasst z.B. den regelmäßigen Austausch und Absprachen mit dem Kostenträger oder aber das Überwachen von Fehlzeiten. Die Erwartung, dass diese Rolle hauptsächlich von den Fachkräften der Sozialen Arbeit eingenommen wird, geht dabei nicht nur vom Reha-Team aus, sondern wird auch von Fachkräften selbst sowie von den Rehabilitand*innen geäußert. Flankierend dazu können die Fachkräfte zudem eine begleitende Rolle einnehmen und eine Art „soziale Infrastruktur“ vorhalten, die die Rehabilitand*innen jederzeit nutzen können. Im Rehabilitationsverlauf selbst können für Rehabilitand*innen kritische Situationen (z.B. durch finanzielle Probleme) auftreten. Diese werden von den Betroffenen als bedrohlich beschrieben und haben das Potenzial, den Abschluss der Maßnahme zu gefährden. Hierbei können die Fachkräfte als Unterstützer*innen fungieren. So sind sie im Reha-Team für Rehabilitand*innen primäre Ansprechpartner*innen und unterstützen z.B. bei sozialrechtlichen Themen und tragen so zur Entlastung der Rehabilitand*innen bei. Die Art der Ausübung der Unterstützer*innen-Rolle und der des*der Begleiters/Begleiterin im Reha-Prozess kann jedoch variieren. Einige Fachkräfte lehnten beispielsweise explizit ab, die Rehabilitand*innen zu „bemuttern“. Eine exemplarische Aufzählung der Rollen von Fachkräften der Sozialen Arbeit findet sich in Tab. 1.

Tab. 1: Exemplarische Rollen von Fachkräften der Sozialen Arbeit

Rolle	Rollenerwartungen
Fallverantwortliche	Koordination der Rehabilitand*innen Steuerung des Reha-Prozesses Moderation von Verlaufsgesprächen Austausch und Absprachen mit dem Kostenträger Kontrolle und Reaktion bei Abbruchsgefährdung Fehlzeitenmonitoring
Begleiter*in im Reha-Prozess	Kontinuierliche Begleitung im Reha-Prozess Rehabilitand*innen „im Blick haben" Proaktives Zugehen auf Rehabilitand*innen selbstinitiierte Inanspruchnahme jederzeit möglich („soziale Infrastruktur")
Unterstützer*in in Krisensituationen	Ansprechpartner*in bei Angelegenheiten des alltäglichen Lebens Unterstützer*in bei sozialrechtlichen Angelegenheiten Entlastung Fürsprecher*in für die Rehabilitand*innen
Vermittler*in von Konflikten	Mediator*in bei Konflikten zwischen Rehabilitand*innen Mediator*in bei Konflikten zwischen Rehabilitand*innen und Fachtrainer*innen

Diskussion und Fazit

Es konnten diverse Rollen, die Fachkräfte der Sozialen Arbeit im Rahmen beruflicher Rehabilitation ausüben, identifiziert werden. Diese sind anknüpfungsfähig, z.B. an Ergebnisse einer Schweizer Forscher*innengruppe, die die Wirkungsweise gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit untersucht und u.a. den Modus des „Begleitens" herausgearbeitet hat (Süsstrunk et al., 2024). Einschränkend ist jedoch herauszustellen, dass die sogenannten Fachkräfte der Sozialen Arbeit im SABER-Projekt nicht ausschließlich einen Studienabschluss in Sozialarbeit aufwiesen. In weitergehenden Auswertungen soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern die unterschiedlichen Ausbildungshintergründe das Einnehmen und Ausüben der Rollen beeinflussen.

Take-Home-Message

Fachkräfte der Sozialen Arbeit haben eine zentrale Bedeutung in der beruflichen Rehabilitation und zeichnen sich durch eine starke Orientierung an Rehabilitand*innen und die damit mutmaßlich in Verbindung stehende aufrechterhaltene Maßnahmenkontinuität aus.

Literatur

Corbin, J. M., Strauss, A. (1990): Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. In: Qualitative Sociology 13(1), 3–21.

Dahrendorf, R. (2006): Homo Sociologicus. Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle (16. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.

Freymüller, N., Knoop, T., Meyer-Feil, T. (2024): Social Work Practice and Outcomes in Rehabilitation: A Scoping Review. In: Frontiers in Rehabilitation Sciences.

Patton. M. Q. (2015): Qualitative Research & Evaluation Methods (4. Aufl.). Thousand Oaks: Sage Publications.

Süsstrunk, S., Solèr, M., Hess, N. (2024): Die Wirkungsweise Klinischer Sozialarbeit am Beispiel des Ausstattens mit Ressourcen. Ein Einblick im Kontext der Klinischen Rehabilitation. In: Klinische Sozialarbeit 20(2), 10-13.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Fortbildungs- und Unterstützungsbedarf bei klinisch tätigen Mitarbeitenden in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Mixed-Methods Studie

Machteld Luizink-Dogan[1]; Annett Salzwedel[1], Ulrike Haß[1]; Thorsten Meyer-Feil[2]; Julia-Marie Zimmer[2]; Heinz Völler[3]

[1] Universität Potsdam,[2] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,
[3] Klinik am See Reha-Fachklinik, Rüdersdorf, Universität Potsdam

Hintergrund und Zielstellung

Die medizinische Rehabilitation stellt auf Grundlage des biopsychosozialen Behandlungsansatzes besondere Anforderungen an die hier tätigen Angehörigen der Gesundheitsberufe (z.B. die interprofessionelle Zusammenarbeit im Team), auf die die Reha-Mitarbeitenden häufig nur unzureichend vorbereitet sind. Im Berufsalltag der Reha-Mitarbeitenden ist grundsätzlich ein hoher Bedarf an einer stärkeren Vermittlung von theoretischen und praktischen rehabilitationsbezogenen Inhalten vorhanden (Mau, Retznik, 2022). Die INFORM-Studie zielt daher darauf ab, den Bedarf an Fortbildungs- und Unterstützungsangeboten der klinisch tätigen Mitarbeitenden in der medizinischen Rehabilitation in Bezug auf rehabilitationsbezogene Kompetenzen und intra- sowie interprofessionelle Austauschmöglichkeiten zu eruieren.

Methoden

Die INFORM-Studie basiert auf einem Mixed-Methods-Design, bei dem sowohl explorativ qualitative (online-) Gruppendiskussionen und Einzelinterviews als auch ein quantitativer Online-Survey mit den klinisch tätigen Mitarbeitenden sowie den Klinikleitungen in der Rehabilitation durchgeführt wurden. Die qualitativen Erhebungen erfolgten zunächst mit den Angehörigen der jeweiligen Gesundheitsberufe, um die berufsspezifischen Bedarfe zu ermitteln. Anschließend wurden berufsübergreifende Gruppendiskussionen durchgeführt, um die gemeinsamen Bedarfe aus Sicht der jeweiligen Reha-Teams zu erfragen. Ergänzend wurden über Einzelinterviews die Perspektiven der ärztlichen und geschäftsführenden Leitungen miteinbezogen. Zur Verifizierung und Quantifizierung der qualitativen Ergebnisse, wurde abschließend ein auf den Ergebnissen der qualitativen Studienphase basierender, standardisierter Online-Survey erstellt, welcher über die Reha-Kliniken, Berufsverbände und Fachgesellschaften großflächig an Reha-Mitarbeitende zur Befragung gestreut wurde.

Ergebnisse

Insgesamt beteiligten sich 91 Reha-Mitarbeitende an 9 berufsgruppenspezifischen Gruppendiskussionen und 10 Einzelinterviews sowie 6 berufsgruppenübergreifenden Gruppendiskussionen. Zusätzlich wurden 3 ärztliche und 2 geschäftsführende Leitungen interviewt. In die Auswertung des Online-Surveys flossen schließlich die Fragebögen von 441 Reha-Mitarbeitenden verschiedener Berufsgruppen einschließlich der Klinikverwaltung ein.

Die Reha-Mitarbeitenden berichteten über wiederkehrende Herausforderungen in der Rehabilitationspraxis und bestätigten ein großes Interesse an der Vermittlung von rehabilitationsbezogenen Kompetenzen/Inhalten und einen Bedarf an intra- und

interprofessionellen Austauschmöglichkeiten. Beides wurde sowohl von den Reha- Mitarbeitenden als auch (ärztlichen /geschäftsführenden) Klinikleitungen als relevant für die Versorgungsqualität der Rehabilitand*innen angesehen. Zwar seien bereits verschiedene Informations- und Fortbildungsangebote vorhanden, diese würden jedoch nicht immer einen rehabilitationsspezifischen Bezug aufweisen. Sowohl die Reha-Mitarbeitenden als auch die Klinikleitungen sehen einen Bedarf an der Vermittlung von praxisnahen Themen wie sozialmedizinischen Grundlagen oder der Gesprächsführung mit Rehabilitand*innen.

Darüber hinaus fehlen laut Reha-Mitarbeitenden interprofessionelle Angebote, die das gemeinsame Lernen und die Kenntnis über die jeweiligen Kompetenzen der Berufsgruppen fördern. Hindernisse für die Inanspruchnahme seien ein beschränkter Zugang zu Angeboten (z.B. durch eine kostenpflichtige Mitgliedschaft in Fachgesellschaften/Berufsverbänden) sowie Kapazitätsgrenzen von Veranstaltungen. Eine hohe Arbeitsbelastung durch u.a. Personal- bzw. Zeitmangel mache es zudem den Reha-Mitarbeitenden oft schwer, die Angebote während der Arbeitszeit zu nutzen. Laut den Klinikleitungen sei die Angebotsnutzung externer Präsenzveranstaltungen insbesondere für (Allein-) Erziehende oft schwierig.

Hinsichtlich der Angebotsfinanzierung scheinen je nach Tätigkeitsbereich und Klinik(-organisation) unterschiedliche Budgets vorhanden zu sein. Klinikleitende berichteten eine generelle Offenheit gegenüber der finanziellen Unterstützung ihrer Mitarbeitenden, jedoch vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen auch von Fragen der Verteilungsgerechtigkeit. Für die Mitarbeitenden (insbesondere Berufseinsteiger*innen) gab es jedoch eine finanzielle Hürde, die Angebote zu nutzen, da nicht alle Angebote von der Klinikverwaltung finanziert wurden. Übereinstimmung bestand jedoch insgesamt darin, dass die Eigeninitiative der Mitarbeitenden die Angebotsnutzung fördert.

Trotz einiger Barrieren berichteten die Teilnehmenden mögliche Faktoren, die eine Inanspruchnahme von Angeboten erleichtern könnten, wie in etwa digitale Angebote. Während jedoch im Survey 78 % der Reha-Mitarbeitenden und 70 % der Klinikverwaltung ein Interesse an Online- Fortbildungen angaben, fanden beide Gruppen (39 % bzw. 40 %) Online- Selbstlernplattformen weniger interessant (Abb. 1). Bezüglich des Interesses an Online- Fortbildungen zeigten sich Unterschiede zwischen den jeweiligen Berufsgruppen (vgl. Abb. 2). Obwohl digitale Angebote laut den Teilnehmenden hinsichtlich der Flexibilität und Kostenersparnis von Vorteil seien, setzen diese eine technische Infrastruktur voraus, die laut Reha-Mitarbeitenden nicht in jeder Klinik/für jeden Tätigkeitsbereich gegeben ist. Hausinterne interprofessionelle Angebote erhielten eine hohe Zustimmung durch Reha- Mitarbeitende (76 %) und Klinikverwaltung (90 %) (Abb. 1). Diese könnten verhältnismäßig kostengünstig umgesetzt werden und würden somit den interprofessionellen Austausch sowie die gegenseitige Wertschätzung im Reha-Team fördern.

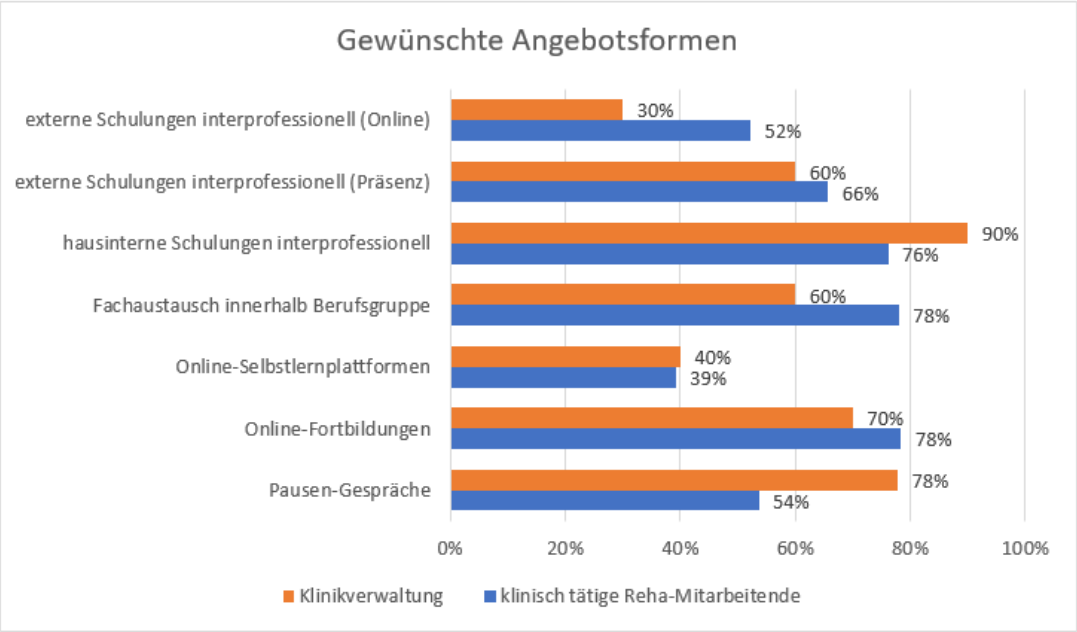


Abb. 1: Prozentuale Zustimmung zu möglichen Angebotsformen von Klinikverwaltung (n=10) versus klinisch tätige Reha-Mitarbeitende (n=431).

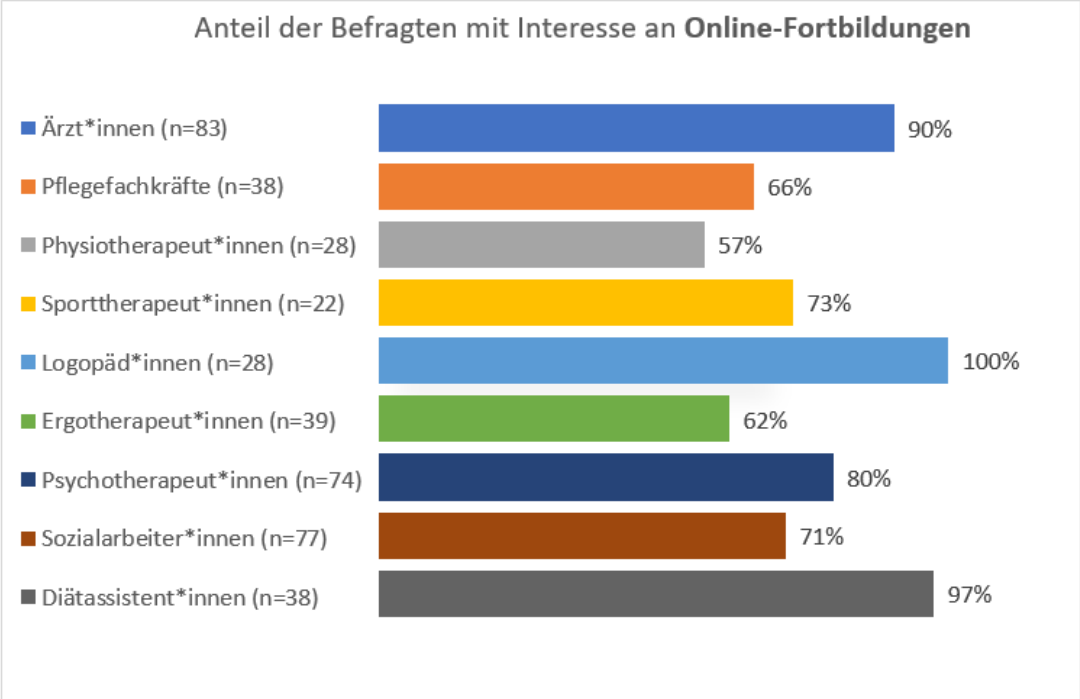


Abb. 2: Prozentuale Zustimmung zum Interesse an Online-Fortbildungen von klinisch tätigen Reha-Mitarbeitenden.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der INFORM-Studie zeigen den rehabilitationsspezifischen Fortbildungs- und Unterstützungsbedarf der klinisch tätigen Reha-Mitarbeitenden. Bisherige Angebote werden aufgrund verschiedener Barrieren nicht optimal genutzt. Die Angebotsnutzung ließe sich laut den Teilnehmenden durch rehabilitationsspezifischere, praxisnahe Themen sowie interprofessionelle und teils digitale Angebote steigern.

Take-Home-Message

Die Nutzung von Fortbildungs- und Unterstützungsangeboten durch Reha-Mitarbeitende ist aufgrund von u.a. Zugangsbarrieren und unspezifischen Inhalten eingeschränkt, weshalb es flexiblere (digitale), rehabilitationsspezifische und insbesondere interprofessionelle Angebote benötigt, die besser in den Berufsalltag der Reha-Mitarbeitenden integriert werden können.

Literatur

Mau, W., Retznik, L. (2022): Rehabilitation in der Ausbildung von Berufsgruppen des Reha- Teams in Deutschland. In: T. Meyer, J. Bengel, M.A. Wirtz (Hrsg.): Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften. Bern: Hogrefe. 103-112.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Rassismusbezogene Diskriminierung von Mitarbeitenden in deutschen Rehabilitationseinrichtungen: Eine Befragung von Führungskräften, Qualitätsbeauftragten und Beschwerdemanager*innen

Tuğba Aksakal; Fabian Erdsiek; Kübra Annaç; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska

Universität Witten/Herdecke

Hintergrund und Zielstellung

Rassismusbezogene Diskriminierungserfahrungen am Arbeitsplatz können das Wohlbefinden, die Arbeitszufriedenheit und die berufliche Entwicklung der Betroffenen erheblich beeinträchtigen und das Vertrauen in die Institution beeinflussen (Williams et al., 2019). Im deutschen Gesundheitswesen sind die Erfahrungen von Mitarbeitenden, die rassismusbezogene Diskriminierung erfahren, bisher nur wenig erforscht. Dies trifft insbesondere auf Rehabilitationseinrichtungen zu, wo die intensive Zusammenarbeit zwischen Fachpersonal, Patient*innen und Angehörigen spezifische soziale Heraus-forderungen bergen kann. Diese Studie adressiert diese Forschungslücke, indem sie das Ausmaß und die Art rassismusbezogener Diskriminierungserfahrungen von Mitarbeitenden in stationären Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland systematisch untersucht und bestehende Strukturen für Beschwerde- und Beratungsmöglichkeiten beschreibt. Ziel ist es, Ansatzpunkte für die Entwicklung gezielter präventiver und unterstützender Maßnahmen aufzuzeigen.

Methoden

Im Oktober und November 2024 wurden 1.322 stationäre Rehabilitationseinrichtungen per E- Mail zur Teilnahme an einer Online-Befragung eingeladen. Nach einer Erinnerung beteiligten sich insgesamt 140 Einrichtungen an der Umfrage. Die Befragung erfasste die Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen durch Vorgesetzte, Kolleg*innen, Patient*innen oder Angehörige und erfragte bestehende Strukturen zur Prävention und Bearbeitung solcher Vorfälle. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse

Von den Befragten waren 54,2 % als Führungskräfte, 23,6 % als Qualitätsbeauftragte und 13,9 % im Beschwerdemanagement tätig. Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede in der Häufigkeit rassismusbezogener Diskriminierungserfahrungen, abhängig davon, ob die Diskriminierung durch Vorgesetzte, Kolleg*innen, Patient*innen oder Angehörige ausgeht. 11,1 % der Befragten gaben an, dass Mitarbeitende Diskriminierung durch Vorgesetzte einmal im Jahr oder seltener meldeten, und 1,4 % berichteten über Meldungen mehrerer Fälle pro Jahr, während 86,1 % angaben, dass keine Meldungen über Diskriminierung durch Vorgesetzte vorlägen. Diskriminierung durch Kolleg*innen würde laut 29,2 % der Befragten einmal im Jahr oder seltener von Mitarbeitenden gemeldet, und 10 % berichteten von mehreren Meldungen pro Jahr, während etwa 60 % angaben, dass keine Meldungen vorlägen. Diskriminierung durch Patient*innen sei von Mitarbeitenden in 27,8 % der Einrichtungen einmal im Jahr oder seltener gemeldet worden und in ca. 20 % der Einrichtungen mehrmals pro Jahr, während 43,1 % der Befragten angaben, dass keine Meldungen hierzu vorlägen. Diskriminierung durch Angehörige sei von Mitarbeitenden in 16,7 % der Einrichtungen einmal im Jahr oder seltener gemeldet worden, in 15,3 % mehrmals pro Jahr und in etwa 3 % mehrmals pro Quartal, während 63,9 % der Befragten angaben, dass hierzu keine Meldungen vorlägen.

69,4 % der Befragten berichteten, dass ihre Einrichtungen Informationen über Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten mündlich, etwa über die Personalabteilung, weitergäben. 50% gaben an, dass schriftliche Informationen, z. B. in Handbüchern, bereitgestellt würden. 25% berichteten von Informationsangeboten durch Seminare, während 7 % angaben, dass keine Informationen zu Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten bereitgestellt würden. 11,1 % der Befragten gaben an, dass die Mitarbeitenden über den Ausgang einer Beschwerde nicht informiert würden.

Ein Drittel der Befragten berichtete, dass ihre Einrichtung regelmäßig die Zufriedenheit der Mitarbeitenden unter Berücksichtigung von Diskriminierungserfahrungen erheben würde. Ein weiteres Drittel gab an, dass es ein Meldesystem für Diskriminierungsvorfälle gäbe. 20,8 % der Befragten gaben an, dass in ihrer Einrichtung regelmäßig Schulungen zu kultureller Sensibilität und rassismusbezogenen Vorurteilen stattfänden. 12,5 % der Befragten nähmen rassismusbezogene Diskriminierung als bedeutendes Problem wahr und berichteten, dass diese Vorfälle in den letzten drei Jahren zugenommen hätten.

Zusätzlich hielten 57 % der Befragten Maßnahmen zur Prävention rassismusbezogener Diskriminierung für wichtig, aber nur 33,3 % sähen dafür ausreichende Ressourcen bereitgestellt. Ein großer Anteil (80,6 %) äußerte den Wunsch nach regelmäßigen Informationen zu Präventions- und Bewältigungsstrategien, etwa durch Leitlinien, Schulungen und Zugang zu aktuellen Forschungsergebnissen.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass rassismusbezogene Diskriminierungserfahrungen von Mitarbeitenden ein ernstzunehmendes Thema in Rehabilitationseinrichtungen darstellen, das verstärkte Präventionsmaßnahmen erfordert. Die bisherigen Strukturen zur Bearbeitung solcher Vorfälle variieren stark, und viele Befragte weisen auf fehlende Ressourcen für umfassende Schulungsangebote hin. Insbesondere der Wunsch nach zusätzlichen

Informationen und konkreten Präventionsstrategien deutet darauf hin, dass ein gezielter Ausbau von Unterstützungsangeboten für ein diskriminierungsfreies Arbeitsumfeld notwendig ist. Die Studie unterstreicht die Relevanz konsistenter Präventions- und Unterstützungsangebote, die rassismusbezogene Diskriminierungserfahrungen von Mitarbeitenden systematisch reduzieren können und gleichzeitig ein Umfeld schaffen, in dem Mitarbeitende nachhaltig gestärkt werden.

Take-Home-Message

Rassismusbezogene Diskriminierung von Mitarbeitenden bleibt eine zentrale Herausforderung in Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland; konsistente Präventionsstrategien und klare Beschwerdeprozesse sind notwendig, um ein unterstützendes und gerechtes Arbeitsumfeld zu schaffen.

Literatur

Williams, D. R., Lawrence, J. A., Davis, B. A., Vu, C. (2019): Understanding how discrimination can affect health. Health services research, 54 Suppl 2, 1374–1388.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Vorbereitung auf die Zusammenarbeit im Reha-Team: Konzeption einer interprofessionellen Lehrveranstaltung für bis zu zehn Berufsgruppen

Julia-Marie Zimmer; Thorsten Meyer-Feil, Kathleen Rechlin; Laura Schmiljun

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Die medizinische Rehabilitation verfolgt einen multimodalen, interprofessionellen Ansatz. Klinisch tätige Reha-Mitarbeitende berichten jedoch von unzureichender Vorbereitung auf die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Rehabilitation (Haß et al., 2024). Daher sind rehabilitationsbezogene interprofessionelle Lehrangebote (Reha-IPL) relevant für die Ausbildung des Nachwuchses. Bisher fehlt jedoch ein Konzept für bis zu zehn Berufsgruppen. Auf Grundlage der Erfahrungen bisheriger Reha-IPL sowie der Perspektiven klinisch Tätiger und Lehrverantwortlicher soll ein neues Konzept einer Lehrveranstaltung für mehr Berufsgruppen entwickelt werden.

Methoden

Um Bedarfe, Themen und Hindernisse für eine Reha-IPL herauszufinden, wurden leitfadengestützte Expert*inneninterviews durchgeführt (Zimmer et. al., 2024). Die Ergebnisse dieser Befragung sowie der Lehrevaluationen der bisher durchgeführten Reha-IPL (Retznik et al., 2023) dienten als Grundlage für die Konzeption einer erweiterten Reha-IPL.

Im ersten Schritt wurden Gespräche mit Lehrverantwortlichen für eine potentielle Einbindung ihrer Fachbereiche in die Reha-IPL geführt (Ergotherapie, Logopädie, Sprechwissenschaften, Ernährungswissenschaften, Psychotherapie, Soziale Arbeit und Sportwissenschaften). Mit

der Humanmedizin, (Evidenzbasierte) Pflege und Physiotherapie bestehen durch die Vorgänger-IPL schon Kooperationen.

Als nächstes erfolgte eine lernzielorientierte didaktische Konzeption, welche mit einer IPL- Dozentin geprüft und angepasst wurde. Im weiteren Verlauf wird gemäß einem partizipativen Ansatz das Konzept mit den Lehrenden der anderen Berufsgruppen abgestimmt und deren fachliche Expertise in die Gestaltung des Lehrmaterials einbezogen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Expert*inneninterviews verwiesen auf eine große Bedeutung eines frühzeitigen Kennenlernens der Berufsgruppen des Reha-Teams und einer „gemeinsamen Sprache“ durch Modelle wie die ICF (Zimmer et al., 2024). Didaktisch wurde besonders die Arbeit in Kleingruppen und sowohl informeller als auch fallbezogener Austausch gewünscht.

Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Lehrevaluationen der bisherigen Reha-IPL (vgl. Tab. 1). Vermehrt wurde der Austausch mit den anderen Lernenden und der Einblick in deren Tätigkeiten gelobt sowie die Beteiligung weitere Berufsgruppen gewünscht. Inhaltlich gab es seitens der Pflege und Physiotherapie vereinzelt Kritik am bisherigen Thema „Entlassmanagement“, welches als eher ärztliche Aufgabe wahrgenommen wurde.

Tab. 1: Ausgewählte Freitextangaben aus Lehrevaluationen der Vorgänger-Reha-IPL, 2021-2024.

<table>
<tr><th>„Was hat Ihnen besonders gut gefallen?“</th><th>„Was sollte geändert werden?“</th></tr>
<tr><td>„Dass man einen Einblick in die Aufgaben der anderen Berufsgruppen bekommt. Dass man mal sieht, wie es eigentlich sein soll.“ (Pflegeschülerin, 2021)</td><td>„Falls umsetzbar, fände ich es spannend, wenn noch mehr Berufsgruppen daran teilnehmen könnten.“ (Physiotherapie-Auszubildende, 2023)</td></tr>
<tr><td>„überhaupt die Möglichkeit zu diesem interdisziplinären Austausch zu bekommen“ (Physiotherapie-Auszubildende, 2023)</td><td rowspan="2">„Die kostbare Zeit, die wir mit den anderen Professionen hier haben, hätte ich gerne noch mehr in Erfahrungs- und Meinungsaustausch bzw. Vorstellungen und Wünsche in der Gesundheitsversorgung verbracht“ (Medizin-Student, 2021)</td></tr>
<tr><td>„Rehabilitation als Thema, im klinischen Alltag wichtig und leider nicht oft genug besprochen. Super, dass es dazu nochmal die Möglichkeit gibt!“ (Medizin-Student, 2022)</td></tr>
</table>

Die Einbindung der verschiedenen Berufsgruppen in einer IPL traf bei allen angesprochenen Lehrverantwortlichen auf hohes Interesse bei wenig Vorerfahrungen mit interprofessionellen Lehrveranstaltungen.

Bei den Lernenden unterscheidet sich das Vorwissen hinsichtlich Rehabilitation je nach Fachrichtung stark. Herausforderungen liegen in starren Lehrplan-Vorgaben und unterschiedlichen Jahresplänen (Vorlesungszeit vs. Ferien/Praxiseinsätze Ausbildung vs. PJ- Tertiale), Erfahrungsständen sowie stark unterschiedlichen Teilnehmerzahlen pro Berufsgruppe.

Orientiert an den Ergebnissen der Expert*inneninterviews, der Lehrevaluation und den interprofessionellen Kompetenzen im NKLM 2.0 (Medizinischer Fakultätentag, 2021) sowie „Core Competencies for interprofessional practice“ (IPEC, 2023) sieht das neue Konzept einen umfangreichen Austausch und Erarbeitung von Aufgaben und Funktionen der jeweiligen Berufsgruppen in der Rehabilitation vor. Es werden Steckbriefe und Lehrfilme zu

jeder Berufsgruppe erstellt, um deren potentielle Abwesenheit für Reha-IPL auszugleichen. Weiterhin sollen in Kleingruppen Fallbeispiele aus der Neurologie, Onkologie und Kardiologie bearbeitet werden. So wird die Teamkommunikation hinsichtlich Informationsaustausch und gemeinsamer Entscheidungsfindung zu Reha- und Therapiezielen geübt.

Diskussion und Fazit

Ein großer Fokus wird auf das Kennenlernen der verschieden Berufsgruppen mit ihren jeweiligen Kompetenzen gelegt, damit für späteres Arbeiten die Rollenklarheit gestärkt wird. Da in der späteren Berufspraxis je nach Indikationsschwerpunkt / Behandlungskonzept die Zusammensetzung des Teams variiert, wird eine flexible Konzeption mit Fallbeispielen aus mehreren Fachbereichen angestrebt. Im Rahmen der Vorgespräche und organisatorischen Abstimmung zeigten sich starke Grenzen der Umsetzbarkeit aufgrund von Rahmenbedingungen der jeweiligen Fachrichtung, welche auch den möglichen Umfang und didaktische Methoden beeinflussen. Die partizipative interprofessionelle Konzeption gestaltet sich bei der Einbeziehung vieler Berufsgruppen als herausfordernd.

Im Sommersemester 2025 wird die Lehrveranstaltung in Kooperation mit dem Dorothea-Erxleben-Lernzentrum Halle pilotiert und evaluiert. Das erstellte Lehrmaterial und –Konzept wird zur Förderung des Transfers an weiteren Standorten über eine Lehrplattform (Reha-Wiki) zur Verfügung gestellt.

Take-Home-Message

Um die Realität in der Rehabilitation abzubilden und die interprofessionelle Kommunikation zu fördern, sind Reha-IPLs mit mehr als drei Berufsgruppen erforderlich, deren Planung ist jedoch didaktisch und organisatorisch herausfordernd.

Literatur

Haß, U., Luizink-Dogan, M., Zimmer, J.-M., Völler, H., Meyer-Feil, T., Salzwedel, A. (2024): „Die Reha steht und fällt mit dem Team“- Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht klinisch tätiger Reha-Mitarbeitender. In: DRV-Schriften (130), 153-155.

Interprofessional Education Collaborative (IPEC) (2023): IPEC Core Competencies for interprofessional collaborative practice: Version 3.
URL: https://www.ipecollaborative.org/core-competencies

Medizinischer Fakultätentag (2021): VII.3 Interprofessionelle Kompetenzen. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog 2.0. URL:
https://nklm.de/zend/objective/list/orderBy/@objectivePosition/studiengang/PF2/zeitsemester/2021/fachsemester/VIII.3.%20Interprofessionelle%20Kompetenzen/

Retznik, L., Haucke, E., Schmidt, E., Mau, W. (2023): „Dass man mal sieht, wie es eigentlich sein sollte.“ Konzeption, Pilotierung und Evaluation eines interprofessionellen rehabilitationsbezogenen Moduls für die Medizin, Pflege und Physiotherapie. Die Rehabilitation 62(3), 174-185.

Zimmer, J.-M., Rechlin, K., Retznik, L., Meyer-Feil, T. (2024): „Bewusstsein für die anderen Berufsgruppen schaffen“: Interprofessionelle rehabilitationsbezogene Lehre aus Sicht von Lehrverantwortlichen und Klinikern. In: DRV-Schriften (130), 150-152.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland, Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Einsatz von intelligenten Algorithmen bei der Analyse von Gutachtenbewertungen

Jörg Gehrke; Christian Wuchter-Czerwony; Silke Brüggemann

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Seit 2014 überprüft die Deutsche Rentenversicherung die Qualität sozialmedizinischer Gutachten durch ein bundesweites Peer-Review-Verfahren. Anhand von insgesamt 17 Prüffragen werden verschiedene Aspekte der Gutachtenqualität durch geschulte Ärztinnen und Ärzte, sogenannte Peers, graduiert erfasst. Abschließend wird beurteilt, inwieweit das im Gutachten festgestellte quantitative Leistungsvermögen nachvollziehbar ist. Im Rahmen der internen Qualitätssicherung des Verfahrens wird fortlaufend untersucht, welche Gutachtenmängel, operationalisiert über die einzelnen Prüffragen, Einfluss auf die Nachvollziehbarkeit des Gesamtgutachtens haben. In der Regel werden hierzu Regressionsverfahren nach dem allgemeinen linearen Modell eingesetzt. Mit diesem Verfahren können jedoch nur lineare Zusammenhänge aufgedeckt werden. Um zu prüfen, ob es auch nichtlineare Zusammenhänge zwischen den Gutachtenmängeln und der Nachvollziehbarkeit gibt, wurde in der vorliegenden Studie der Einsatz intelligenter Algorithmen wie Neuronaler Netze aus dem Bereich des Deep Learning für diese Fragestellung untersucht. Da es diesen Verfahren in der Vergangenheit an der Erklärbarkeit der Ergebnisse mangelte, wurde auch der Frage nachgegangen, inwieweit Methoden aus dem Bereich der Explainable Artificial Intelligence (XAI) ein nachvollziehbares und interpretierbares Verständnis der Modellberechnungen ermöglichen.

Methoden

Ein Neuronales Netz (Blackbox Modell) wurde mit den quantitativen Bewertungen von 7.054 Gutachten aus dem Peer-Review-Verfahren (Merkmale) trainiert. Zielvariable war die Bewertung der Gutachten hinsichtlich ihrer Nachvollziehbarkeit (supervised learning) in den drei Graduierungen „Nachvollziehbar (Grün)“, „Eingeschränkt nachvollziehbar (Gelb)“ und „Nicht-nachvollziehbar (Rot)“. Auf der gleichen Datenbasis wurde eine multinomiale Regression gerechnet. Die Vorhersagen beider Modelle zur Nachvollziehbarkeit für 1.764 Gutachtenbewertungen, die nicht Teil des Trainingsdatensatzes waren, wurden miteinander verglichen. Um die Vorhersagen des Neuronalen Netzes anhand der kodierten Merkmale erklären zu können, wurde LIME eingesetzt. Dieses KI-Tool liefert eine Post-hoc-Erklärung für eine einzelne Entscheidung, indem es die für die Vorhersage relevanten Merkmale aufzeigt. Die Post-hoc-Erklärungen von LIME wurden qualitativ auf ihren Erklärungsgehalt hin bewertet.

Ergebnisse

Als Maß für die Genauigkeit der beiden Klassifizierungsmodelle wurde der F1-Score verwendet (Harrison, 2021). Er stellt einen harmonischen Mittelwert aus Sensitivität und Spezifität dar und ist besonders dann nützlich, wenn die Zielkategorien unterschiedlich besetzt sind. Der Testdatensatz für den Vergleich der beiden Modelle setzte sich aus 1.198 Bewertungen der Kategorie „grün“ und 274 bzw. 292 Bewertungen der Kategorien „gelb“ und „rot“ zusammen. Unterschiede zeigten sich im F1-Score für die Kategorie „Gelb“ mit 26,7 % für das Neuronale Netz (NN) und 22,1 % für das Multinomiale Regressionsmodell (MR). Die F1-Score-Werte für die Kategorien „grün“ (NN: 87,7% vs. MR: 87,4%) und „rot“ (NN: 62,8% vs. MR: 61,7%) waren gleich. Das NN-Modell weist also in der Kategorie „Gelb“ eine höhere Klassifikationsgenauigkeit auf als das MR-Modell. Vergleichbar mit den Regressionsgewichten im MR-Modell liefert LIME im NN-Modell für jedes Testmuster eine Angabe, aufgrund welcher Merkmale eine Klassifikation vorgenommen wurde. Die Bedeutung des jeweiligen Merkmals für diese Einstufung wird durch Wahrscheinlichkeitswerte (0 bis 1) angegeben und konnte durch die qualitative Analyse der Daten im Zusammenhang mit den Peer-Bewertungen und dem Gutachten schlüssig nachvollzogen werden.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse beider Klassifikationsmodelle zeigen, dass die einzelnen Prüffragen nicht unabhängig von der abschließenden Bewertung der Nachvollziehbarkeit sind. Das neuronale Netz zeigt jedoch einen Vorteil gegenüber dem linearen Regressionsmodell bei der Klassifikation derjenigen Gutachten, die mit der Kategorie „Gelb“ als eingeschränkt nachvollziehbar bewertet wurden. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass in der Kategorie „Gelb“ vermehrt nichtlineare Zusammenhänge zwischen den Prüffragen und der Bewertung der Nachvollziehbarkeit bestehen. Im Peer Review-Verfahren für Erwerbsminderungsrenten ist dies die Antwortkategorie, bei der ein Peer subjektiv entscheiden muss, ob er Mängel in der Nachvollziehbarkeit des Gutachtens ausgleichen kann. Diese subjektive Sichtweise lässt sich mit neuronalen Netzen besser klassifizieren als mit linearen Modellen. Neuronale Netze eignen sich besonders für Analysen mit komplexen Zusammenhängen, die über lineare Beziehungen hinausgehen. Durch die Verwendung von LIME zur Erstellung von Post-hoc-Erklärungen werden die Vorhersagen der neuronalen Netze transparent und nachvollziehbar.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass neuronale Netze durch ihre Fähigkeit, komplexe und nicht-lineare Zusammenhänge abzubilden, besonders für die Analyse subjektiver Bewertungen im Peer-Review-Verfahren geeignet sind und dank LIME auch transparente Erklärungen ermöglichen.

Take-Home-Message

Neuronale Netze bieten im Peer-Review-Verfahren Vorteile bei der Klassifikation subjektiver Bewertungen und machen komplexe Zusammenhänge dank LIME nachvollziehbar und transparent.

Literatur

Harrison, M. (2021): Machine Learning. Dpunkt.Verlag GmbH. Heidelberg.

Recht auf Anwesenheit einer Vertrauensperson bei der Begutachtung

Felix Welti

Universität Kassel

Hintergrund und Zielstellung

Der Beitrag befasst sich mit dem Recht auf Anwesenheit einer Vertrauensperson bei einer sozialmedizinischen Begutachtung. Er baut auf einer neuen Entscheidung des Bundessozialgerichts auf, diskutiert deren Ergebnisse und prüft die Übertragbarkeit in die Rehabilitation.

Methoden

Das Thema wird mit rechtswissenschaftlichen Methoden analysiert. Hierzu werden Rechtsgrundlagen und Falllösung nach Wortlaut, Sinn und Zweck, systematischem Kontext und Entstehungsgeschichte betrachtet.

Ergebnisse

In der Entscheidung stand im Streit, ob bei einer gerichtlich angeordneten orthopädischen Begutachtung im Schwerbehindertenrecht im Rahmen eines Streits um den Grad der Behinderung (GdB) ein Recht der zu begutachtenden Person bestand, eine Vertrauensperson zur Begutachtung mitzubringen. Da die Gutachter die Begutachtung mit Anwesenheit der Vertrauensperson verweigerten, entschieden das Sozialgericht Osnabrück (17.12.2018, S 9 SB 124/17) und das LSG Niedersachsen-Bremen (11.11.2019, L 13 SB 4/19), dass der Kläger die Beweislast trage und die Beweiserhebung vereitelt habe. In der Revision hat das Bundessozialgericht die Entscheidung aufgehoben und an das LSG zurückverwiesen (BSG 27.10.2022, B 9 SB 1/20 R), da das LSG seine Amtsermittlungspflicht verletzt habe. Das BSG entschied, dass das Recht auf Mitnahme einer Begleitperson aus dem Recht auf ein faires Verfahren nach der Europäischen Menschenrechtskonvention folgt. Die Anordnung der Begutachtung sei ein Grundrechtseingriff, der nur verhältnismäßig erfolgen dürfe. Das Recht auf die Begleitperson folge auch aus dem Recht auf einen Beistand nach § 73 Abs. 7 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Dies gelte nicht unbeschränkt, sondern könne eingeschränkt werden, wenn es belastbare Anhaltspunkte gebe, dass die Anwesenheit der Begleitperson das Begutachtungsergebnis verfälsche. Die Entscheidung darüber sei vom Gericht zu treffen. Gegebenenfalls müsse der Gutachter im Gutachten ausführen, ob die Begleitperson Einfluss auf das Ergebnis gehabt habe.

Diskussion und Fazit

Der Entscheidung ist rechtlich zu folgen (ausführlich Welti, SGb 2023, 509; anders: Bultmann et.al. MedSach 2023, 217). Sie betont zu Recht die Grundrechte der Verfahrensbeteiligten. Sie ist auch auf das Verwaltungsverfahren der Rehabilitationsträger zu übertragen, das ebenso fair auszugestalten ist und in dem das Recht auf einen Beistand besteht (§ 13 SGB X). Weitere Gesichtspunkte folgen auch aus Artikel 12 und 13 UN-Behindertenrechtskonvention. Lösungen sind im Verfahren möglichst differenziert und konsensual zu finden.

In der Zukunft ist zu diskutieren, ob es Fälle und Fallgruppen gibt, in denen die Anwesenheit einer Begleitperson typischerweise den Begutachtungszweck gefährdet. Dies wird für standardisierte Tests diskutiert (Brockhaus, MedSach 2016, 49) und zum Teil pauschal für die psychiatrische Begutachtung angenommen (LSG Baden-Württemberg 23.9.2022, L 8 R 2664/21).

Take-Home-Message

Bei der sozialmedizinischen Begutachtung besteht grundsätzlich, aber nicht unbeschränkt das Recht auf eine Begleitperson als Beistand.

Literatur

Brockhaus, R., (2016): Zur Frage der Anwesenheit von Begleitpersonen in der Begutachtung aus psychologischer Sicht, Der medizinische Sachverständige (MedSach), 49-55

Bultmann, S., Brusis, S., Kurzweg, T., (2023): Anwesenheit Dritter bei der Begutachtung: Anmerkung zum BSG-Urteil vom 27.10.2022, Der medizinische Sachverständige (MedSach), 217

Welti, F., (2023): GdB/Begutachtung von Amts wegen/Recht auf Anwesenheit einer Vertrauensperson bei der Untersuchung/Mitwirkungspflicht/Pflicht des Gerichts zur Vornahme der noch möglichen Ermittlungen/Beweiserleichterung, BSG vom 27.10.2022, B 9 SB 1/20 R, Die Sozialgerichtsbarkeit (SGb), 509-511.

RehaCAT – Computer-adaptive Psychodiagnostik in somatischer Rehabilitation

Johannes Knauer; Alexandra Aurelia Portenhauser; Yannik Terhorst; Sandro Eiler; Harald Baumeister

Universität Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Die Weltgesundheitsorganisation sieht eine zuverlässige, umfangreiche und valide Diagnostik als grundlegende Voraussetzung zur Erfassung von Gesundheitsproblemen, damit zusammenhängenden Faktoren und daher ausschlaggebend für das Einleiten von bedarfsgerechten Behandlungsmaßnahmen (Baumeister, 2016). Vor dem Hintergrund von hoher psychischer Komorbidität in rehabilitativen Settings (Härter et al., 2007) sowie einem ganzheitlich rehabilitativen Ansatz ist dies besonders relevant. Zeit- und ortsunabhängige digitale Umsetzungen ermöglichen durch die Verwendung von computer-adaptiven Tests (CATs) eine ressourcensparende und ökonomische Diagnostik (Gorin et al., 2005). Der aktuelle Beitrag exploriert die vorläufigen Ergebnisse des Forschungsprojekts RehaCAT+ (Knauer et al., 2022).

Methoden

In der vorliegenden zweiarmigen pragmatischen cluster-randomisiert kontrollierten Studie wurde eine web-basierte computer-adaptive Testplattform zur Erst- und Verlaufsdiagnostik in kardiologischen und orthopädischen Einrichtungen implementiert und untersucht. Das

Diagnostiksystem RehaCAT erfasst eine Vielzahl von behandlungsrelevanten Gesundheitsdimensionen und wird zu verschiedenen Zeitpunkten der Rehabilitation durchlaufen. In der Studie wurde eine Basisversion mit einer Plusversion des Systems verglichen. Letztere erweitert das System um Handlungsempfehlungen, Dokumentationshilfen, Nachsorgeerinnerungen und Informationsmaterialien. Dazu wurden zwölf Rehabilitationskliniken randomisiert der Kontroll- (KG) oder Interventionsgruppe (IG) zugeordnet, wobei die KG die Basisversion und die IG die Plusversion des Testsystems erhielt. In diesem Beitrag wurde anhand von vorläufigen Routine-Daten die Ausschöpfungsraten in den Klinken sowie die Effektivität von Rehabilitation auf das primäre Outcome Depressivität nach einem rehabilitativen Aufenthalt untersucht und anschließend überprüft, ob sich der Effekt zwischen den beiden Gruppen (KG und IG) unterscheidet. Als sekundäre Outcomes dienten Angst, Zufriedenheit mit der Teilhabe an sozialen Rollen, Schmerzbeeinträchtigung, Fatigue, Schlaf, allgemeine körperliche und psychische Gesundheit, Selbstwirksamkeit, körperliche Funktionsfähigkeit sowie Alkoholkonsum.

Ergebnisse

Es haben insgesamt N = 25.523 Rehabilitand*innen das Testsystem in der Routine durchlaufen. Neben den Routinedaten wurde eine Substichprobe an mit erhöhter depressiver Symptomatik N = 912 betrachtet. Insgesamt zeigten sich Ausschöpfungsraten zwischen 21.47% und 77.75% zur Aufnahme. Über die Rehabilitation verringerte sich die mittlere Bearbeitungszeit signifikant von 22 Minuten (M = 21.74, SD = 8.79) zur Aufnahme bei der Entlassung auf 14 Minuten (M = 13.58, SD = 6.03). Hinsichtlich der depressiven Symptomatik zeigte sich eine signifikante Verbesserung im Laufe der Rehabilitation ($\beta 1 = -7.33$, $p < .001$). Auch für alle sekundären Outcomes, ausgenommen der Selbstwirksamkeit, konnten signifikante Verbesserungen im Verlauf der Rehabilitation festgestellt werden. Signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich der Effektivität von Rehabilitation in der Substichprobe bestehen lediglich für die sekundären Outcomes allgemeine psychische Gesundheit, körperliche Funktionsfähigkeit und Fatigue.

Diskussion und Fazit

Der Einsatz einer digitalen Diagnostik-Plattform in der Routineversorgung von rehabilitativen Einrichtungen zeigte sich als machbar. Ausschöpfungsraten wiesen eine große Variation zwischen verschiedenen Klinken auf. Insbesondere in Kliniken, in welchen das System flächendeckend in der Routine implementiert wurde, zeigte sich eine höhere Ausschöpfung. Der Vergleich der Outcomes zwischen Aufnahme und Entlassung bestätigen die Wirksamkeit eines rehabilitativen Aufenthalts. Gruppenunterschiede zwischen der Basisversion und der Plusversion konnten zum aktuellen Zeitpunkt nur vereinzelt gefunden werden. Digitale Konzepte bieten die Möglichkeit einer flächendeckenden und standardisierten Diagnostik, welche insbesondere vor dem Hintergrund von Qualitätssicherung und Nachsorge-Aspekten äußerst relevant sind.

Take-Home-Message

Ganzheitliche digitale Diagnostik hat das Potential den Alltag von Patient*innen und Personal in der Rehabilitation 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.

Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J., Wittchen, H.-U. (2007): Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. Psychotherapy and Psychosomatics, 76(6), 354–360. https://doi.org/10.1159/000107563

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. Applied Psychological Measurement, 29(6), 433–456.

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.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Validierung des Oxford Capability Questionnaire (OxCAP-MH) im Bereich der stationären psychiatrischen Rehabilitation

Markus Spletzer[1]; Agata Łaszewska[2]; Raphael Kessler[3]; Georg Spiel[1]; Judit Simon[2]

[1] pro mente Forschung, [2] Medizinische Universität Wien, [3] mental health reha-klinik

Hintergrund und Zielstellung

Der OxCAP-MH ist ein Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität basierend auf dem Capability-Ansatz. Capability-Wellbeing ist in jenem Ausmaß vorhanden, indem Personen frei sind, jene Dinge zu tun die sie in ihrem Leben schätzen (Sen, 1993). Damit erfasst der OxCAP-MH ein breiteres Spektrum der Lebensqualität als verbreitete Instrumente zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Der Fragebogen wurde aus dem Englischen übersetzt und in einem ambulanten sozialpsychiatrischen Setting erprobt. Dabei wurde zwei Faktoren, gesundheitsbezogenes Wohlbefinden und Capability-Wohlbefinden, gefunden. Das Instrument wies zudem gute psychometrisch Eigenschaften auf (Łaszewska et al., 2019). Aufgrund der vielversprechenden Ergebnisse soll das Instrument nun auch im Bereich der stationären psychiatrischen Rehabilitation validiert werden. Dabei soll überprüft werden, ob die Faktorenstruktur bestätigt werden kann und ob ein Informationsgewinn im Vergleich zu etablierten Instrumenten besteht. Insbesondere Unterschiede hinsichtlich der Änderungssensitivität des im Rahmen der Evaluation verpflichtend vorzugebenden EQ- 5D- 5L (EuroQol Group, 1990), sind von Interesse.

Methoden

Die Studie wurde im Rahmen einer Forschungskooperation mit der Abteilung für Gesundheitsökonomie der Medizinischen Universität Wien durchgeführt. Insgesamt nahmen N = 504 Rehabilitanden der mental health reha-klinik Klagenfurt an der Studie Teil. Diese durchliefen eine sechswöchige stationäre Rehabilitation. Von 369 Teilnehmer:innen lagen Daten zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung vor. Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer betrug 48 Jahre (SD = 11), 63 % waren weiblich. Die häufigsten Diagnosen waren affektive Störungen (F3, 63 %) und Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4, 32 %). Fünfundsiebzig Prozent der Teilnehmer:innen hatten zwei oder mehr Diagnosen.

Für die Studie wurden Daten zum Zweitpunkt Aufnahme und Entlassung herangezogen. Die Patienten füllten zu beiden Zeitpunkten den EQ-5D-5L, den OxCAP-MH sowie die Symptomcheckliste Mini SCL (Franke, 2017) aus.

Um die Faktorenstruktur zu bestätigen, wurde ein konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA) mittels dem R-Paket lavaan (Rossel, 2012) durchgeführt. Der Modell-Fit wurde anhand deskriptiver Fit-Indices bewertet. Die Messinvarianz wurde durch Multi-Gruppen CFAs untersucht.Dafür wurden schrittweise immer strengere Formen der Messinvarianz geprüft, indem Restriktionen in das Messmodell eingeführt wurden. Gängigen Leitlinien zu Folge wurde eine Veränderung des CFI (ΔCFI) < 0.01 als Hinweis auf die Messinvarianz betrachtet.

Die Änderungssensitivität wurde aus drei Blickwinkeln betrachtet. Erstens wurde untersucht, inwieweit sich klinisch relevante Änderungen in der Symptombelastung (Mini SCL) in den Wellbeing-Instrumenten abbilden. Zweitens wurde der standaridzed response mean (SRM) berechnet und drittens wurde untersucht wie viele Individuen eine Veränderung > +/- 0,5 Standardabweichungen zwischen Aufnahme und Entlassung aufweisen. Dabei wurden jeweils die Globalen Indexwerte der Instrumente verwendet.

Ergebnisse

Die Überprüfung des Messmodells ergab eine akzeptable Passung der zweifaktoriellen Lösung welche sich durch eine geringfügige Modifikation weiter verbesserte (CFI = 0.983; TLI = 0.980; RMSEA = 0.056; SRMR = 0.058). Die konfigurale, metrische und skalare Invarianz konnte für unterschiedliche Altersgruppen, hinsichtlich des Geschlechts und der Anzahl der Diagnosen angenommen werden.

Der OxCAP-MH zeigte eine höhere Änderungssensitivität als der EQ-5D-5L. Vierzig Prozent aller Patient:innen verbesserten sich im Gesamtscore, verglichen mit 25 % beim EQ-5D-5L-Index. Weiters zeigte sich, dass sich eine klinisch bedeutsame Änderung in der Symptombelastung im OxCAP-MH häufiger abbildete als im EQ-5D-5L. Von 91 Personen die Kategorie wechselten, zeigte sich bei 51 (56%) eine Änderung im OxCAP-MH und nur bei 39 (43%) im EQ-5D-5L. Weiters wies der OxCAP-MH einen höheren SRM als der EQ- 5D- 5L- Index auf.

Diskussion und Fazit

In der vorliegenden Studie wurde der OxCAP-MH in einem stationären psychiatrischen Reha-setting validiert. Die zweifaktorielle Struktur des Instrumentes konnte bestätigt werden. Der Erste Faktor wird als gesundheitsbezogenen Lebensqualität gedeutet, der zweite bildet

Capability-Lebensqualität ab. Der OxCAP-MH zeigte sich hinsichtlich verschiedener Kriterien als änderungssensitiver als der EQ-5D-5L. Dies könnte dadurch begründet sein, dass der OxCAP-MH spezifisch für die Gruppe von Personen mit Mental-Health-Problemen entwickelt wurde und durch die Berücksichtigung von Verwirklichungschancen einen breiteren Ausschnitt des Wohlbefindens erfasst.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der OxCAP-MH für die Evaluation stationären psychiatrischen Reha geeignet ist.

Literatur

EuroQol Group (1990): EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 16(3).199-208.

Franke, G. H. (2017): Mini-Symptom-Checklist (Mini-SCL). Göttingen: Hogrefe.

Łaszewska, A., Schwab, M., Leutner, E., Oberrauter, M., Spiel, G., Simon, J. (2019): Measuring broader wellbeing in mental health services: validity of the German language OxCAP-MH capability instrument. Quality of Life Research, 28. 2311-2323.

Rosseel, Y. (2012): lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. Journal of Statistical Software, 48(2). 1–36.

Sen, A. (1993): Capability and Well-Being. In: Nussbaum M. Sen A. (Hrsg.): The quality of life. Oxford: Clarendon Press. 30-66.

Warum bewerten Ärztinnen und Ärzte gutachterlich attestierte sozialmedizinische Leistungsbeurteilungen unterschiedlich?

Christian Wuchter-Czerwony; Jörg Gehrke

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die Beurteilung des Leistungsvermögens ist die zentrale Fragestellung sozialmedizinischer Gutachten. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) prüft seit 2014 die Qualität dieser Gutachten über ein bundesweites Peer Review-Verfahren. Wichtigstes Prüfkriterium ist dabei die Nachvollziehbarkeit des gutachterlich attestierten quantitativen Leistungsvermögens hinsichtlich des allgemeinen Arbeitsmarktes: In der sog. „Ampelfrage“ bewerten die Peers (= sozialmedizinisch geschulte Ärztinnen und Ärzte aller DRV-Träger), ob im Gutachten die entsprechende Argumentationskette a) nachvollziehbar („Grün“), b) lückenhaft, aber überbrückbar („Gelb“), oder c) unterbrochen und nicht überbrückbar („Rot“) ist.

Dabei ist von Bedeutung, dass Peers die Nachvollziehbarkeit der gutachterlich attestierten sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung wiederkehrend unterschiedlich bewerten (Strahl et al., 2016). Die konkreten Gründe für dieses unterschiedliche Bewertungsverhalten (= „Interrater-Reliabilität“) sind aktuell weitgehend unklar. Die „Interrater-Reliabilität“ wird im Verfahren jährlich durch die parallele Begutachtung von drei Gutachten durch alle Peers überprüft (sog. „Kalibrierungsgutachten“). Ziel dieser Studie ist es, durch die Analyse der

individuellen Peer-Bewertungen dieser Kalibrierungsgutachten Einblicke in deren Entscheidungsverhalten zu erhalten.

Methoden

Aus 2020 bis 2023 wurden die 7 Kalibrierungsgutachten ausgewählt, die hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung durch die Peers heterogen bewertet wurden. „Heterogenität“ ist wie folgt definiert: Im Gutachten wurde keine der o.g. Ampelkategorien „Grün“, “Gelb“ bzw. “Rot“ durch ≥60% der Peers vergeben. Peers die „Gelb“ oder „Rot“ bewerten sind aufgefordert, ihre Entscheidungen in Freitextkommentaren zu begründen. Diese wurden für jedes Gutachten qualitativ analysiert und als (sozial-)medizinische Mängelinhalte, vergleichend zwischen den Peer-Bewertungsgruppen (d.h. „Gelb“ vs. „Rot“), kategorisiert (Mayring, 2015, Wuchter-Czerwony et al., 2023).

Ergebnisse

Peers, die ein Gutachten mit „Rot“ bewerten, dokumentieren insgesamt mehr Mängelinhalte als Peers, die mit „Gelb“ bewerten (s. Tab. 1). Hinsichtlich der Häufigkeiten der einzelnen Mängelkategorien zeigen sich dabei wiederkehrend gutachtenspezifische Unterschiede: In Gutachten B2023 liegen beispielsweise für 63% der mit „Rot“ aber nur für 15% der mit „Gelb“ bewertenden Peers Mängel hinsichtlich der Diskussion der (offenen) Therapieoptionen vor.

Tab. 1: Häufigkeit der Mängelkategorien (Durchschnittswerte aller 7 Kalibrierungsgutachten)

A) Diagnose(n)-sicherung		B) Anamnese/ Befunderhebung		C) Funktions-bewertung		D) Diskussion (offener) Therapieoptionen		E) Diskrepante Befundbewertung durch Peer		F) Epikritische Würdigung Anamnese-/ Untersuchungs-daten	
Gelb	Rot	Gelb	Rot	Gelb	Rot	Gelb	Rot	Gelb	Rot	Gelb	Rot
12%	13%	26%	45%	10%	13%	13%	22%	5%	14%	13%	18%

Anzahl der Peers (in %) der Peergruppe, die das jeweilige Gutachten mit „Gelb“ bzw. „Rot“ bewertet hat / Peergruppengrößen pro Gutachten: B2023 „Gelb“ n=20 (G), „Rot“ n=16 (R); C2023 G=14, R=39; A2022 G=21, R=31; B2022 G=32, R=18; B2021 G=24, R=31; B2020 G=25; R=41; E2020 G=28; R=29

Diskussion und Fazit

Peers, die die gutachterlich attestierte Leistungsbeurteilung als nicht nachvollziehbar („Rot“) bewerten, dokumentieren insgesamt mehr (sozial-)medizinische Mängelinhalte als Peers, die die Leistungsbeurteilung im jeweiligen Gutachten noch als nachvollziehbar („Gelb“) einschätzen. Somit liegt die Vermutung nahe, dass Peers, die mit „Rot“ bewerten, die Anzahl der im Gutachten festgestellten Mängelaspekte wiederkehrend in der Summe als nicht akzeptabel wahrnehmen → individuelle Peer-Entscheidung „Überschreitung Schwellenwert Mängelsummation“ im Sinne „was zuviel ist, ist zuviel“. In einigen Gutachten scheint zudem für diese Peers das konkrete Vorliegen bzw. die empfundene Schwere eines einzelnen Mängelaspektes (mit-)entscheidend zu sein → individuelle Peer-Entscheidung „inhaltlicher Schwerpunktmangel“ im Sinne „also das geht so gar nicht“.

Diese Analyse gibt somit konkrete inhaltliche Einblicke warum Ärztinnen und Ärzte die Nachvollziehbarkeit einer gutachterlich attestierten Leistungsbeurteilung unterschiedlich bewerten. Für die aktuelle Praxis der sozialmedizinischen Begutachtung lassen sich aus den Ergebnissen der Studie zumindest zwei Schlussfolgerungen ziehen:

1.) Eine systematische Evaluation inwieweit die jeweilige (sozial-)medizinische Fall-

komplexität die gutachterliche Leistungsbeurteilung und deren Nachvollziehbarkeit beeinflussen, erscheint essenziell um divergierende individuelle ärztliche Entscheidungen inhaltlich weitergehend zu verstehen.
2.) Im Sinne der Gleichbehandlung von Versicherten bedarf es für den Begutachtungsprozess – neben sozialmedizinischen Leitlinien und entsprechenden Schulungsaktivitäten – weiterer Mechanismen, die individuelles Bewertungsverhalten standardisierend monitorieren. Die Ergebnisse dieser Studie bieten hinsichtlich beider Schlussfolgerungen konkrete inhaltliche (Forschungs-)Ansatzpunkte.

Take-Home-Message

Die individuell divergierende Wahrnehmung und Gewichtung von konkret definierbaren (sozial-)medizinischen Mängelinhalten in einem Gutachten führen dazu, dass Ärztinnen und Ärzte die gutachterlich attestierte sozialmedizinische Leistungsbeurteilung unterschiedlich bewerten.

Literatur

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Beltz Verlag.

Strahl, A., Gerlich, C., Wolf, HD, Gehrke, J., Müller-Garnn, A., Vogel, H. (2016): Qualitätssicherung in der Sozialmedizinischen Begutachtung durch Peer Review – ein Pilotprojekt der Deutschen Rentenversicherung. Das Gesundheitswesen, 78:156-160.

Wuchter-Czerwony, C., Rabura, M., Gehrke, J. (2023): Sozialmedizinische Gründe für die Nichtnachvollziehbarkeit der Beurteilungen des Leistungsvermögens in Erwerbsminderungsgutachten – Eine qualitative Analyse aus dem Peer Review-Verfahren 2021 der Deutschen Rentenversicherung. Das Gesundheitswesen, 85:787.

Anforderungen und psychische Belastungen von Beschäftigten der Sozialdienste der Rehabilitationskliniken in Deutschland: Ergebnisse einer Querschnittsbefragung 2024

Alfons Hollederer; Ines Dieckmännken

Universität Kassel

Hintergrund und Zielstellung

Aktuelle Gesundheitsreporte der Krankenkassen zeigen, dass die Sozial- und Gesundheitsberufe eine überproportional hohe Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen aufweisen. Dies betrifft insbesondere Mitarbeitende im stationären Gesundheitswesen, zu denen auch Sozialdienste zählen. Berufsbezogene psychische Belastungen können die Entwicklung von emotionaler Erschöpfung sowie Burnout zur Folge haben (Bakker, Demerouti, 2007). Die Sozialdienste stellen die soziale Beratung und Betreuung der Patienten und Patientinnen sicher und bieten persönliche, soziale, ökonomische, rechtliche und verwaltungsbezogene Unterstützungsmaßnahmen an (Dieckmännken, Hollederer, 2023). Weder die Arbeitsbedingungen der im Sozialdienst beschäftigten Personen noch ihre gesundheitliche Situation sind bisher ausreichend erforscht worden.

Methoden

Es wurde ein freiwilliger Online-Survey bei allen Sozialdiensten von 1.060 Standorten von Rehabilitationskliniken in Deutschland zu Anforderungen und psychischen Belastungen im Jahr 2024 durchgeführt. Die Datenbasis bildete das Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen des Statistischen Bundesamtes. Es nahmen insgesamt 334 Sozialdienste an der Befragung teil. Die Rücklaufquote betrug 31,5 %.

Die Messungen wurden mithilfe der deutschen Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ III) (Lincke et al. 2021) durchgeführt, der die Anforderung in Skalen zu (1) quantitativen Anforderungen, (2) emotionalen Anforderungen, (3) Emotionen verbergen und (4) Work-Privacy-Konflikte unterteilt.

Es erfolgte für jedes Item mithilfe der Referenzwerte aus der COPSOQ-Datenbank eine vergleichende Gegenüberstellung der Mittelwerte der Sozialdienste in den Rehabilitationskliniken mit der bislang erfassten a) Berufsgruppe Sozialarbeit/Sozialpädagogik sowie b) allen Berufen in Deutschland.

Ergebnisse

Mehr als ein Drittel der Interviewpersonen der 334 antwortenden Sozialdienste hatte die Leitung des Sozialdienstes inne. Es nahmen überwiegend weibliche Personen an der Befragung teil. Außerdem war mehr als die Hälfte der Befragten 45 Jahre oder älter. Der

Großteil der Befragten gab als eigene Berufsgruppe „Sozialarbeiter:innen/-pädagog:innen“ an. Rund die Hälfte arbeitete in Teilzeit.

Der Vergleich zwischen den Sozialdiensten der Rehabilitationskliniken und allen Berufen aus der COPSOQ-Datenbank zeigt, dass die Sozialdienste auf der einen Seite signifikant häufiger berufsbedingte emotionale Anforderungen sowie das Verbergen von Emotionen angeben. Auf der anderen Seite berichten die Sozialdienste der Rehabilitationskliniken signifikant seltener Work-Privacy-Konflikte. Die berufsbedingten quantitativen Anforderungen waren ähnlich hoch zwischen beiden Gruppen.

Ein Vergleich der Sozialdienste der Rehabilitationskliniken mit der übrigen Berufsgruppe Sozialarbeit/Sozialpädagogik aus der COPSOQ-Datenbank zeigt dagegen sowohl ähnliche berufsbedingte quantitative als auch emotionale Anforderungen. Die Analysen ergeben, dass Sozialdienste der Rehabilitationskliniken im Vergleich zur Berufsgruppe „Sozialarbeit/Sozialpädagogik“ seltener Work-Privacy-Konflikte bekunden.

Die Befragten der Sozialdienste der Rehabilitationskliniken berichteten leicht höhere Burnout-Symptome als alle Berufe. Innerhalb der Befragten der Sozialdienste der Rehabilitationskliniken wurde eine enge Assoziation zwischen der emotionalen Anforderung und Burnout-Symptomen als Beanspruchungsfolge ermittelt. Auch quantitative Anforderungen, das Verbergen von Emotionen und Work-Privacy-Konflikte korrelierten mit Burnout-Symptomen in den Sozialdiensten der Rehabilitationskliniken und die Korrelationen waren bei den Männern stärker als bei den Frauen.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse liefern wichtige Einblicke in die psychischen Belastungen und Beanspruchungen von Sozialdiensten der Rehabilitationskliniken in Deutschland. Die Analysen weisen auf besondere berufsbedingte emotionale Anforderungen und Erschöpfung an die Beschäftigten der Sozialdienste in Rehabilitationskliniken im Vergleich zu anderen Berufsgruppen hin. Das steht in Einklang mit früheren empirischen Befunden zur Gesundheit von Sozialarbeitenden im Vergleich zu anderen Berufsgruppen in Deutschland (Hollederer 2022, 2023). Die Auswertungen geben Hinweise für die Berücksichtigung bei Gefährdungsbeurteilungen. Die Identifikation von berufsbedingten emotionalen Anforderungen ist eine Voraussetzung für geeignete gesundheitsfördernde Maßnahmen im Betrieb.

Take-Home-Message

Die Studie ist von Relevanz für die Optimierung von Arbeitsbedingungen der Beschäftigten der Sozialdienste in Rehabilitationskliniken und zeigt besondere berufsbedingte emotionale Anforderungen im Vergleich zu anderen Berufen auf.

Literatur

Bakker, A. B., Demerouti, E. (2007): The Job Demands-Resources model: state of the art. Journal of Managerial Psychology, 22(3), 309–328. https://doi.org/10.1108/02683940710733115

Dieckmännken, I., Hollederer, A. (2023): Sozialmedizinische Aufgaben und Herausforderungen der Sozialdienste im stationären Gesundheitswesen. In: Gostomzyk,

J., Hollederer, A. (Ed.): Angewandte Sozialmedizin (43. Ergänzungslieferung). Landsberg a.L.: ecomed MEDIZIN, 1–15.

Lincke, H.-J, Vomstein, M., Lindner, A., Nolle, I., Häberle, N., Haug, A, Nübling, M. (2021): COPSOQ III in Germany: validation of a standard instrument to measure psychosocial factors at work. Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 16(1), 50. https://doi.org/10.1186/s12995-021-00331-1

Hollederer, A. (2022): Working conditions, health and exhaustion among social workers in Germany. European Journal of Social Work, 25(5), 792–803. https://doi.org/10.1080/13691457.2022.2063813

Hollederer, A. (2023). Wer leidet in der Sozialen Arbeit an Erschöpfung? Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. Soz Passagen (2023). https://doi.org/10.1007/s12592-023-00463-7

Förderung: Die Studie wurde finanziell unterstützt durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW).

Berufliche Resilienz von Beschäftigten als Schutzfaktor gegen Stresserleben und Burnout

Viktoria Arling; Veneta Slavchova; Jens Knispel

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

In der modernen Arbeitswelt stehen Beschäftigte unter hohem Druck, der ihre Leistung und mentale Gesundheit beeinträchtigen kann. Dauerhafter Stress kann psychische Erkrankungen wie Burnout begünstigen und damit einer langfristigen beruflichen Teilhabe entgegenstehen. Das schadet sowohl Betroffenen als auch Unternehmen.

In diesem Rahmen ist Resilienz als „psychische Widerstands- und Anpassungsfähigkeit“ ein wichtiger Schutzfaktor (Liu et al. 2020): Resilienz hilft dabei, die mentale Gesundheit von Beschäftigten zu schützen (vgl. Meta-Analyse von Hu et al., 2015).

Da das psychologische Konstrukt der Resilienz von Vielschichtigkeit geprägt ist, muss es multidimensional betrachtet werden. Mit ausdrücklicher Fokussierung auf die Arbeitswelt haben Knispel et al. (2024) ein 7-Säulen-Modell entwickelt, das sieben Facetten der beruflichen Resilienz umfasst: Optimismus, Akzeptanz, Lösungsorientierung, Selbstfürsorge, Netzwerkorientierung, Verantwortungsübernahme und Zukunftsplanung.

Ziel dieses Beitrages ist es, die Bedeutsamkeit dieser sieben Facetten der beruflichen Resilienz für Stresserleben und Burnout-Symptomatik von Beschäftigten zu untersuchen.

Fragestellung 1: Wie hängen die Facetten der beruflichen Resilienz mit dem subjektiven Stresserleben zusammen?

Fragestellung 2: Wie hängen die Facetten der beruflichen Resilienz mit Burnout-Symptomatik zusammen?

Methoden

An der Online-Befragung nahmen 235 berufstätige Personen teil (Geschlecht: 161 Frauen, 73 Männer, 1 diverse Personen; durchschnittliches Alter: 33.8 Jahre, SD = 13 Jahre).

Zur Beantwortung der Fragestellungen kamen valide Fragebögen zum Einsatz. Tab. 1 sind Skalierungen, Beispielitems und die Reliabilitäten aller Skalen zu entnehmen.

Tab. 1: Fragebögen, Beispielitems und Reliabilitäten der eingesetzten Instrumente

Fragebogen	Beispielitem	Cronbachs α
Berufliche Resilienz (RB-7-30; Knispel et al., 2024; Skalierung von 1 = ‚stimme überhaupt nicht zu' bis 6 =, stimme voll und ganz zu')		
Optimismus	Ich bin mir sicher, dass ich an beruflichen Krisen wachsen kann.	.83
Akzeptanz	Ich kann damit umgehen, dass ich nicht auf alles im Berufsleben einen Einfluss habe.	.86
Lösungsorientierung	Bei beruflichen Schwierigkeiten suche ich Lösungen aus mehreren Blickwinkeln.	.81
Selbstfürsorge	Ich höre auf meinen Körper und gönne ihm Ruhepausen vom Beruf.	.86
Netzwerkorientierung	Bei beruflichen Schwierigkeiten suche ich aktiv nach Unterstützung durch Kollegen.	.81
Verantwortungsübernahme	Wenn ich auf der Arbeit einen Fehler mache, übernehme ich dafür Verantwortung.	.85
Zukunftsorientierung	Ich habe klare berufliche Ziele, die ich verfolge.	.91
Stresserleben (Subskala Körperliche und psychische Stresssymptome vom Stress- und Coping-Inventar; Satow, 2012; Skalierung von 1 = „trifft nicht zu" bis 4 = „trifft genau zu")		
Stresssymptome	Ich schlafe schlecht.	.87
Burnout (Subskala Burnout vom Burnout-Mobbing-Inventar; Satow, 2013; Skalierung von 1 = „trifft nicht zu" bis 4 = „trifft genau zu")		
Burnout-Symptomatik	Ich fühle mich von meinen Aufgaben oft völlig überfordert und erschöpft.	.87

Zur Erfassung der sieben Facetten der beruflichen Resilienz (s.o.) kam die RB-7-30 zum Einsatz (Knispel et al., 2024). Das Stresserleben wurde mit der Subskala Körperliche und psychische Stresssymptome aus dem Stress- und Coping-Inventar (Satow, 2013) erhoben. Zur Erfassung der Burnout-Symptomatik wurde die Subskala Burnout aus dem Burnout-Mobbing-Inventar (Satow, 2013) verwendet.

Ergebnisse

Die Deskriptionen und Zusammenhänge zwischen der beruflichen Resilienz, dem Stresserleben und Burnout-Symptomatik sind in Tab. 2 abgetragen. Es zeigten sich statistisch bedeutsame, kleine bis mittlere Korrelationen.

Tab. 2: Deskriptive Statistiken und Korrelationen zwischen den Facetten der beruflichen Resilienz, Stresserleben und Burnout-Symptomatik

		Berufliche Resilienz (RB-7-30)						
	AM (SD)	Optimismus	Akzeptanz	Lösungs-orientierung	Selbstfürsorge	Netzwerk-orientierung	Verantwortungs-übernahme	Zukunfts-planung
Stresserleben	2.07 (0.61)	-.315**	-.189*	-.175*	-.378**	-.116*	-.137*	-.231**
Burnout	2.24 (0.65)	-.337**	-.231**	-.246**	-.537**	-.126*	-.125*	-.069
	AM (SD)	4.17 (0.86)	3.99 (0.99)	4.47 (0.73)	3.80 (1.03)	4.43 (1.00)	5.08 (0.64)	4.00 (1.16)

Anmerkungen: ** $p < .001$; * $p < .05$

Je höher die Facetten der beruflichen Resilienz ausgeprägt waren, desto niedriger war das subjektive Stresslevel (Fragestellung 1) und desto niedriger waren die berichteten Burnout-Symptome (Fragestellung 2).

Multiple Regression mit Vorwärtsselektion zeigen darüber hinaus: Selbstfürsorge, Zukunftsplanung und Optimismus erklärten gemeinsam 19% der Varianz im Stresserleben.

Mit Hilfe der Resilienz-Facetten Optimismus und Selbstfürsorge konnten insgesamt 34% der Varianz von Burnout erklärt werden.

Diskussion und Fazit

Die vorliegende Studie unterstreicht die Bedeutung der beruflichen Resilienz von Beschäftigten als Schutzfaktor gegen Stresserleben und Burnout. Um die mentale Gesundheit von Beschäftigten langfristig aufrechtzuerhalten, lohnt es sich daher, die berufliche Resilienz von Arbeitnehmer:innen gezielt zu reflektieren und zu trainieren. Die differenzierte Betrachtung der beruflichen Resilienz auf sieben verschiedene Facetten bietet vielfältige Ansatzpunkte zur Personalentwicklung von Beschäftigten. Auf Basis der vorliegenden Studie erwiesen sich dabei insbesondere Selbstfürsorge und Optimismus als wichtige Resilienz-Facetten gegen Stresserleben und Burnout-Symptomatik.

Von einem solchen Trainingsangebot können auch Menschen profitieren, die eine berufliche Rehabilitation auf Grund psychischer Erkrankung in Anspruch nehmen und sich derzeit um den nachhaltigen Wiedereinstieg auf den ersten Arbeitsmarkt bemühen.

Ungeachtet dessen sollte der Grundsatz „Verhältnis- vor Verhaltensprävention“ selbstverständlich seine Gültigkeit behalten: Die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitswelten, -bedingungen und -umgebungen darf nicht durch die Fokussierung auf die psychische Widerstandskraft von Beschäftigten hinfällig werden.

Take-Home-Message

Berufliche Resilienz von Beschäftigten stellt einen wichtigen Schutzfaktor gegen übermäßiges Stresserleben und Burnout-Symptomatik dar.

Literatur

Hu, T., Zhang, D., Wang, J. (2015): A meta-analysis of the trait resilience and mental health. Personality and Individual Differences, 76, 18–27. https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039Knispel, J., Slavchova, V., Kahlhofer, F., Arling, V. (2024): Entwicklung und dimensionale Validierung einer 7-Säulen-Resilienzskala für den Berufskontext (RB-30). Rehabilitionswissenschaftliches Kolloquium 2024 in Bremen.

Liu, J. J. W., Ein, N., Gervasio, J., Battaion, M., Reed, M. (2020): Comprehensive meta-analysis of resilience interventions. Clinical Psychology Review, 82, 1-12.

Satow, L. (2013): BMI. Burnout-Mobbing-Inventar. In: Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.): Open Test Archive. Trier: ZPID. https://doi.org/10.23668/psycharchives.4537

Satow, L. (2012): SCI. Stress- und Coping-Inventar. In: Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.): Open Test Archive. Trier: ZPID. https://doi.org/10.23668/psycharchives.4604

Führungskräfte mit Behinderung als Role Models für mehr berufliche Inklusion

Rebecca Groß; Marie Heide; Karoline Rhein; Jana Felicitas Bauer; Mathilde Niehaus

Universität zu Köln

Hintergrund und Zielstellung

Trotz gesetzlicher Bestimmungen und der kontinuierlichen Entwicklung von Unterstützungs- und Hilfesystemen stoßen Menschen mit Behinderung immer wieder auf persönliche und organisationale Hürden, die sie überwinden müssen, um berufliche Inklusion zu erfahren. Zudem besteht bei Unternehmen häufig ein Bedarf an Sensibilisierung hinsichtlich der Beschäftigung von Menschen mit Behinderung sowie die Notwendigkeit inklusive Strukturen, Praktiken und Kulturen im Betrieb auszubauen.

Ein Weg, Hürden abzubauen, kann die Förderung und Sichtbarmachung von Führungskräften mit Behinderung sein. Sie können für andere eine Role Model-Funktion einnehmen (Bandura, 2021; Gibson, 2004; Schwuchow, Gutmann, 2010) und eine stärkende Wirkung auf Beschäftigte und potentielle Bewerbende mit Behinderung haben. Es ist anzunehmen, dass Role Models die Beschäftigungssituation von Menschen mit Behinderung nachhaltig begünstigen. Darüber hinaus können Führungskräfte mit Behinderung, die als Role Models sichtbar sind, inklusive Transformationsprozesse in Unternehmen anstoßen.

Welche Chancen und Risiken mit der Förderung von Führungskräften mit Behinderung als Role Models im Unternehmen auf individueller Ebene für Beschäftigte und Bewerbende sowie auf Team- und Organisationsebene verbunden sind, ist weder aus der Literatur noch aus der Praxis bekannt. Es stellt sich daher die Frage, welche Bedeutung Führungskräfte mit Behinderung als Role Models aus verschiedenen Perspektiven und auf den verschiedenen Ebenen haben können.

Methoden

Im Rahmen des Projektes “Vorbildlich in Führung gehen! Mit Role Models Inklusion in Arbeit stärken“ wurden im September 2023 und Januar 2024 Fokusgruppendiskussionen mit Bewerbenden (T1: N = 9; T2: N = 5), Beschäftigten (T1: N = 8; T2: N = 5), Führungskräften (T1: N = 8; T2: N= 5) sowie betrieblichen Akteur*innen (T1: N = 7; T2: N= 5) mit und ohne Behinderung durchgeführt. Die Fokusgruppendiskussionen wurden im Anschluss mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse

Erste Analysen zeigen, dass Führungskräfte mit Behinderung sowohl auf individueller (Beschäftigte und Bewerbende) als auch auf Team- und Organisationsebene wirken. Auf Beschäftigte und Bewerbende mit Behinderungen haben sie eine empowernde, stärkende sowie motivierende Wirkung. Ein Beschäftigter erläutert beispielsweise, dass ein Role Model ,,ganz wichtig ist, um zu sehen, Mensch, warum sollte ich das nicht auch schaffen. Das macht einfach Mut.‘‘ Unternehmen signalisieren durch die Sichtbarmachung von Role Models Offenheit, die dazu führen kann, dass sich Beschäftigte mit Behinderung dazu entscheiden, ihre eigene Behinderung nicht mehr zu verheimlichen. Eine Führungskraft berichtet davon,

dass sein Unternehmen nach Offenlegung der eigenen Behinderung ,,irgendwann eine Schwerbehindertenquote hatte von 20 Prozent. […] Weil es halt einfach kein Tabu mehr war.“

Gleichzeitig wird ebenso deutlich, dass der Einsatz von Role Models komplex ist und mit Risiken einhergehen kann. Role Models selbst unterliegen beispielsweise der Gefahr, vom Unternehmen als Token für das Thema Inklusion instrumentalisiert zu werden. Darüber hinaus wird von den Diskutant*innen deutlich gemacht, dass nicht Role Models allein für Veränderungsprozesse im Unternehmen verantwortlich sein dürfen. Vielmehr braucht es eine individuell auf das Unternehmen angepasste Role Model-Strategie, die Akteur*innen auf verschiedenen Ebenen einbezieht und an den Rahmenbedingungen und Voraussetzungen des Unternehmens ansetzt.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen die Wichtigkeit des Einsatzes von Führungskräften mit Behinderung als Role Models in Unternehmen für die Förderung beruflicher Inklusion. Für die Etablierung von Role Models und Nutzbarmachung von Role Models für inklusive Transformationsprozesse bedarf es betrieblicher Unterstützer*innen und einer individuell auf das Unternehmen angepassten Role Model-Strategie. Wie die konkrete Entwicklung und Umsetzung einer Role Model-Strategie in Unternehmen umgesetzt werden kann, gilt es in nachfolgenden Forschungen genauer zu betrachten.

Take-Home-Message

Führungskräfte mit Behinderung als Role Models in Unternehmen haben einen positiven Einfluss auf Bewerbende sowie Beschäftigte mit Behinderung und können zur Entwicklung einer inklusiven Unternehmenskultur beitragen.

Literatur

Bandura, A. (Hrsg.). (2021): Psychological modeling. Conflicting theories (Classic edition). New York NY: Routledge.

Gibson, D. E. (2004): Role models in career development: New directions for theory and research. Journal of Vocational Behavior, 65(1). 134–156.

Schwuchow, K., Gutmann, J. (2010): Personalentwicklung im Paradigmenwechsel. Personalwirtschaft. November, 2010. 14-15.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales - aus Mitteln des Ausgleichsfonds

Gesundheitskompetenz und -verhalten von Studierenden

Gabriele Helga Franke[1]; Melanie Jagla-Franke[2]

[1] Hochschule Magdeburg-Stendal, [2] Hochschule Neubrandenburg

Hintergrund und Zielstellung

Gesundheitskompetenz (health literacy) adressiert Wissen, Motivation und die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu identifizieren, zu verstehen und einzuordnen sowie sie bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen anzuwenden (Sørensen et al., 2021). Unter

Studierenden finden sich rund 56% mit hoher Gesundheitskompetenz, die mit besserem Gesundheitszustand und gesünderem Lebensstil einhergeht (Dastan et al., 2023). Wenig erforscht sind die Zusammenhänge zu Konstrukten wie der sozialen Unterstützung und der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung bei Studierenden. Dies könnte die Entwicklung ziel-gruppenspezifischer Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz unterstützen.

Methoden

In einer studentischen Stichprobe wurden HLS-Q12 (Health Literacy Survey Questionnaire; Finbraten et al., 2018) zur Erfassung der Gesundheitskompetenz, ASKU (Allgemeine Selbstwirksamkeitsskala; Beierlein et al., 2014) und OSSS (Oslo Social Support Scale; Kocalevent et al., 2018) eingesetzt. Weiterhin wurden Fragen zur Soziodemografie und zum Gesundheitsverhalten gestellt; die Datenerhebung fand im SoSe 2023 (bei pos. Ethik-Votum) online an verschiedenen Hochschulen statt.

Ergebnisse

Es fanden sich 355 Studierende (17,2% männlich) im Durchschnittsalter von 24,9 Jahren (±6,2, 18-59). 54,4% lebten in einer Partnerschaft, 62,8% arbeiteten (im Durchschnitt 7,4 Stunden pro Woche ±9,2), 29,3% bekamen Bafög. Im Durchschnitt waren sie im 4,1 Semester (±2,5 1-17) und sie studierten vorwiegend gesundheitswissenschaftliche Fächer (60,3%). Aufgrund der Antworten im HLS-Q12 wurden die Gruppen gute (> = 66,6%; n=184, 52%) und schlechte (< 66,6%; n=171, 48%) Gesundheitskompetenz gebildet und auf Unterschiede geprüft.

Die Gruppe mit guter Gesundheitskompetenz war älter (26 J. ±7 vs. 24 J. ±5; eta²=,02), es fanden sich mehr Studierende der Gesundheitswissenschaft (67% vs. 53%, X^2=6,88, p < ,01) bei höherem subjektiven sozialen Status nach MacArthur (Hoebel et al., 2015; 5,5 ±1,5 vs. 5 ±1,4, eta²=,03). Keine Unterschiede ergaben sich bei den weiteren soziodemografischen Daten.

Die Gruppe mit guter Gesundheitskompetenz berichtete einen besseren allgemeinen, psychischen sowie körperlichen Gesundheitszustand (eta²=,01 bis ,03); sie hatte eher einen Hausarzt (88% vs. 79%, X^2=4,68, p < ,03), mehr Gesundheitsberatungen im letzten Jahr (35% vs. 25%, X^2=4,42, p < ,04) und mehr Gesundheits-Checkups (63% vs. 45%, X^2=11,59, p < ,001). BMI, Alkoholkonsum sowie vegetarisch-veganer vs. fleischessender Lebensstil erbrachten keine Unterschiede.

Die berichtete soziale Unterstützung (OSSS-3) der Gruppe mit wenig Gesundheitskompetenz war niedriger (9,3 ±2 vs. 9,9 ±2, eta²=,02); wobei das Item „Wie viel Interesse und Anteilnahme zeigen andere an dem, was Sie tun?“ den entscheidenden Gruppenunterschied ausmachte (3,8 ±1 vs. 4,2 ±1, eta²=,03).

Die deutlichsten Unterschiede fanden sich bei der Selbstwirksamkeitserwartung (ASKU): die Gruppe mit hoher Gesundheitskompetenz berichtete statistisch signifikant höhere Summenwerte (11,6 ±2 vs. 10,7 ±2, eta²=,05). Besonders deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen fanden sich beim Item „Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen“ (3,8 ±0,7 vs. 3,5 ±0,7, eta²=,05), gefolgt von der Antwort auf das Item „In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen“

(3,9 ±0,8 vs. 3,6 ±0,8, eta²=,04) sowie der Beantwortung des Items „Die meisten Probleme kann ich aus eigner Kraft gut meistern“ (3,9 ±0,8 vs. 3,6 ±0,7, eta²=,03).

Diskussion und Fazit

Auch in der untersuchten Stichprobe hatte ca. jede zweite Studentin und jeder zweite Student eine schlechte Gesundheitskompetenz und war damit wenig in der Lage, gesundheitsrelevante Informationen nutzbringend anzuwenden. Eine hohe Gesundheitskompetenz ging mit einem höheren subjektiven sozialen Status nach MacArthur sowie mit besserem Gesundheitszustand und -verhalten einher. Die geringe soziale Unterstützung, die hier eher als das Gefühl sozialen Desinteresses interpretiert werden kann, und die deutlich geringere Selbstwirksamkeitserwartung deuten darauf hin, dass eine Stärkung der Gesundheitskompetenz bei Studierenden in Gruppenangeboten stattfinden sollte. Dort sollte am Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartung durch positive Erfahrungen in der Erhöhung der Gesundheitskompetenz gearbeitet werden. Insgesamt liegt ein hoher Forschungsbedarf vor, so dass weitere Studien wünschenswert sind.

Take-Home-Message

Nur rund 50% der Studierenden hat eine gute Gesundheitskompetenz in der souveränen Anwendung gesundheitsrelevanter Informationen. Angebote zu deren Förderung sollten in Gruppen stattfinden und aktiv die Selbstwirksamkeitserwartung stärken.

Literatur

Beierlein, C. et al. (2014): Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). Doi: 10.6102/zis35

Dastan, B. et al. (2023): Wie gesund sind Studierende der Freien Universität Berlin? Ergebnisse der Befragung 01/23 (Schriftenreihe des AB Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung: Nr. 01/P23). Berlin: Freie Universität Berlin.

Hoebel, J. et al. (2015): Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. Bundesgesundheitsblatt, 58, 749-757.

Kocalevent, R.-D. et al. (2018): Social support in the general population: Standardization of the Oslo Social Support Scale (OSSS-3). BMC Psychology, 6, 31.

Sørensen, K. et al. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12, 80.

Wie lange dauert es, bis Männer mit Depressionen ins Gesundheitssystem finden – und woran liegt es?

Ann-Kathrin Grotenburg; Veneta Slavchova; Jens Knispel; Viktoria Arling

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Eine steigende Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen lässt sich statistisch auf psychische Erkrankungen zurückführen, was das Thema im Kontext der beruflichen Teilhabe von

Arbeitnehmenden zunehmend bedeutend macht. Die häufigste psychische Erkrankung, die zudem mit besonders langen Ausfallzeiten verbunden ist, ist die Depression (DAK- Gesundheit, 2023). Eine besondere Herausforderung stellen Depressionen bei Männern dar: Zwar werden Männer seltener mit einer Depression diagnostiziert, Studien bzgl. des psychischen Wohlergehens, der Symptomlast und weiteren Markern der psychischen Gesundheit deuten aber darauf hin, dass dies eher daran liegt, dass Männer unterdiagnostiziert sind, als dass sie tatsächlich seltener erkranken (DPtV, 2021). Dies wird zudem von den Befunden gestützt, dass Männer insgesamt bei psychischen Erkrankungen seltener bereit sind, sich Unterstützung zu suchen. Bei einer Befragung gesetzlich Krankenversicherter gaben nur 6,5% der Männer, die bejahten im vergangenen Jahr seelische Probleme erlebt zu haben, an, einen Psychotherapeuten aufgesucht zu haben. Insgesamt brauchen depressive Patienten durchschnittlich ca. 6 bis 7 Jahre, bis sie diesbezüglich Kontakt ins Gesundheitssystem aufnehmen (DPtV, 2021). Die vorliegende Studie verfolgte das Ziel, die Dauer zu ermitteln, bis depressive Männer professionelle Hilfe aufsuchen und herauszufinden, worauf diese Verzögerung zurückzuführen ist.

Methoden

Es wurden hierzu N = 82 depressive Männer (Ø Alter: ca. 32 Jahre) im Rahmen eines Online-Fragebogen zu ihrem Weg in die Behandlung befragt. Einbezogen wurden Männer, die angaben sich in jüngerer Vergangenheit aufgrund depressiver Symptome an irgendeine Anlaufstelle im Gesundheitssystem gewandt zu haben und bisher noch keine Behandlung vollständig abgeschlossen haben. Sie sollten retrospektiv angeben, wie lange es bei ihnen ab dem Erstauftreten der depressiven Symptome (T0) gedauert hat, bis sie realisiert haben, dass sie ein Problem haben (T1) und bis sie dann Kontakt ins Gesundheitssystem aufgenommen haben (T2). Diese Zeitspannen wurden definiert als Gesamtlatenz (T0 bis T2), Erkenntnislatenz (T0 bis T1) und Handlungslatenz (T1 bis T2). Zusätzlich wurde mittels offener Fragen erhoben, was für die Männer besondere Hürden auf dem Weg in die Behandlung waren und was sie schließlich dazu gebracht hat, Hilfe aufzusuchen.

Ergebnisse

Durchschnittlich hat es insgesamt ca. 4 Jahre gedauert, bis sich die Männer aufgrund ihrer Depressionen an das Gesundheitssystem gewandt haben (vgl. Tab. 1; dort sind die Zeiträume präziser in Wochen abgetragen). Der Median lag hier bei ca. einem Jahr und zwei Monaten. Bis zur Entwicklung eines Problembewusstseins hat es durchschnittlich knapp ein Jahr gedauert, der Median lag hier bei ca. zwei Monaten. Von der Erkenntnis bis zur Kontaktaufnahme dauerte es hingegen durchschnittlich ca. drei Jahre. Der Median lag bei knapp einem Jahr. Die Gesamtlatenz, getrieben durch die Handlungslatenz, war deskriptiv besonders hoch, wenn die Männer angaben, kein Vertrauen in bestehende Hilfsangebote zu haben (Handlungslatenz: ca. 12-13 Jahre) und wenn sie berichteten, sich aufgrund starker Symptome oder Suizidalität an das Gesundheitssystem gewandt zu haben (Handlungslatenz: ca. 4 ½ Jahre). Das Erkennen des eigenen Problems scheint durch die wahrgenommene Stigmatisierung psychischer Erkrankungen durch das eigene Umfeld oder die Gesellschaft erschwert zu werden (Erkenntnislatenz: ca. 1-2 Jahre).

Tab. 1: Länge der Latenzen

	N	Mittelwert	Median	SD	Min	Max
Gesamtlatenz *(T0 bis T2)*	79	206.06	60	309.17	2	1565
Erkenntnislatenz *(T0 bis T1)*	79	48.6	8	103.2	0	600
Handlungslatenz *(T1 bis T2)*	78	156.93	49.5	289.59	-98	1559

Anmerkung. *T0 = Erstauftreten der Symptome; T1 = Eintreten eines Problembewusstseins; T2 = Kontaktaufnahme ins Gesundheitssystem. Alle Angaben in Wochen.*

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend konnten zunächst die in der Forschung bereits berichteten hohen Latenzzeiten bei affektiven Erkrankungen in dieser Stichprobe depressiver Männer repliziert werden. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die im Mittel sehr lange Dauer zwar zum Teil auch auf ein fehlendes oder geringes Problembewusstsein zurückgeführt werden kann, überwiegend jedoch auf ein Nichthandeln zurückzuführen zu sein scheint. Während ungefähr 80% der Gesamtdauer hatten die Männer zwar ein Problembewusstsein, waren aber nicht bereit oder nicht in der Lage, geeignete Anlaufstellen aufzusuchen. Folglich liegt hier auch das größte Potenzial zur Reduzierung der Latenz. Um zu erreichen, dass sich insbesondere Männer bei Depressionen schneller in Behandlung begeben und somit das Risiko der Chronifizierung depressiver Erkrankungen und der damit verbundenen langen Arbeitsunfähigkeits- und Ausfallzeiten zu reduzieren, sollten Maßnahmen vor allem hier ansetzen: Zum einen durch die Vermittlung von Wissen über die Verfügbarkeit und Wirksamkeit von Behandlungsmöglichkeiten und zum anderen durch Maßnahmen, die positive Einstellungen gegenüber diesen stärken.

Take-Home-Message

Bis Männer mit depressiven Symptomen ins Gesundheitssystem finden dauert es meist Jahre, wobei das Nichthandeln, trotz eines bestehenden Problembewusstseins, der zeitlich größte Einflussfaktor zu sein scheint.

Literatur

DAK-Gesundheit (2023): Gesundheitsreport 2023. Analyse der Arbeitsunfähigkeiten. Gesundheitsrisiko Personalmangel: Arbeitswelt unter Druck. 44. https://www.dak.de/dak/download/dak-gesundheitsreport-2023-ebook-pdf-2615822.pdf

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) e.V. (2021). Report Psychotherapie 2021. 2. Auflage. www.dptv.de/report2021

Arbeitgeber-Consulting zur beruflichen Wiedereingliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen. Konzept und Anwendungserfahrungen im Modellprojekt LAUT

Bartholomäus Zielinski; Thomas Roßnagel; Stefan Zapfel

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU)

Hintergrund und Zielstellung

Das Modellprojekt „Leben, Arbeiten und Teilhaben in einer inklusiven Gesellschaft“ (LAUT) wird im Rahmen des Bundesprogramms rehapro durchgeführt. Sein vorrangiges Ziel ist es, SGB II-Leistungsbeziehende, die dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, in Beschäftigungsverhältnisse auf dem ersten Arbeitsmarkt zu vermitteln. Zu diesem Zweck kommt auch ein sogenanntes Arbeitgeber-Consulting zum Einsatz, mit dessen Hilfe Betriebe dafür geöffnet und dazu befähigt werden sollen, Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei sich einzustellen und im Betrieb zu halten.

Im Folgenden wird zunächst das Projektkonzept dieses Arbeitgeber-Consultings vorgestellt. Daraufhin werden die empirischen Befunde aus der wissenschaftlichen Begleitung zu den Anwendungserfahrungen dargelegt.

Methoden

LAUT wird vom Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg wissenschaftlich begleitet. Im Zuge dessen wurden unter anderem 13 leitfadengestützte Interviews und zwei Fokusgruppendiskussionen mit dem Inklusionsdienst, der mit dem Arbeitgeber-Consulting betraut ist, sowie 14 Interviews und eine Fokusgruppendiskussion mit Vertreter*innen von an LAUT beteiligten Betrieben durchgeführt. Die qualitativen Interviews und Fokusgruppendiskussionen wurden transkribiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen (Kuckartz, 2018).

Ergebnisse

Das Arbeitgeber-Consulting in LAUT gliedert sich konzeptionell in fünf Phasen. Zunächst wird das Interesse der Unternehmen für Inklusionsthemen geweckt („Interessieren“). In einem darauf folgenden Gespräch soll eine tragfähige Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen Inklusionsdienst und Unternehmen geschaffen werden („Kontakten“). Im dritten Schritt werden Arbeitgeber*innen über die Rahmenbedingungen und Unterstützungsoptionen bei der Beschäftigung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgeklärt („Informieren“). Sodann werden mit den Betrieben konkrete Vereinbarungen für die Beschäftigung der Projektzielgruppe getroffen („Aktivierung“). Abschließend sollen durch nachgelagerte Kontaktaufnahmen mit den Betrieben einmal erreichte Eingliederungen gefestigt werden („Nachhalten“) (Roßnagel et al., 2023).

Die Projekterfahrungen des Inklusionsdienstes zeigen, dass die Rekrutierung von Arbeitgeber*innen zur Schaffung inklusiver Beschäftigungsverhältnisse häufig auf

Schwierigkeiten stößt. Das liegt nicht zuletzt an immer wieder auftretenden Betriebsvorbehalten, die sich bei der Anstellung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen typischerweise auf den Verdacht einer verminderten Leistungsfähigkeit, Sorgen vor erhöhten Krankenständen oder den besonderen Kündigungsschutz von Menschen mit Schwerbehinderung beziehen. Speziell bei psychischen Erkrankungen kommen partiell noch Unsicherheiten im zwischenmenschlichen Umgang hinzu. Auch hat sich gezeigt, dass der Informationsbedarf der Arbeitgeber*innen in Bezug auf gesetzliche Vorgaben und sozialstaatliche Unterstützungsleistungen auf diesem Gebiet oft hoch ist. Die genannten Hürden treten besonders dann auf, wenn die Betriebe noch keine oder nur wenige Erfahrungen mit der Beschäftigung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen besitzen.

Um die Informationslücken der Arbeitgeber*innen zu schließen und etwaige Vorbehalte zu zerstreuen, spielt der direkte, wiederholte und der konkreten Arbeitgeberunterstützung dienende Kontakt des Inklusionsdienstes mit den Betrieben eine zentrale Rolle. In LAUT geschieht das z.B. dadurch, dass im Rahmen von Betriebsbesuchen die konkrete Bedarfssituation vor Ort analysiert wird, um Einsatzfelder und Unterstützungsbedarfe der Teilnehmer*innen zu ermitteln, und dass der Inklusionsdienst in den Betrieben Seminare und Workshops zu Inklusionsthemen durchführt. Ist eine Vermittlung erfolgt, werden im Rahmen des Arbeitgeber-Consultings noch eingliederungsstabilisierende Maßnahmen vorgenommen, die auch hier wieder Betriebsbesuche, Seminarangebote u.a.m. beinhalten. Damit wird dem bereits von anderer Seite erbrachten Befund Rechnung getragen, dass sich Betriebe, die sich zur Aufnahme von gesundheitlich beeinträchtigten Personen bereit erklären, häufig eine (externe) Unterstützung bei der betrieblichen Integration wünschen (vgl. Seyd, 2015). Zudem werden im Rahmen öffentlichkeitswirksamer Veranstaltungen Auszeichnungen für besonderes inklusionsbezogenes Engagement an Arbeitgeber*innen vergeben.

Diskussion und Fazit

Die qualitativen Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die Vermittlung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf den ersten Arbeitsmarkt nicht zuletzt aufgrund von arbeitgeberbezogenen Informationsdefiziten und Aufnahmevorbehalten weiterhin auf Hürden stößt und dass umfangreiche Anstrengungen hinsichtlich der Aufklärung und Unterstützung der aufnehmenden Betriebe erforderlich sind, um erfolgreiche und nachhaltige Integrationen zu erreichen. Quantifizierende Aussagen sind hierzu jedoch mit dem verfügbaren Datenmaterial nicht möglich.

Take-Home-Message

Um die Inklusion gesundheitlich beeinträchtigter Personen auf dem ersten Arbeitsmarkt weiter voranzutreiben gilt es, Informationsdefizite und Vorbehalte von Betrieben abzubauen und ihnen umfassende Unterstützungsmöglichkeiten bereitzustellen.

Literatur

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

Roßnagel, T., Zapfel, S., Maier, S., Herl, T., Zielinski, B., Schrauth, B. (2023): „Leben, Arbeiten und Teilhaben in einer inklusiven Gesellschaft“ (LAUT). Vierter öffentlicher

Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Stand Juli 2023. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
Seyd, W. (2015): Die Rolle des Lernorts Betrieb in der rehaspezifischen Ausbildung. In: Goth, G. G., Severing, E. (Hrsg.): Berufliche Ausbildung junger Menschen mit Behinderung – Inklusion verwirklichen. Bielefeld: Bertelsmann. 101-125.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, rehapro

Berufliche Reintegration von Arbeitslosen/Arbeitssuchenden mit gesundheitsbezogenen Vermittlungshemmnissen: Ergebnisse aus dem rehapro-Projekt Wabe-Net.

Lukas M. Horstmeier[1]; Cosima Nuszbaum[1]; Franziska Praznovszky[1]; Erik Farin-Glattacker[1], Vanessa Bernhard[2]; Luisa Mertiny[2]; Karoline Hölscher[3]; Rebekka Schlemmermeyer-Schoenfeld[3];

[1] Universitätsklinikum Freiburg, [2] Deutsche Rentenversicherung Saarland, [3] Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Hintergrund und Zielstellung

Die berufliche Reintegration von arbeitslosen/arbeitssuchenden Rehabilitand*innen mit gesundheitsbezogenen Vermittlungshemmnissen wurde vor Einführung des Teilhabestärkungsgesetzes (THSG) durch das Leistungsverbot erschwert. Hierdurch konnten die Betroffenen Fördermaßnahmen ggf. nicht erhalten, welche im Katalog der Jobcenter (JC) bzw. Agenturen für Arbeit (AA) enthalten gewesen wären. Im rehapro-Modellprojekt Wabe-Net sollte daher die Reintegrationsrate dieser Rehabilitand*innen durch eine rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit von Deutscher Rentenversicherung (DRV) und Jobcentern (JC) bzw. Agenturen für Arbeit (AA) verbessert werden. Konkret wurden hierfür ein Datenaustausch zwischen DRV und JC/AA eingerichtet, individuelle Reintegrationspläne in trägerübergreifenden Fallkonferenzen gemeinsam erarbeitet und das Leistungsportfolio der DRV durch ausgewählte SGB II/III-Maßnahmen erweitert. Ziel der Projektevaluation war es, den Einfluss des Modellprojektes auf die Reintegrationsraten der Rehabilitand*innen mit verschiedenen methodischen Ansätzen zu untersuchen.

Methoden

In einer Längsschnitt-Fragebogenerhebung zwischen Januar 2020 und Juli 2024 wurden Projektteilnehmende in Rheinland-Pfalz (RLP) und Saarland (SL) befragt. Eingeschlossen wurden Personen, die Rehabilitand*innen der DRV RLP oder DRV SL, wie auch arbeitslos/arbeitssuchend Kund*in eines teilnehmenden JC waren und neben einem gesundheitsbezogenen noch mindestens ein weiteres Vermittlungshemmnis aufwiesen. Die Baseline-Erhebung (N=170) fand zu Projekteinschluss statt, die zweite Erhebung (n=60) nach individuellem Abschluss der Fördermaßnahmen und die dritte Erhebung (n=68) folgte nach sechs Monaten. Aufgrund der (zu Projektbeginn nicht vorhersehbaren) Einführung des THSG zum Januar 2022 wurde die Kontrollgruppe im Projekt aufgelöst und alle Teilnehmenden in

die Interventionsgruppe überführt. Erhoben wurden neben der beruflichen Reintegration als sekundäre Endpunkte auch die Arbeitsfähigkeit (WAI; INQA-WAI-Netzwerk, 2017) und das Frühberentungsrisiko (SIBAR; Bürger, Deck, 2009). Die Datenanalyse erfolgte deskriptiv, mit einem Kruskal-Wallis Test und gemischten linearen Modellen.

Zusätzlich wurden N=11 Rehafachberater*innen der DRV sowie Integrationsfachkräfte der JC und ein*e Teamleiter*in der AA aus RLP und SL in einer telefonbasierten, semi-strukturierten Interviewstudie zwischen Mai und Juni 2023 zu ihren Erfahrungen im rehapro-Projekt Wabe-Net befragt. Die Aussagen wurden mithilfe von qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2022) analysiert.

Ergebnisse

Die Reintegrationsrate der im Projekt eingeschlossenen Teilnehmenden lag gegen Ende des Projekts bei 39,4 % reguläre oder befristete Erwerbstätigkeit, bzw. bei 47,6 %, bei Ausschluss der Teilnehmenden zu denen keine finalen Daten vorlagen (bei insgesamt 4,5 % Erwerbsminderung, 35,9 % fortbestehende Arbeitslosigkeit, 3,0 % Sonstiges und 17,2 % fehlende Datenpunkte). Diese liegt somit deutlich höher als der Referenzwert von 30 %, welcher für die Kontrollgruppe zu Projektbeginn auf Basis des Reha-Berichts 2019 zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation als Reintegrationsquote angesetzt wurde. Die Reintegrationsrate lag in beiden Bundesländern ähnlich hoch. Ein Kruskal-Wallis Test konnte keinen signifikanten Einfluss von Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Bildung, Berufsabschluss, oder Grad der Behinderung auf die Reintegration der Teilnehmenden identifizieren.

Zu Beginn der Studie wiesen 92,4 % der Teilnehmenden einen kritischen Arbeitsfähigkeitswert (WAI) und 43,5 % ein hohes Frühberentungsrisiko (SIBAR) auf. Unter Berücksichtigung der genannten Kontrollvariablen, konnte keine signifikante Veränderung der Arbeitsfähigkeit bzw. des Frühberentungsrisikos im Rahmen des Projektverlaufs beobachtet werden (pWAI= ,42; pSIBAR= ,31).

Aus Sicht der betreuenden Rehafachberater*innen und Integrationsfachkräfte wurde ebenfalls eine deutlich erhöhte Reintegrationsrate der Versicherten wahrgenommen und die Betreuung im Projekt als ausschlaggebend genannt. Als rechtskreisübergreifende Leistung, welche durch das Projekt zur Förderung der Versicherten eingesetzt werden konnte, wurden primär Einzelcoachings genannt.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zum Projekt Wabe-Net sind einerseits vielversprechend, da quantitative und qualitative Ergebnisse dafür sprechen, dass das Projekt in seiner Umsetzung einen positiven Einfluss auf die berufliche Reintegration gehabt hat. Jedoch ließ sich der Projekteinfluss – bedingt durch die Einführung des THSG – nicht als kontrollierte Studie im Vergleich zur Regelversorgung evaluieren und auch die sekundären Endpunkte zeigten keine Verbesserung. Zukünftige Forschung sollte sich, gerade in Hinblick auf die Umsetzung des THSG, auf Einflussfaktoren für die Effektivität und den Erfolg rechtskreisübergreifender Zusammenarbeit (z.B. im Rahmen von Fallkonferenzen) fokussieren.

Take-Home-Message

Die Auswertung deutet darauf hin, dass das Wabe-Net Projekt mit seinen rechtskreisübergreifenden Fallkonferenzen und dem erweiterten Leistungskatalog einen positiven Beitrag zur Reintegration der teilnehmenden Versicherten mit gesundheitsbezogenen Vermittlungshemmnissen geleistet hat.

Literatur

Bürger, W., Deck, R. (2009): SIBAR - ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48(4), 211–221.

Deutsche Rentenversicherung (2019): Reha-Bericht 2019: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. DRV Bund

INQA-WAI-Netzwerk Deutschland (2017): Wie steht es um Ihre Arbeitsfähigkeit? WAI*-Fragebogen & Auswertung (Kurzversion).

Mayring, P. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (13., aktualisierte und überarb. Aufl.). Beltz Pädagogik. Beltz.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, rehapro

„Dass man da auch eine Hilfe bekommt und nicht nur eine Nummer ist“ - Qualitative Erkenntnisse zur Beratung bei gefährdeter Erwerbsfähigkeit im Haus für Gesundheit und Arbeit

Lea Remus; Stella Lemke; Matthias Bethge

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Die Teilhabe am Arbeitsleben ist ein wichtiges sozialpolitisches Ziel, insbesondere im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, die zu einer Zunahme von Arbeitsunfähigkeitstagen und Frühberentungen führen (Meyer 2021). Das „Haus für Gesundheit und Arbeit“ (HGuA) bietet niedrigschwellige, rechtskreisübergreifende Beratung für Menschen mit gefährdeter Erwerbsfähigkeit, um deren Arbeitsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen und einer Chronifizierung vorzubeugen. Im HGuA arbeiten Leistungsträger und Leistungserbringer gemeinsam, um an einem zentralen Ort Zugang zu bedarfsorientierten Beratungen zu ermöglichen. In einem Eingangsgespräch werden die Anliegen der Ratsuchenden geklärt und die Eignung für das Angebot geprüft. Anschließend wird bei Bedarf ein individuelles Fallmanagement durchgeführt. Ziel dieser qualitativen Analyse war es, (1) die Erwartungen und Bedarfe der Teilnehmenden zu beschreiben, (2) die Angebote der Akteure gegenüberzustellen und (3) notwendige Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung zu ermitteln.

Methoden

Die Implementierung und Umsetzung des HGuA-Modellvorhabens wurde im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie wissenschaftlich begleitet. Die Studie umfasste eine Pilotstudie (2021) und eine Hauptstudie (2021–2024). In beiden Abschnitten wurden alle HGuA-Teilnehmenden, die in einen Coachingprozess aufgenommen wurden (18- bis 65-Jährige mit hohem Risiko für Erwerbsminderung), einbezogen. Neben einer quantitativen Erhebung wurden leitfadengestützte Interviews mit Akteuren und Teilnehmenden durchgeführt, transkribiert, anonymisiert und qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring, 2022). Mithilfe des Programms QCAmap (Mayring/Fenzl, 2013) wurden induktive Kategorien gebildet, die im Intercoder-Agreement von drei Kodierenden überprüft wurden.

Ergebnisse

Pilotstudie: Mitarbeitende wurden zu Beginn (T1: n = 8) und ein halbes Jahr nach Projektstart (T2: n = 9) interviewt; die Teilnehmenden wurden zu Beginn ihres Coachingprozesses (T1: n = 12) und sechs Monate später (T2: n = 9) befragt. Die Teilnehmenden wünschten sich vor allem eine Ansprechperson für komplexe Problemlagen (33 %), rechtskreisübergreifende Beratung (25 %) und zeitnahe Terminvergaben (25 %). Viele dieser Bedürfnisse waren zuvor bei anderen Institutionen nicht erfüllt worden (25 %). Besonders geschätzt wurden der einfache Zugang (75 %), der freundliche und informative Empfang (75 %) sowie das empathische und kompetente Personal (66 %). Problematisch empfanden einige eine längere Wartezeit vor Beratungsbeginn (33 %) und wechselnde Ansprechpersonen (33 %).

Für die Akteure war es zu Beginn hilfreich, Einblick in die Arbeit der Kolleginnen zu erhalten (100 %). Bei den zweiten Befragungen wurden kurze Kommunikationswege, gute Erreichbarkeit der Kolleginnen (77 %) und ein unterstützendes Teamklima (66 %) positiv bewertet. Regelmäßiger Austausch (55 %) und Fallbesprechungen (44 %) wurden ebenfalls als unterstützende Rahmenbedingungen wahrgenommen.

Drei zentrale Aufgaben des HGuA-Angebots wurden identifiziert: berufliche Neu- und Umorientierung (100 %), Sicherung der Erwerbstätigkeit (100 %) und Beratung zu komplexen Themen (75 %). Angebote zur Neu- und Umorientierung umfassten Bewerbungscoachings und Berufsberatung; die Sicherung der Erwerbstätigkeit beinhaltete psychische Stabilisierung während des Coachingprozesses, was als entlastend wahrgenommen wurde. Weitere Beratungen betrafen psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, Work-Life-Balance und Fragen zum Grad der Behinderung. Die Beratungsangebote zu komplexen Themen umfassten Unterstützung bei der Pflege von Angehörigen und finanzielle Klärungen bei beruflichen Übergängen.

Hauptstudie: Bis Oktober 2024 wurden die qualitativen Daten der Hauptstudie erhoben und ein erster Auswertungsdurchgang gestartet. 36 Teilnehmende wurden zu vier Zeitpunkten interviewt (Beginn Coachingprozess, Ende, sechs Monate und zwölf Monate nach Ende), 25 Akteure zu zwei Zeitpunkten. Die bisherigen Ergebnisse der Hauptstudie zeigen ähnliche Tendenzen wie in der Pilotstudie. Die stetige Begleitung durch eine Ansprechperson stellte eine wichtige Ressource für die Teilnehmenden dar. Der Wunsch nach regelmäßigen Terminen und der Möglichkeit, berufliche Problemlagen anzusprechen, spielte eine große Rolle.

Diskussion und Fazit

Die Daten verdeutlichen, dass die Teilnehmenden mit komplexen Bedürfnissen in das Angebot starten, die ein rechtskreisübergreifendes, individuelles und bedarfsorientiertes Angebot erfordern. Um diese Anforderungen zu erfüllen, erwies sich ein regelmäßiger Austausch in einem interdisziplinären Team mit kurzen Kommunikationswegen als entscheidend. Der Abgleich zwischen den Erwartungen der Teilnehmenden und dem tatsächlichen Angebot zeigt, dass die angestrebten Ziele, wie berufliche Neu- und Umorientierung sowie psychische Stabilisierung, mit den bereitgestellten Leistungen übereinstimmten.

Take-Home-Message

Rechtskreisübergreifende, individuelle Beratung und kontinuierliche Betreuung durch feste Ansprechpersonen tragen dazu bei die berufliche Teilhabe von Menschen mit gefährdeter Erwerbsfähigkeit zu fördern.

Literatur

Mayring, P. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (13., überarbeitete Auflage.). Weinheim: Beltz.

Mayring, P., Fenzl, T. (2013): QCAmap: A Software for Qualitative Content Analysis. www.QCAmap.org [22.07.2021]. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_38

Meyer, M., Wing, L., Schenkel, A. (2022): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2021. In: Badura B, Ducki A, Meyer M et al., Hrsg. Fehlzeiten-Report 2022 Verantwortung und Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-65598-6

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Kooperationsverbesserungen und bedarfsgerechte Maßnahmeangebote ermöglichen auch vulnerablen Zielgruppen eine berufliche Wiedereingliederung. Eingliederungserfolge im Modellprojekt ELAN

Thomas Roßnagel; Stefan Zapfel; Bartholomäus Zielinski

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU)

Hintergrund und Zielstellung

Im Zeitraum 2020 bis 2024 wurde im Rahmen des Bundesprogramms „rehapro“ das Modellprojekt „rEturn to LeArN“ (ELAN) mit dem Ziel durchgeführt, in Bayern langzeitarbeitslosen SGB II-Leistungsbeziehenden mit gesundheitlichen und sozialen Vermittlungshemmnissen den Zugang zur beruflichen Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung zu erleichtern und ihnen durch innovative Ansätze die Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Die Zielgruppe ist dadurch gekennzeichnet, dass bei ihr häufig mehrere Problemlagen wie Sucht, Depression, soziale

Isolation, gesundheitsabträgliches Verhalten und Qualifizierungsdefizite zusammentreffen (Kuhnert, 2021; Beste et al., 2023). Zugleich wird sie mit bestehenden Gesundheits- und Rehabilitationsangeboten bisher nur ungenügend erreicht (Hollederer, 2021). ELAN setzte in diesem Zusammenhang einerseits beim Leistungszugang, andererseits bei den Teilhabeleistungen selbst an, um die Versorgungssituation und die Eingliederungschancen der Zielgruppe zu verbessern: Durch eine stärkere Vernetzung zwischen Jobcentern und Rentenversicherungsträgern sollten Personen aus dem SGB II-Kundenkreis mit Bedarf an beruflicher Rehabilitation besser als bisher erkannt und in den Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung überführt werden. Zudem wurde ein den spezifischen Bedarfen der Zielgruppe angepasstes Maßnahmeangebot (einschließlich Nachbetreuung) in den beteiligten Berufsförderungswerken bereitgestellt. Der Beitrag befasst sich mit den in ELAN erzielten Eingliederungserfolgen.

Methoden

ELAN wurde vom Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg wissenschaftlich begleitet. Dabei wurde unter anderem der Eingliederungserfolg untersucht. Die Datengrundlage dafür bildeten zum einen Sekundärdaten der am Projekt beteiligten Berufsförderungswerke München und Nürnberg, andererseits Nachbefragungen der Rehabilitand*innen nach der Hauptmaßnahme. Die Berufsförderungswerke hielten Angaben zum Eingliederungserfolg zum Ende der Hauptmaßnahme (n = 77) und neun Monate danach (n = 110) bereit. Die Nachbefragungen bezogen sich auf die Erwerbssituation sechs (n = 36) und zwölf Monate (n = 26) nach Ende der Hauptmaßnahme und befassten sich auch mit den Nachbetreuungserfahrungen der Teilnehmer*innen. Diese Daten wurden statistisch mit SPSS ausgewertet. Hinzu kamen 16 leitfadengestützte Fachkräfteinterviews über die Relevanz der Nachbetreuung, die einer qualitativen Inhaltsanalyse mit MAXQDA unterzogen wurden.

Ergebnisse

Die Eingliederungsquote in den Arbeitsmarkt belief sich direkt im Anschluss an die Hauptmaßnahme auf 32,5 Prozent. Damit lag sie knapp über der 30-Prozent-Marke, die für diesen Bereich als Zielwert gesetzt worden war. Ein weiteres Projektziel im Eingliederungsbereich war, dass mindestens 25 Prozent der Teilnehmer*innen auch später noch in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung sind. Das war zu allen darauffolgenden Messzeitpunkten sechs, neun und zwölf Monate nach Ende der Hauptmaßnahme auch der Fall. Die Eingliederungsquote variierte dort zwischen 27,8 und 42,3 Prozent. Zudem äußerten die Teilnehmer*innen bei den Nachbefragungen meist, noch eine längerfristige Beschäftigungsperspektive im Betrieb für sich zu sehen. Damit kann das im Modellprojekt bereitgestellte Maßnahme- und Unterstützungsangebot als hilfreich und erfolgreich für den Zugang und Verbleib am allgemeinen Arbeitsmarkt angesehen werden, wobei das in ELAN integrierte Nachbetreuungsangebot sowohl nach Einschätzung der Fachkräfte als auch nach Auffassung der Teilnehmer*innen einen wichtigen Beitrag hierfür geleistet hat.

In der differenzierteren Betrachtung der Arbeitsmarktintegration zeigte sich, dass die eingegliederten Teilnehmer*innen in sehr unterschiedlichen Branchen und Betriebsarten tätig waren. Zu den Nachbefragungszeitpunkten befand sich jeweils mindestens die Hälfte von ihnen in befristeten Beschäftigungsverhältnissen und Teilzeittätigkeiten. Zugleich zeigten sich

die Rehabilitand*innen mit Ausnahme der Bezahlung überwiegend mit ihren Beschäftigungsverhältnissen zufrieden.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zum Eingliederungserfolg belegen sowohl auf Grundlage der Sekundärdaten als auch auf quantitativ geringerer Basis der Nachbefragungen, dass auch eine vielfach vorbelastete Klientel, wie sie in ELAN adressiert wurde, mit einem entsprechenden Kooperations-, Maßnahme- und Unterstützungsarrangement erfolgreich und langfristig ins Erwerbssystem integriert werden kann. Als hilfreich dafür hat sich insbesondere den qualitativen Befunden zufolge auch das Nachbetreuungsangebot erwiesen, um eine gesundheitliche Stabilisierung zu erreichen und Zugang und Verbleib am Arbeitsleben zu unterstützen, wobei mit dieser Datengrundlage nähere Quantifizierungen zum letztgenannten Aspekt nicht möglich sind.

Take-Home-Message

Kooperationsverbesserungen zwischen Jobcentern und Rentenversicherung sowie ein auf besondere Bedarfe zugeschnittenes Maßnahme- und Unterstützungsangebot ermöglichen auch besonders vulnerablen Zielgruppen oft stabile Wiedereingliederungserfolge.

Literatur

Beste, J., Corban, M., Trappmann, M. (2023): Zahlreiche Faktoren verringern die Erfolgsaussichten von Grundsicherungsbeziehenden. Wirtschaftsdienst, 102. 123-129.

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.

Kuhnert, P. (2021): Gesundheits- und beschäftigungsfördernde Beratung 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

ReFit Stuttgart – Durch eine intensivere Betreuung finden Bürgergeld-Empfänger den Weg in die Rehabilitation

Lisa Hertrich; Lena Tepohl

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm)

Hintergrund und Zielstellung

Im Jahr 2020 erhielten 5,5 Millionen Personen in Deutschland Leistungen aus der Grundsicherung für Arbeitsuchende, darunter waren 3,9 Millionen erwerbsfähige Leistungsberechtigte (ELBs)(Bundeszentrale für politische Bildung, 2021). Bürgergeld-Empfänger (früher Arbeitslosengeld-II) berichten häufig von schlechterer Gesundheit und

Lebenszufriedenheit, fühlen sich weniger gesellschaftlich integriert (Beste et al., 2014) und haben ein erhöhtes Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko (Kroll et al., 2016). 40 % von ihnen leiden unter erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen (Eggs et al., 2014), was ihre Arbeitsfähigkeit stark beeinträchtigt und oft einen Rehabilitationsbedarf nach sich zieht (Kroll et al., 2016).Trotz Rehabilitationsbedarfs werden Maßnahmen oft nicht in Anspruch genommen, z.B. aufgrund von Hürden im Antragsverfahren oder fehlender Unterstützung.

Das rehapro-Modellprojekt ReFit Stuttgart zielt darauf ab, diese Probleme durch eine engere Betreuung und Unterstützung bei der Antragsstellung von Rehabilitationsleistungen zu lösen. ELBs werden vor, während und nach der medizinischen Rehabilitation umfassend begleitet, wobei sprachliche und soziale Hürden aktiv berücksichtigt werden. Durch spezielle "Brückenangebote" soll die Arbeitsfähigkeit gezielt gefördert und die berufliche Teilhabe sowie die Integration in den Arbeitsmarkt verbessert werden. Ziel des Projekts ist die Stärkung der physischen und psychischen Gesundheit sowie der beruflichen Teilhabe der ELBs.

Methoden

Im Rahmen der Prozessevaluation werden die ReFit-Teilnehmenden zu drei verschiedenen Zeitpunkten mittels Fragebogen befragt: bei Projektbeginn (t0), nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation (t1) und nach Abschluss des gesamten ReFit-Projekts (t2). Die Fragebögen erheben unter anderem Informationen zu Erwerbsprognose, Gesundheitsstatus, Selbstwirksamkeit und Änderungsbereitschaft. Zusätzlich liegt ein besonderes Augenmerk auf der Motivation sowie der Zufriedenheit der Teilnehmenden.

Ergebnisse

Die dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die ersten zwei Erhebungszeitpunkte. Insgesamt liegen Fragebogendaten von 79 Personen zu t0 und von 42 Teilnehmenden zu t1 vor. Zu t1 steigerte sich die subjektive Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu t0 signifikant (Mittelwerte ± Standardabweichung: t0=2,7±1,8; t1=3,7±2,5, p=0,007). Ebenso verringerte sich die soziale Belastung der Teilnehmenden signifikant (HEALTH-49, t0=1,9±0,9; t1=1,6±0,9, p=0,007). Zu keinen signifikanten, aber tendenziellen Verbesserungen kam bei der Resilienz (RS-11), der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (VR-12) sowie der Arbeitsmotivation (DIAMO). Die Teilnehmenden bewerteten zu t1 sowohl das körperliche Wohlbefinden ($p < 0,001$), die Lebensqualität (p=0,042) sowie den Umgang mit alltäglichen Belastungen (p=0,036) signifikant besser im Vergleich zu t0. Die Motivation für das ReFit-Projekt blieb von t0 zu t1 ähnlich hoch – die meisten Teilnehmenden waren „sehr stark motiviert“ bzw. „stark motiviert“. Die Änderungsbereitschaft (PAREMO; t0=8,5±2,3; t1=8,5±2,5) sowie die Selbstwirksamkeitserwartung (ASKU; t0=3,3±0,9; t1=3,3±1,0) veränderten sich von t0 zu t1 im Mittel nicht.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass sich sowohl die Arbeitsfähigkeit als auch die soziale Belastung der Teilnehmenden nach der Rehabilitation (t1) deutlich verbessert haben. Dies lässt darauf schließen, dass ReFit sowie die Reha einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der Teilnehmenden hatte. Die hohe und konstante Motivation der Teilnehmenden verdeutlicht die Bedeutung von ReFit. Die verbesserte Gesundheitsbewertung, insbesondere hinsichtlich des körperlichen Wohlbefindens und der allgemeinen Lebensqualität, untermauern die positiven

Effekte der Reha. Allerdings zeigt die Untersuchung zur Selbstwirksamkeit, dass diese nach der ersten Erhebung unverändert blieb und die Teilnehmenden im Vergleich zur Normstichprobe (MW=4,0; Beierlein et al., 2012) eine niedrigere individuelle Kompetenzerwartung aufweisen. Dies lässt vermuten, dass trotz der erzielten Fortschritte in anderen Bereichen gezielte Maßnahmen notwendig sind, um das Selbstbewusstsein der Teilnehmenden zu fördern. Darüber hinaus blieb die Änderungsbereitschaft auf einem relativ guten Niveau, was darauf hinweist, dass die Teilnehmenden grundsätzlich bereit sind, sich weiterzuentwickeln und Veränderungen zuzulassen.

Insgesamt zeigt sich, dass ReFit vielversprechend sein kann und der Bedarf hoch ist. Die Rehabilitation führte bereits zu ersten gesundheitlichen Verbesserungen. Es ist jedoch entscheidend, dass die Brückenangebote diesen ersten Schritt in die richtige Richtung stabilisieren und weiter ausbauen, um die Gesundheit, Arbeitsfähigkeit sowie das Selbstvertrauen und die Einstellungen der Teilnehmenden nachhaltig zu fördern.

Take-Home-Message

Die ersten Ergebnisse tendieren dazu, dass ReFit sich bisher als wirkungsvolles Angebot erweist, um Bürgergeld-Empfänger durch eine intensivere Unterstützung den Weg in die Rehabilitation zu ermöglichen.

Literatur

Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J., Rammstedt, B. (2012): Ein Messinstrument zur Erfassung subjektiver Kompetenzerwartungen: Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU). GESIS-Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften Working Papers.

Beste J, Bethmann A, Gundert S. (2014): Sozialstruktur und Lebensumstände: Materielle und soziale Lage der ALG-II-Empfänger. IAB-Kurzbericht 2014;24.

Bundeszentrale für politische Bildung. Grundsicherung für Arbeitsuchende 2012. https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61760/grundsicherung-fuer-arbeitsuchende.

Eggs, J., Trappmann, M., Unger, S. (2014): Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich: ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein.

Kroll, LE., Müters, S., Lampert, T. (2016): Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit: Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2016;59(2):228–37. doi:10.1007/s00103-015-2282-7.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, rehapro

Analyse zur Erfüllung des Reha-Therapiestandards Brustkrebs auf Basis von DRV-Qualitätsberichten der Jahre 2017-2019

André Golla[1]; Erik Farin-Glattacker[2]; Kathrin Murauer[3]; Emre Özbulut[2]; Heiner Vogel[3]; Nicole Wimmesberger[2]; Thorsten Meyer-Feil[1]

[1] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, [2] Universitätsklinikum Freiburg, [3] Universitätsklinikum Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) unterhält ein umfassendes Verfahren zur Qualitätssicherung (QS) in der medizinischen Rehabilitation. Auf der Grundlage von Vorgaben zur Angebotsgestaltung in Form von Reha-Therapiestandards (RTS) sowie eines Dokumentationssystems zur Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) werden den leistungserbringenden Rehabilitationseinrichtungen jährlich einrichtungsindividuelle QS-Berichte bereitgestellt. Diese enthalten u. a. Informationen zur Erfüllung und Umsetzung der RTS-Vorgaben, die in einer einrichtungsübergreifenden Gesamtbetrachtung auch das rehabilitative Leistungsgeschehen innerhalb eines Indikationsbereiches verdeutlichen. Im Rahmen der Überprüfung und Aktualisierung der RTS-Vorgaben wird ergänzend zur literaturbezogenen Evidenzsynthese und dem Expertenaustausch das dokumentierte Versorgungsgeschehen herangezogen, um mögliche Anpassungsbedarfe des jeweiligen RTS zu identifizieren. Dazu erfolgt ein Soll-Ist-Abgleich, um potenzielle Diskrepanzen hinsichtlich der ETM-Umsetzung aufzudecken. Am Beispiel des RTS Brustkrebs (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016) veranschaulicht der Beitrag das Analyseverfahren im Rahmen der derzeitigen RTS-Aktualisierung und präsentiert zentrale Ergebnisse zur fachabteilungsübergreifenden Leistungsgestaltung.

Methoden

Die Analyse des Leistungsgeschehens basiert auf den einrichtungsindividuellen QS-Berichten zur Umsetzung der RTS aus den Jahren 2017-2019 (d.h. vor der Corona-Pandemie). Seitens der DRV wurden hierfür anonymisierte QS-Berichtsdaten in aggregierter Form zur Verfügung gestellt, die für jede Fachabteilung die Umsetzungsdetails der evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) sowie die dafür dokumentierten KTL-Codes enthielten. Anhand dieser Daten wurde der Erfüllungsgrad aller ETM hinsichtlich des leistungsbezogenen Mindestumfangs und des Mindestanteils der zu behandelnden Rehabilitandinnen analysiert. Es erfolgte eine deskriptive Auswertung auf der Ebene der Leistungsfälle (a: Anteil der Rehabilitandinnen mit erfülltem ETM-Mindestumfang) sowie auf der Ebene der Fachabteilungen (b: Anteil der Fachabteilungen, die die Mindestumfänge für den geforderten Mindestanteil an Rehabilitandinnen erfüllen). Für die Analyse standen QS- Berichtsdaten von 291 Fachabteilungen (FA) mit insgesamt 110.873 Leistungsfällen (LF) zur Verfügung (im Jahr 2017: 98 FA mit 36.426 LF; im Jahr 2018: 97 FA mit 36.856 LF; im Jahr 2019: 96 FA mit 37.591 LF).

Ergebnisse

Ausgehend von den Mindestanteilen an zu behandelnden Rehabilitandinnen zeigte sich in der Gesamtbetrachtung auf Leistungsfallebene, dass in allen 10 ETM im Jahr 2019 der Leistungsmindestumfang für die anvisierten Rehabilitandinnenanteile erreicht wurde (Tab. 1). Betrachtet man hingegen den Erfüllungsgrad auf Fachabteilungsebene, so erreichen teilweise nur 2 von 3 FA den Mindestanteil an zu behandelnden Rehabilitandinnen (z.B. ETM 5 = 63,5 % der FA; s. Tab. 1). Lediglich beim ETM 1 Bewegungstherapie konnten nahezu alle Fachabteilungen (99,0 %) die Mindestanforderung des RTS umsetzen. Im Längsschnittvergleich der Jahre 2017und 2019 ist bei einigen ETM ein Anstieg der fachabteilungsbezogenen Erfüllungsgrade zu beobachten, wobei die höchsten Zuwächse bei ETM 5 Gesundheitsbildung (+12,5 %) und ETM 4 Krankheitsspezifische Patientenschulung (+10,7 %) zu verzeichnen sind. Eine vertiefende einrichtungsvergleichende Analyse verdeutlicht zudem, dass trotz der Unterschreitung der Mindestanteile an zu behandelnden Rehabilitandinnen die jeweiligen ETM-Inhalte durch die Fachabteilungen erbracht wurden. Die Nichterfüllung der geforderten Mindestanteile erklärt sich vordergründig durch zu geringe zeitliche Leistungsumfänge und nicht durch ein generell fehlendes Leistungsangebot. Zudem bieten die Fachabteilungen häufig deutlich mehr Rehabilitandinnen die entsprechenden Leistungen an, als es für die einzelnen ETM gefordert ist.

Tab. 1: Erfüllung der ETM-Vorgaben des RTS Brustkrebs im Jahr 2019 auf Ebene der Leistungsfälle (a) und der Fachabteilungen (b)

ETM-Bezeichnung mit Mindestvorgaben *Umfang pro Rehabilitandin und Mindestanteil je Einrichtung*	**Erfüllungsgrad im Jahr 2019**	
	(a) Ebene Leistungsfälle N= 37.591	*(b) Ebene Fachabteilungen N=96*
ETM 01 – Bewegungstherapie *mind. 240 Min./Wo. - 5 mal/Wo. für mind. 75 % der Rehabilitandinnen*	93,5 %	99,0%
ETM 02 – Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien *mind. 60 Min./Wo. für mind. 30 % der Rehabilitandinnen*	47,3 %	75,0 %
ETM 03 – Lymphödemtherapie *mind. 60 Min./Wo. mind. 2 mal für mind. 10 % der Rehabilitandinnen*	14,2 %	71,9 %
ETM 04 – Krankheitsspezifische Patientenschulung *mind. 120 Min./Reha für mind. 60 % der Rehabilitandinnen*	75,3 %	78,1 %
ETM 05 – Gesundheitsbildung *mind. 180 Min./Reha für mind. 80 % der Rehabilitandinnen*	83,2 %	63,5 %
ETM 06 – Ernährungstherapeutische Leistungen *mind. 45 Min./Reha für mind. 75 % der Rehabilitandinnen*	90,1 %	84,4 %
ETM 07 – Psychologische Interventionen und Künstlerische Therapien *mind. 90 Min./ Wo. für mind. 40 % der Rehabilitandinnen*	49,9 %	71,9 %
ETM 08 – Entspannungsverfahren *mind. 90 Min./Wo. für mind. 50 % der Rehabilitandinnen*	64,9 %	80,2 %
ETM 09 – Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration *mind. 60 Min./ Reha für mind. 60 % der Rehabilitandinnen*	68,8 %	67,7 %
ETM 10 – Vorbereitung nachgehender Leistungen *mind. 15 Min./Reha für mind. 80 % der Rehabilitandinnen*	91,2 %	85,4 %

Diskussion und Fazit

Für die in der Analyse berücksichtigten Leistungsfälle und Fachabteilungen bestätigen die Ergebnisse, dass die Anforderungen des RTS Brustkrebs in den Jahren 2017 bis 2019 zu

großen Teilen umgesetzt wurden. Auch wenn einige Fachabteilungen die geforderten Mindestanteile an zu behandelnden Rehabilitandinnen bei bestimmten ETM nicht vollständig erreichen, zeigt die fachabteilungsübergreifende Betrachtung einen angemessenen Versorgungsgrad für Rehabilitandinnen mit Brustkrebs. Die Ergebnisse der beiden analysierten Perspektiven sind in sich nicht konsistent, und zeigen damit, dass sich die Ausgestaltung der Leistungen (bezogen auf Umfang und Anteil der Rehabilitandinnen) in den Fachabteilungen zum Teil deutlich unterscheidet. Gründe oder Zusammenhänge hierfür können aus den aggregierten QS-Daten aufgrund fehlender Hintergrundinformationen nicht abgeleitet werden. Hierzu bedarf es umfangreicherer Datenzugänge unter Berücksichtigung von Rehabilitationsmerkmalen und Strukturdaten.

Take-Home-Message

Die aggregierten Daten der QS-Berichterstattung ermöglichen es, die Umsetzung der RTS im Längs- und Querschnitt abzubilden und so Trends und Herausforderungen in der Versorgungspraxis zu identifizieren.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2016): Reha-Therapiestandards Brustkrebs für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_rehatherapiestandards/Brustkrebs/rts_brustkrebs_download.pdf?__blob=publicationFile&v=1, Abruf: 04.11.2024.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Weiterentwicklung der RTS Depressive Störungen zu RTS Psychosomatik

Kathrin Murauer[1]; Erik Farin-Glattacker[2]; André Golla[3]; Thorsten Meyer-Feil[3]; Emre Özbulut[2]; Nicole Wimmesberger[2]; Claudia Matthies[4]; Heiner Vogel[1]

[1] Universitätsklinikum Würzburg, [2] Universitätsklinikum Freiburg,
[3] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, [4] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Im Rahmen des aktuellen RTS-Projekts (Laufzeit 2023-2025, im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund) findet derzeit eine Überarbeitung der Reha-Therapiestandards (RTS) Depressive Störungen (DRV, 2016) statt. Nach Projektbeginn wurden von der DRV zwei Indikationsübergreifende RTS (1. Onkologie, 2. Allgemein (ohne Onkologie)) vorgestellt. Diese sollten sich auf jene Reha-Indikationen beziehen, die nicht bereits durch die indikationsspezifischen RTS erfasst waren. Die psychosomatischen Reha-Indikationen gehörten zu der zweiten Gruppe der indikationsübergreifenden RTS.

In den Rückmeldungen zur Entwicklung dieser indikationsübergreifenden RTS wurde vielfach darauf hingewiesen, dass die Reha-Behandlungen der eingeschlossenen psycho-

somatischen Indikationen in ihrer Struktur zwar Gemeinsamkeiten aufweisen, sich jedoch in wesentlichen Aspekten grundlegend von denen der meisten somatischen Indikationen unterscheiden. Basierend auf diesen Ergebnissen und einem Workshop mit Expertinnen und Experten aus der Reha-Praxis wurden aus den RTS Depressive Störungen nun die RTS Psychosomatik entwickelt.

Methoden

Die Entwicklung der RTS Psychosomatik basiert auf mehreren Säulen: der Überarbeitung der RTS Depressive Störungen, der Entwicklung der indikationsübergreifenden RTS, der Online-Befragung zu den indikationsübergreifenden RTS sowie dem dafür einberufenen Workshop mit psychosomatischen Reha-Klinker:innen.

Die Überarbeitung der RTS Depressive Störungen erfolgte zunächst analog zu den anderen elf indikationsspezifischen Reha-Therapiestandards. Eine systematische Literaturrecherche nach internationalen Leitlinien und relevanten Therapien wurde durchgeführt, gefolgt von einer Analyse der aktuellen Versorgungssituation anhand von Leistungsdokumentationen (KTL-Analyse) der Reha-Einrichtungen. Dies ermöglichte die Identifizierung notwendiger Veränderungen bezüglich der Vorgaben zu Häufigkeiten und Gesamtdauern der in den Evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) jeweils einzubeziehenden Therapieleistungen (gemäß der Klassifikation Therapeutischer Leistungen/KTL).

Im Rahmen dieses Projekts wird schließlich eine Überprüfung der eingesetzten Reha- Leistungen bei den verschiedenen Indikationen vorgenommen, um sicherzustellen, dass die Therapiestandards in den entsprechenden Gruppen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sachgerecht sind.

Eine Online-Befragung von Reha-Praktiker:innen zu den indikationsübergreifenden RTS lieferte bereits wichtige Hinweise auf die Erweiterung der indikationsübergreifenden Reha-Therapiestandards. Der Workshop zur Entwicklung der RTS Psychosomatik gab schließlich die Rahmenbedingungen der Weiterentwicklung der RTS Depressive Störungen zu den RTS Psychosomatik vor.

Ergebnisse

Die Literaturanalyse zur Indikation depressive Störungen bestätigt u.a. die gute Evidenzlage für Psychologische Interventionen und Bewegungstherapie während in anderen ETM ein Revisionsbedarf aufgezeigt wurde. Zudem wurden Empfehlungen aus Leitlinien identifiziert, die nicht nur für depressive Störungen, sondern auch für andere psychische Erkrankungen, wie beispielsweise Angststörungen, relevant sind und übertragen werden können. Darüber hinaus gibt es allgemeine Empfehlungen, die auf eine Vielzahl psychischer Erkrankungen anwendbar sind.

Ergebnisse aus der Literaturrecherche der RTS für depressive Störungen umfassen unter anderem die Empfehlungen zur Erhöhung der Mindestdauer für das ETM 4 (Entspannungsverfahren) sowie zur Aufnahme von Yoga in dieses Modul. Eine wesentliche Neuerung ist die Einführung eines ETM 12 (Einbezug von Angehörigen), da die Literatur zahlreiche Hinweise auf die Notwendigkeit der Angehörigenarbeit liefert.

Im Workshop mit Reha-Expert:innen zeigte sich eine hohe Übereinstimmung hinsichtlich der therapeutischen Ausgestaltung der Rehabilitation psychischer Erkrankungen. Einstimmig

wurde festgehalten, dass die Anforderungen der RTS Depressive Störungen für nahezu alle F-Diagnosen gelten können.

Für den Entwurf der RTS Psychosomatik wurden die Anforderungen der RTS Depressive Störungen, aktualisiert auf Grundlage der Ergebnisse der Literaturrecherche, übernommen. Dadurch entstand ein Entwurf, der sich auf das ganze Kapitel F (Psychische Störungen) bezieht, während allerdings spezielle Diagnosen/Indikationen (Abhängigkeitserkrankungen, Anorexie) ausgenommen wurden. Der Entwurf wurde zudem mit Daten aus der Versorgungsrealität (KTL-Daten 2022) abgeglichen.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zum RTS Depressive Störungen sowie die Erkenntnisse aus dem Workshop mit Expert:innen sind Grundlage für die Entwicklung der RTS Psychosomatik. Die RTS Psychosomatik berücksichtigen die spezifischen Anforderungen der psychosomatischen Rehabilitation, die sich u.a. durch einen höheren Anteil an psychotherapeutischen Interventionen und durchweg längere Rehabilitationsdauern auszeichnen. Nach Einschätzung der Reha-Praktiker:innen wiegen die Vorteile des besseren Handlings in den Reha-Einrichtungen den möglichen Nachteil, dass Spezifika der Rehabilitation bei Menschen mit Depressionen nicht mehr erkennbar sind, auf.

Der Entwurf der RTS Psychosomatik wird nun in einer abschließenden Online-Befragung evaluiert, bevor er im Herbst 2025 veröffentlicht wird. Damit wird sichergestellt, dass die neuen Standards sowohl evidenzbasiert als auch praxistauglich sind.

Take-Home-Message

Die Entwicklung der RTS Psychosomatik, basierend auf den RTS Depressive Störungen und der Einführung indikationsübergreifender RTS, zielt darauf ab, die spezifischen Anforderungen der psychosomatischen Rehabilitation zu berücksichtigen und gleichzeitig eine einheitliche Qualitätssicherung zu gewährleisten.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung [DRV] (2016): Reha-Therapiestandards Depressive Störungen. Broschüre, Selbstverlag. Download: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_rehatherapiestandards/Depression/rts_depression_download.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (6.11.2024).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatursynthese zur Überarbeitung der Reha-Therapiestandards - Methodisches Vorgehen und Ergebnisse am Beispiel des RTS Diabetes Mellitus Typ II

André Golla[1]; Erik Farin-Glattacker[2]; Kathrin Murauer[3]; Emre Özbulut[2]; Heiner Vogel[3]; Nicole Wimmesberger[2]; Thorsten Meyer-Feil[1]

[1] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, [2] Universitätsklinikum Freiburg, [3] Universitätsklinikum Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Mit den Reha-Therapiestandards (RTS) hat die Deutsche Rentenversicherung (DRV) einen konzeptuellen Rahmen für die evidenzbasierte Therapieausgestaltung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation etabliert. Im Gegensatz zu klassischen medizinischen Leitlinien, die die Versorgung auf Einzelfallebene adressieren, richten sich die RTS an leistungserbringende Rehabilitationseinrichtungen und geben den therapeutischen Handlungsrahmen für eine bestimmte Rehabilitand:innengruppe vor (Farin et al., 2018). Die aktuell zwölf indikationsspezifischen RTS bestehen jeweils aus mehreren evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM), für die Ziele, Inhalte, Aspekte der formalen Ausgestaltung sowie Mindestanforderungen an die Leistungserbringung definiert sind (Korsukéwitz, 2007). Die RTS werden regelmäßig vor dem Hintergrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, etablierter Therapieempfehlungen/-pfade sowie der Versorgungsrealität überprüft und aktualisiert. Der vorliegende Beitrag skizziert am Beispiel des RTS Diabetes mellitus Typ II das methodische Vorgehen der Literatursynthese, die als zentrale Ausgangsbasis dem Aktualisierungsprozess der RTS zugrunde liegt, und seine Ergebnisse.

Methoden

Die Literatursynthese ist Bestandteil des RTS-Projektes (Laufzeit: 2023-2025; im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund) und erfolgt nach einem einheitlich definierten Stufenschema, mit dem Ziel für jedes ETM eines RTS eine literaturbasierte Evidenzsynthese zu erstellen. Das Stufenschema sieht vor, dass initial anhand von internationalen Leitlinien die indikationsbezogenen Versorgungsstandards zusammengetragen und mit den aktuellen Anforderungen der RTS abgeglichen werden. Aus den gesichteten Leitlinien (indikationsbezogene Recherche über definierte Datenbanken) werden dazu rehabilitationsrelevante Einzelempfehlungen extrahiert und unter Kategorisierung des Evidenzlevels und Empfehlungsgrades den bestehenden ETM eines RTS thematisch zugeordnet. Nach Berücksichtigung des Empfehlungsumfangs sowie der Aktualität/Passung der Leitlinien erfolgt in einem zweiten Schritt eine systematische, ETM-bezogene Ergänzung von Kernergebnissen aktueller Übersichtsarbeiten mit rehabilitativen Schnittmengen (systematische Reviews, Meta-Analysen etc.). Optional werden im dritten Schritt Erkenntnisse aus Originalarbeiten ergänzt, insbesondere bei mangelnden Befunden in den vorangegangenen Schritten. Extrahierte Empfehlungen und Erkenntnisse zu Themenbereichen, die keinem bestehenden ETM zugeordnet werden können, aber für die rehabilitative Versorgung potenziell bedeutsam sind, werden in neuen Themenkategorien zusammengefasst und finden so den Weg in den Aktualisierungsprozess. Abschließend wird für jedes ETM eine Evidenzübersicht aus den zugeordneten Empfehlungen/Erkenntnissen

und unter Berücksichtigung der letzten Aktualisierung erstellt. Für die Literatursynthese zum RTS Diabetes Mellitus Typ II, der aus 10 ETM besteht und für die Versorgung von Rehabilitand:innen mit der Entlassungsdiagnose ICD-10 E11 gilt, wurden die ersten beiden Schritte des Stufenschemas durchgeführt (Verzicht auf den optionalen dritten Schritt aufgrund guter Leitlinienverfügbarkeit).

Ergebnisse

Im ersten Schritt ließen sich 9 übergreifende und 7 themenspezifische Leitlinien sowie eine Leitliniensynopse im Kontext der Diabetesversorgung identifizieren (Veröffentlichungszeitraum: 2014-2024). Im zweiten Schritt wurden weitere 114 Übersichtarbeiten aus den Jahren 2021-2024 für die Literatursynthese ergänzt. Aus den Leitlinien konnten anschließend insgesamt 198 Einzelempfehlungen (EE) den 10 ETM zugeordnet werden. Unter Berücksichtigung der Übersichtsarbeiten lag insbesondere für die Module Krankheitsspezifische Patientenschulung (Anzahl; EE=37, ÜA=15), Bewegungstherapie (EE=35, ÜA=19), Ernährungstherapeutische Leistungen (EE=35, ÜA=8) sowie Psychologische Interventionen (EE=32, ÜA=14) eine umfangreiche Grundlage zur ETM- Bewertung vor. Eine geringere Datenbasis ergab sich für die Module Entspannungsverfahren (EE=2, ÜA=7) sowie Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration (EE=2, ÜA=6). Neben weiteren 30 ETM-übergreifenden Einzelempfehlungen (+7 ÜA) konnten im Rechercheprozess zusätzlich 29 EE (+20 ÜA) zu weiteren Versorgungselementen extrahiert werden, die derzeit nicht direkt in den RTS repräsentiert sind. Dazu gehören die Themen Umgang mit diabetesspezifischen Technologien/Geräten, Schlafqualität/Schlafapnoe und Nutzung von EHealth-Applikationen/Online-Interventionen.

Diskussion und Fazit

Die dargestellte Literatursynthese führt zu einer transparenten Grundlage für die Ermittlung von Überarbeitungsbedarf und Anpassungsoptionen im Rahmen der RTS-Aktualisierung. Das angewandte Stufenschema erlaubt dabei eine gewisse Flexibilität bei der Zusammenstellung der Bewertungsgrundlage und liefert gleichzeitig Hinweise auf relevante Therapieelemente und übergreifende Versorgungstrends. Die Literatursynthese stützt weitgehend den aktuellen Aufbau des RTS Diabetes Mellitus Typ II, legt aber auch einzelne potenzielle Überarbeitungspunkte offen. Diese Erkenntnisse fließen zusammen mit weiteren Perspektiven (v.a. Umsetzung der RTS, Expert:innenmeinungen, Strukturvorgaben) in den Aktualisierungsprozess mit ein.

Take-Home-Message

Die literaturbasierte Evidenzsynthese ist zentraler Bestandteil der RTS-Aktualisierung und stellt eine ressourceneffiziente Methode dar, klassische Leitlinieninhalte und Versorgungsstandards mit dem historisch gewachsenen Rahmenkonzept der medizinischen Rehabilitation in Deutschland zu verknüpfen.

Literatur

Farin, E., Wirth, A., Quaschning, K., Meyer, T., Nowik, D., Block, I., Vogel, H., Volke, E. (2018): Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 57. 48–54.

Korsukéwitz, C. (2007): Reha-Leitlinien: Vorgaben für eine" gute" Rehabilitation. Deutsches Ärzteblatt, 104 (23). 1640.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Praxisperspektiven zum Indikationsübergreifenden Reha-Therapiestandard: Ergebnisse einer Online-Befragung

Nicole Wimmesberger[1]; Emre Özbulut[1]; André Golla[2]; Thorsten Meyer-Feil[2]; Claudia Matthies[3]; Kathrin Murauer[4]; Malgorzata Schlöffel[1]; Heiner Vogel[4]; Erik Farin-Glattacker[1]

[1] Universitätsklinikum Freiburg, [2] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, [3] Deutsche Rentenversicherung Bund, [4] Universitätsklinikum Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Die Reha-Therapiestandards (RTS) stellen ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation dar, welches von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) eingesetzt wird. Rehabilitationsleistungen werden in den RTS in verschiedenen evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) zusammengefasst. Im Jahr 2021 wurde für 41 % der Rehabilitationen eine Abdeckung durch indikationsspezifische RTS festgestellt. Es scheint sinnvoll, den bislang nicht erfassten Teil der Rehabilitationsleistungen im Rahmen der Qualitätssicherungsberichterstattung verstärkt zu berücksichtigen. Als Erweiterung der bereits etablierten zwölf indikationsspezifischen RTS wurden von der DRV zwei weitere RTS entwickelt: die allgemeinen indikationsübergreifenden RTS sowie die indikationsübergreifenden RTS spezifisch für die Onkologie.

Die Integration von Praxiserfahrungen aus der Rehabilitation stellt einen zentralen Bestandteil des wissenschaftlichen Projekts zur Weiterentwicklung der beiden neuen RTS dar. Die Entwürfe der indikationsübergreifenden RTS wurden im Rahmen einer Online-Befragung von Expert:innen aus der Reha-Praxis evaluiert. Die Befragungsergebnisse und die Analyse der eingegangenen Hinweise und Änderungswünsche dienten als Grundlage zur Anpassung der Entwürfe. Dieses Vorgehen gewährleistet, dass Fachwissen und Expertise aus der Reha-Praxis in den weiteren Abstimmungsprozess bezüglich der neu entwickelten RTS einfließen. Der vorliegende Beitrag berichtet von den Ergebnissen bezgl. der allgemeinen indikationsübergreifenden RTS.

Methoden

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde im Zeitraum von September bis Oktober 2023 eine Onlinebefragung mit geschlossenen und offenen Fragen an Expert:innen aus dem Bereich der Rehabilitation durchgeführt. Nach der Abfrage beschreibender Merkmale (z.B. Berufsgruppe, Vorerfahrung mit den RTS) hatten die Teilnehmenden unter anderem die Möglichkeit, die Mindestdauer und den Mindestanteil an zu behandelnder Rehabilitand:innen der evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) der indikationsübergreifenden RTS mit einer Likert-Skala ("angemessen", "zu niedrig", "zu hoch") zu bewerten. Die Teilnehmenden wurden

darauf hingewiesen, dass ein Argument umso gewichtiger bewertet wird, je besser die Anmerkung (ggf. auch mit Literatur) begründet ist. Ein ETM der indikationsübergreifenden RTS wurde von der Projektgruppe für die vorliegende Auswertung als „auffällig“ bewertet, wenn die Mindestdauer von weniger als 70% oder der Mindestanteil von weniger als 60% der Teilnehmenden angemessen bewertet wurde. Die Freitexte der offenen Fragen (z. B. wahrgenommener Änderungsbedarf bei einzelnen ETM) wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen n=498 Personen an der Online-Umfrage teil, wobei n=235 Personen einen vollständig ausgefüllten Fragebogen absandten. Die Mehrheit (96%) der Teilnehmenden war in der Reha-Praxis tätig, die übrigen Teilnehmenden waren in der Reha-Forschung tätig. Die am häufigsten vertretenen Fachabteilungen waren die Orthopädie, Psychosomatik sowie Neurologie.

Die Ergebnisse (siehe Tab. 1) zeigen, dass drei ETM der RTS auffällig waren. Die Mindestdauer des ETM Bewegungstherapie wurde von 33% der Befragten als zu hoch bewertet, sodass von Seiten der DRV eine Reduzierung vorgenommen wurde. ETM Psychologische Interventionen zeigte widersprüchliche Ergebnisse, die auf unterschiedliche Fachabteilung zurückzuführen waren. In der Psychosomatik besteht ein höherer Bedarf an psychischen Interventionen, dies wurde im Rahmen der Entwicklung der RTS Psychosomatik umgesetzt. Das ETM Tabakentwöhnung wurde aufgrund der Rückmeldungen gestrichen und dem ETM Patientenschulung zugeordnet. In den Antworten auf die offenen Fragen wurde wiederholt die Integration digitaler Interventionen empfohlen. Bezüglich der ETM Entspannungsverfahren, ernährungstherapeutische Leistungen und nachgehende Leistungen wurde eine Erhöhung der Mindestdauer vorgeschlagen. Die Möglichkeit einer Zusammenlegung von ETM Gesundheitsbildung und ETM Patientenschulung wurde erörtert.

Tab. 1: Übersicht über die Bewertungen der Mindestdauer und des Mindestanteils der ETM

Evidenzbasiertes Therapiemodul (ETM)	**Mindestdauer** (rel. Häufigkeit)				**Mindestanteil** (rel. Häufigkeit)			
	n	angemessen	zu niedrig	zu hoch	n	angemessen	zu niedrig	zu hoch
ETM1: Bewegungstherapie*	170	**62%**	5%	33%	168	70%	1%	29%
ETM2: Psychologische Interventionen*	109	**59%**	23%	18%	108	**56%**	23%	20%
ETM3: Entspannungsverfahren	119	78%	21%	1%	119	72%	7%	21%
ETM4: Gesundheitsbildung	107	77%	12%	11%	107	83%	3%	14%
ETM5: Krankheitsspezifische Patientenschulung	123	75%	9%	16%	122	70%	13%	17%
ETM6: Alltagstraining	96	72%	26%	2%	97	79%	11%	9%
ETM7: Ernährungstherapeutische Leistungen	80	80%	15%	5%	78	78%	13%	9%
ETM8: Tabakentwöhnung*	81	**65%**	23%	11%	80	**44%**	6%	50%
ETM9: Leistungen soziale & berufliche Integration	95	81%	11%	8%	97	74%	3%	23%
ETM10: Funktionelle & arbeitsweltbezogene Therapien	102	76%	18%	6%	104	73%	8%	19%
ETM11: Vorbereitung nachgehender Leistungen	89	78%	21%	1%	90	84%	8%	8%

* auffällige ETM (d.h. indikationsübergreifender RTS: Mindestdauer von <70% der Teilnehmenden als angemessen oder der Mindestanteil von <60% der Teilnehmenden als angemessen bewertet)

Diskussion und Fazit

Die Einbindung von Expert:innen aus der Reha-Praxis ermöglicht es, praxisrelevante Erfahrungen in die RTS-Entwicklung einzubringen und stärkt gleichzeitig die Akzeptanz und Umsetzbarkeit der RTS in den Reha-Einrichtungen. Die Anpassung der RTS-Entwürfe an das Feedback verdeutlicht das Ziel, evidenzbasierte Standards zu schaffen, welche wissenschaftlichen und praktischen Anforderungen gleichermaßen gerecht werden. Ein

weiterer Aspekt, der sich aus den Umfrageergebnissen ableitet, ist die kritische Sichtweise der Expert:innen auf die Mindestdauern und Mindestanteile einiger ETM. Bei drei ETM wurden die vorgegebenen Mindestanforderungen als „auffällig“ eingestuft. Die Forderung nach einer Integration digitaler Interventionen reflektiert den Bedarf nach einer flexiblen Anpassung der Therapie an sich verändernde Bedarfe und die zunehmende Bedeutung digital gestützter Therapien. Basierend auf den Ergebnissen der Onlineumfrage wurden von Seiten der DRV Anpassungen vorgenommen und im Januar 2024 in den Entwürfen 2.0 veröffentlicht. Mit der Erweiterung um die allgemeinen indikationsübergreifenden RTS und die indikationsübergreifenden RTS Onkologie wird eine Lücke geschlossen. Damit werden sowohl die Anwendungsbereiche der Reha-Qualitätssicherung erweitert als auch eine strukturierte Grundlage für die Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität geschaffen.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse der Online-Befragung weisen in Teilen auf Anpassungsbedarf hin, der im Rahmen der weiteren Überarbeitung des indikationsübergreifende RTS (Entwürfe 2.0) einbezogen wurde.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2024): Indikationsübergreifende Reha-Therapiestandards Entwürfe 2.0, Stand Februar 2024. Broschüre, Selbstverlag. Download über: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/forschungs-praxis/Entwurf_RTS_2.0.pdf?__blob=publicationFile&v=16.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Ziel der Aktualisierung der Reha-Therapiestandards

Claudia Matthies; Angela Kranzmann; Daniela Sewöster

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

In der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation werden verschiedene Instrumente verwendet. Mit den Reha-Therapiestandards (RTS) werden rehabilitative Strategien und Therapien fokussiert, die evidenzbasiert sind. In der Anwendung befinden sich zwölf indikationsspezifische RTS (z. B. Chronischer Rückenschmerz; Depressive Störungen). Ca. 76% der Fachabteilungen erhielten im Jahr 2021 eine Auswertung, inwieweit ihre Versorgung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Vorgaben der RTS erfüllen („Berichte zur Reha-Qualitätssicherung“). Bezogen auf die Rehabilitationen entsprach der Anteil allerdings nur 41%. Diesen Anteil gilt es auszubauen, damit die Erbringung therapeutischer Leistungen während einer medizinischen Rehabilitation auf wissenschaftlicher, evidenzbasierter Grundlage erfolgt. Hierzu wurden Entwürfe für indikationsübergreifende RTS und RTS Onkologie entwickelt. Im Rahmen eines wissenschaftlichen Begleitprojektes werden die indikationsspezifischen RTS auf Grundlage der neuesten Evidenz angepasst und die

Entwürfe der neuen RTS weiterentwickelt. Zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen ist eine regelmäßige Aktualisierung der RTS, gestützt auf die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse, essenziell.

Methoden

Basierend auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wurden die neuen indikationsübergreifenden RTS zunächst im Analogieschluss zu den bestehenden indikationsspezifischen RTS entwickelt und in mehreren Schleifen anhand von QS-Daten geprüft. Die Expertise der Reha-Praxis wurde über eine Online-Befragung im Rahmen einer wissenschaftlichen Projektbegleitung erfasst und in die Überarbeitung integriert. Grundlage für die Anpassungen der indikationsspezifischen RTS bilden Ergebnisse indikationsbezogener Literatursynthesen, Analysen zum Versorgungsgeschehen auf Grundlage der dokumentierten Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) und die Expertise von Reha-Praktiker:innen. Zudem wird die Erweiterung der Geltungsbereiche geprüft. Die aktualisierte KTL (derzeit ebenfalls in Überarbeitung) wird eingearbeitet.

Ergebnisse

Seit Januar 2024 stehen die Entwürfe 2.0 der indikationsübergreifenden RTS und RTS Onkologie den Reha-Einrichtung zur Information zur Verfügung. Unter Berücksichtigung der erweiterten Geltungsbereiche zeigen erste Auswertungen, dass mit den indikationsspezifischen und den indikationsübergreifenden RTS zusammen perspektivisch 90 % der Fachabteilungen und 88 % der erbrachten medizinischen Rehabilitationen im Qualitätsbewertungsprozess der RTS Berücksichtigung finden könnten. Somit wird eine deutlich größere Abdeckung von rehabilitativer Leistung im Rahmen der Qualitätssicherung erzielt.

Diskussion und Fazit

Die Weiterentwicklung der RTS trägt dazu bei, die Qualitätssicherungsinstrumente der medizinischen Rehabilitation bestmöglich an die Forderungen nach Gleichbehandlung, Diskriminierungsfreiheit und Transparenz des Artikels 3 „Beschaffung von medizinischen Reha-Leistungen“ des Gesetzes digitale Rentenübersicht anzupassen. Vor diesem Hintergrund wurde der Bedarf an neuen indikationsübergreifenden Reha-Therapiestandards formuliert, deren verbindliche Anwendung ab 2026 aktuell vorbereitet werden.

Take-Home-Message

Die Weiterentwicklung der RTS und die Einführung indikationsübergreifender RTS tragen dazu bei, die Leistungserbringung in der medizinischen Rehabilitation auf eine breite, wissenschaftlich aktuelle und evidenzbasierte Grundlage zu stellen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2024): Indikationsübergreifende Reha-Therapiestandards Entwürfe 2.0. Berlin; 2024 Experten | Indikationsübergreifende Reha-Therapiestandards | Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de).

Deutsche Rentenversicherung Bund (2024): Reha-Therapiestandards Onkologie Entwürfe 2.0. Berlin; 2024 Experten | Indikationsübergreifende Reha-Therapiestandards | Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de).

Einfluss der Digitalisierung auf Persönlichkeitsentwicklung und Lernmuster: Implikationen für Sozial- und Bildungsarbeit im Modellprojekt LEILArehaktiv.

Andreas Herteux

GbF Aschaffenburg mbH

Hintergrund und Zielstellung

Die digitale Revolution hat viele Spielregeln des Zusammenlebens innerhalb weniger Jahre maßgeblich verändert. Dynamische Technologien sind Teil des Alltags und aus dem Leben vieler Menschen nicht mehr wegzudenken. Es ist ein moderner Reizrahmen entstanden, der als Umfeldvariable auf das Individuum einwirkt und das Potential hat, dieses maßgeblich zu beeinflussen (Firth et al., 2019).

Doch auf welche Art und Weise wirken sich diese neuen Umfeldeinflüsse auf Persönlichkeit, Lernmethoden sowie Kompetenzen aus und welche Adaptionen werden für eine zeitengerechte Bildungs- und Sozialarbeit notwendig?

Fragen, die sich auch im Rahmen des rehapro-Modellprojektes LEILArehaktiv stellen, das mit seinem biopsychosozialen Ansatz eine ganzheitliche Erfassung des Menschen anstrebt, um so individuell passende Strategien für die Integration von SGB-II-Empfängern mit multiplen Beeinträchtigungen entwickeln zu können. Die digitale Lebenswirklichkeit stellt dabei einen Teilerfassungsbereich dar, für die eine spezielle Messmethode entwickelt wurde.

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung ist es in dieser Hinsicht, das digitale Verhalten, sowie Einflüsse auf Persönlichkeit, sowie Verhaltens- und Lernmuster strukturiert zu erfassen sowie daraus Handlungsempfehlungen für die Sozial- und Bildungsarbeit abzuleiten.

Methoden

Die Erhebung von Nutzungs- und Verhaltensdaten sowie die Wirksamkeitsanalysen sind in der Evaluation des rehapro-Modellprojektes LEILArehaktiv verankert. In diesem Gesamtrahmen wird ein Mixed-Methods-Ansatz verwendet (Kuckartz, 2014).

Für die Erhebung von Daten der digitalen Beeinflussung wird das Erhebungsinstrument EDEDKI (Evaluation digitaler Einflüsse des kollektiven Individualismus) zur Befragung der Projektteilnehmer in angepasster Form verwendet (Herteux, 2022) und durch Kontrollfragen an die LEILA-Case-Manager ergänzt. EDEDKI besteht aus 15 Fragen, davon 3 Matrix- und 12 Einfach- sowie Mehrfachauswahl-Elementen.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 97 Personen befragt werden. Der größte Teil der Befragten stammt aus der Altersgruppe 46+ (52,58 %). Lediglich 18,56 % waren unter 35 Jahre alt. Die Internetnutzungsdauer gestaltet sich bei 22,58 % sehr intensiv (>7 Stunden/Tag) und bei

50,53 % intensiv (mindestens 3 Stunden/Tag). Eine Korrelation mit dem Alter ist an dieser Stelle augenscheinlich. 39,40 % betrachten das Internet als Möglichkeit zur Persönlichkeitsaufwertung.

Weitere Abfragen beschäftigen sich konkret mit Kompetenzen, Präferenzen sowie operanten Konditionierungen.

Die Daten zeigen, um einige Erkenntnisse herauszugreifen, dass die digitale Konditionierung viele der Befragten dazu gebracht haben könnte, kurze, multimodale, oft hochfrequentierte Inhalte wie Videos gegenüber textbasierten oder tiefen Formaten zu bevorzugen. Lesen hat bei der befragten Gruppe an Bedeutung verloren, so werden längere Texte nur noch von 11,76 % oft oder sehr oft gelesen, während es bei kurzen Videos, wie sie Plattformen wie Youtube oder TikTok offerieren, 39,73 % sind, die diese oft oder sehr oft zur Informationsbeschaffung heranziehen. Es ist daher eine Verschiebung zu beobachten.

Insgesamt empfiehlt es sich daher, die Sozial- und Bildungsarbeit an diese und andere Veränderungen anzupassen.

Diskussion und Fazit

Die Erforschung des digitalen Einflusses auf das Individuum und dessen Folgen ist noch ein junges Forschungsfeld in einem dynamischen, sich wandelnden Reizrahmen. Mutmaßlich negative Phänomene werden dabei oft medial in den Vordergrund gestellt (Moser, 2019).

Die Ergebnisse zeigen allerdings, dass entsprechende Elemente nicht nur erhebbar und sondern auch wertneutral in die Sozial- und Bildungsarbeit integrierbar sein könnten. Erste Indikatoren deuten darauf hin, dass eine erhebliche Beeinflussung stattfindet und dies berücksichtigt werden sollte.

Für das Modellprojekt LEILArehaktiv, das den Menschen nach einem biopsychosozialen Ansatz möglichst umfassend erfassen will, um eine optimale Integrationsstrategie entwickeln zu können, ist dies hilfreich, allerdings lässt sich diskutieren, ob EDEDKI nicht weiter optimiert werden sollte.

Die Beachtung der digitalen Lebenswirklichkeit sowie der modernen Reizgesellschaft erscheint in einem Alltag, in dem der technologische Fortschritt für den Einzelnen immer mehr an Bedeutung gewinnt, unabdingbar.

Take-Home-Message

Die digitale Welt ist heute eine zentrale Umfeldvariable. Sie prägt den Menschen auf mannigfaltige Art und Weise. Die Auswirkungen sollten tiefgehend erforscht und die Sozial- und Bildungsarbeit ggf. angepasst werden.

Literatur

Firth, J., Torous, J., Stubbs, B., Firth, J.A., Steiner, G.Z., Smith, L., Alvarez-Jimenez, M., Gleeson, J., Vancampfort, D., Armitage, C.J., Sarris, J. (2019): The "online brain": how the Internet may be changing our cognition. World Psychiatry.;18(2):119-129

Herteux, A. (2022): Neue Herausforderungen in der Krankenpflegeausbildung im 21. Jahrhundert: Ausbildungsergänzungen für das Zeitalter des kollektiven Individualismus. Erich von Werner Verlag.

Kuckartz, U. (2014): Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Springer VS.
Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest (Hg.): JIM-Studie 2019: – Basisuntersuchung zum Medienumgang 12–19-Jähriger, Baden-Württemberg: LFK, 2019
Moser, H. (2019): Einführung in die Medienpädagogik. Aufwachsen im digitalen Zeitalter. Springer VS. S 63 ff.

Förderung: Fachstelle Rehapro/ Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Entwicklung eines Milieumodells zur Arbeitsmarktintegration von SGB-II-Empfängern mit langfristigen Einschränkungen

Andreas Herteux

GbF Aschaffenburg mbH

Hintergrund und Zielstellung

Deutschland verfügt über ein großes Potenzial an SGB-II-Empfängern mit nicht-temporären Einschränkungen, das zumindest formal als arbeitsfähig gilt. Dieses Potenzial kann jedoch mit den bisherigen Eingliederungsansätzen, die primär aus kurzfristigen oder anlass-bezogenen Maßnahmen bestehen, nur geringfügig in den Arbeitsmarkt integriert werden.

Eine der zentralen Herausforderungen besteht darin, dass diese Zielgruppe nicht selten als homogene Masse betrachtet wird, obwohl sie in Wirklichkeit heterogen ist. Diese Vielfalt, die eine ebenso diverse Ansprache erfordert, wurde bislang möglicherweise nicht ausreichend berücksichtigt.

Eine Möglichkeit, dies in den Fokus zu rücken, bestünde darin, mithilfe entsprechender Erhebungen innerhalb einer ausreichend großen Teilnehmergruppe Lebenswirklichkeiten zu bilden. Basierend auf diesen Bündelungen könnten passende Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, um den Eingliederungsprozess erfolgreicher zu gestalten.

Das rehapro-Modellprojekt LEILArehaktiv, das einen biopsychosozialen Ansatz verfolgt und seit März 2022 Teilnehmer bis zu fünf Jahre lang mit einem Betreuungsschlüssel von 3,25 Stunden begleitet, verfügt über eine entsprechende Datenbasis und eignet sich daher, um ein solches Modell zu entwickeln.

Methoden

Für die Konstruktion eines Milieumodells für SGB-II-Empfänger mit nicht-temporären Einschränkungen werden Daten aus dem rehapro-Modellprojekt LEILArehaktiv genutzt, das in insgesamt fünf Landkreisen und einer Stadt durchgeführt wird. Insgesamt handelt es sich um ein Einzugsgebiet von ca. 774.000 Menschen, von denen allerdings nur ein geringer Prozentsatz die Teilnehmerkriterien erfüllt.

LEILArehaktiv wird mit einem Mixed-Methods-Ansatz evaluiert (Kuckartz, 2014). Dazu gehören nicht nur demographische Daten, Krankheitsbilder, Suchtproblematiken, soziale und persönliche Belastungen sowie Ausbildungs- und Beschäftigungsfaktoren, sondern auch

Spezifika wie Umfeldvariablen, Einstellungsmuster (z.B. zu Arbeit, bürgerlichen Normen etc.), Verhaltensbeobachtungen, das EFL-Verfahren (Kaiser, 2000) oder das Tool EDEDKI zur Erhebung von Verhaltens-, Fähigkeits- und Kompetenzveränderungen durch digitale Konditionierung (Herteux, 2022). Eine vollständige Nennung der einzelnen Abfragen erfolgt in einer umfangreicheren Dokumentation.

Aus den Ergebnissen der genannten Erhebungen soll eine Milieumatrix mit zwei Dimensionen entwickelt werden. Eine Dimension gibt die Schwere der Belastung (vertikale Achse) an, die andere die Grundorientierungen (horizontale Achse). Die Ergebnisse werden nach spezifischen Formeln aus den Evaluationsdaten gewonnen.

Insgesamt sollen Lebenswirklichkeiten identifiziert werden, für die grundsätzliche Handlungsempfehlungen für künftige Integrationsmaßnahmen abgeleitet werden können.

Ergebnisse

Die Datenerhebung ist inzwischen abgeschlossen. Insgesamt standen hierfür 340 Datensätze mit unterschiedlichem Vollständigkeitsgrad zur Auswertung zur Verfügung. Krankheitsbilder, Belastungen, einwirkende Umfeldfaktoren und die Selbsteinschätzung der Teilnehmer wurden ebenso erhoben wie diverse Grundeinstellungen. Beispielsweise wiesen 53,3 % der Teilnehmer (n=238) mittlere bis schwerere psychische Erkrankungen auf. Bei weiteren 19,3 % wird angenommen, dass eine ähnliche Diagnose noch erfolgen wird. Therapiebereitschaft zeigen 65,9 % (n=226), während 41,5 % (n=258) wenig bis keinen Arbeitswillen aufweisen.

Im nächsten Schritt werden aus diesen und weiteren Ergebnissen die Dimensionen errechnet und entsprechende Milieus gebildet, um schließlich ein ableitungsfähiges Modell vorstellen zu können. Dieses befindet sich derzeit in der Entwicklung.

Diskussion und Fazit

Milieumodelle sind in der Forschung nicht neu. Als populäre Variante sei hier auf die Sinus- Milieus verwiesen, die sowohl in der Wissenschaft als auch medial für verschiedene Fragestellungen sowie in der Evaluation von LEILArehaktiv eingesetzt werden (Barth et al., 2018).

Grundsätzlich erscheint es sinnvoll, SGB-II-Empfänger aufgrund der Heterogenität der Personen in Lebenswirklichkeiten mit spezifischen Belastungen und Grundeinstellungen zu bündeln, um anschließend milieuspezifische Lösungswege für die Arbeitsmarktintegration zu entwickeln und anzuwenden. Dies könnte ein Fortschritt in der Methodik sein und eine Kompromisslösung darstellen, falls eine individualisierte, umfassende Betreuung, die vermutlich die Ideallösung wäre, beispielsweise aufgrund der Kostenfaktoren scheitert.

Ob dieser spezifische Ansatz in seinen Dimensionen, Bündelungen, erhobenen Daten - in Art und Umfang - und Gewichtungen in den Formeln das Ziel tatsächlich erreicht, sollte jedoch offen diskutiert werden.

Take-Home-Message

Die Entwicklung eines Milieumodells für SGB-II-Empfänger mit nicht-temporären Einschränkungen könnte dazu beitragen, zielgerichteter zu integrieren.

Literatur

Barth, B., Flaig, B., Schäuble, N., Tautscher, M. (2018): Praxis der Sinus-Milieus: Gegenwart und Zukunft eines modernen Gesellschafts- und Zielgruppenmodells. Springer VS: 3 - 45.

Herteux, A. (2022): Neue Herausforderungen in der Krankenpflegeausbildung im 21. Jahrhundert: Ausbildungsergänzungen für das Zeitalter des kollektiven Individualismus. Erich von Werner Verlag: 178-191.

Kaiser, H., Kersting, M., Schian, H.-M. (2000): Der Stellenwert des EFL-Verfahrens nach Susan Isernhagen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Rehabilitation, 39: 297–306.

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

Förderung: Fachstelle Rehapro/ Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Entwicklung eines personenzentrierten Bedarfserhebungs- und Teilhabeplanprozesses. Beispiel des Landschaftsverbandes Rheinland

Thomas Haberl

Landschaftsverband Rheinland

Hintergrund und Zielstellung

Das Bundesteilhabegesetz ist in der Umsetzung eine Herausforderung für die Leistungsträger. Der Landschaftsverband Rheinland geht auf der Grundlage empirischer Daten und mit Hilfe wissenschaftlicher Begleitung einen innovativen Weg, den Prozess der Bedarfserhebung und Teilhabeplanung partizipativ zu gestalten. Niedrigschwellig können Menschen mit Behinderungen ihre Bedürfnisse äußern, die Fachexpertise der Leistungserbringer wird einbezogen, künstliche Intelligenz kommt gewinnbringend zum Einsatz und der Vorschlag des Leistungsträgers kann bei Bedarf zunächst ausprobiert werden.

Methoden

u.a. mit Hilfe von quantitativen Auswertungen, Fokusgruppeninterviews, Einbeziehung von Studienergebnissen, Expert:innenworkshops und teilnehmender Beobachtung von Beratungsgesprächen, unter Beteiligung verschiedener Expert:innen und Wissenschaftler:innen sowie eine starke Einbeziehung von Praktiker*innen (Hahn, 2021, S. 5)

Ergebnisse

Der neue Prozess basiert auf einem flexiblen und anwenderfreundlichen Instrument, das sich an den individuellen Lebenswelten der Betroffenen orientiert. Es bietet mehr Selbstbestimmung, indem die persönlichen Wünsche und Ziele der Leistungsberechtigten ungefiltert erfasst und die Beteiligten aktiv in die Planung eingebunden werden. Die bisherigen, ressourcenintensiven und starr strukturierten Bedarfserhebungsinstrumente wurden durch ein einfacheres und praxisnahes Konzept ersetzt.

Die Erprobung zeigte vielversprechende Ergebnisse: Der Prozess führt zu einer effizienteren Bedarfsermittlung und entlastet die Fallmanager, während gleichzeitig die Teilhabe der Betroffenen erhöht wird. Ein zentraler Aspekt ist die Möglichkeit, Maßnahmen zunächst im Alltag zu erproben, bevor sie festgelegt werden. So konnte der personenzentrierte Ansatz erfolgreich umgesetzt werden, ohne den administrativen Aufwand zu erhöhen. Der Prozess wird nun weiter evaluiert und angepasst, um die langfristige Umsetzbarkeit zu gewährleisten.

Diskussion und Fazit

Man bewegt sich stets im Spannungsfeld zwischen Beteiligung der Leistungsberechtigten, vorhandenen Ressourcen für die Bedarfsermittlung und gesetzlichen Vorgaben, die sich widersprechen. Es muss also zwischen den drei Polen austariert werden. Hier wird es immer unterschiedliche Sichtweisen geben, je nachdem wo der Fokus des Betrachters liegt.

Der Einsatz von KI in diesem Maße ist in der Sozialverwaltung ein Novum, auch hier ist noch einige Arbeit zur Praxisreife zu erledigen.

Insgesamt zeigt sich aber, dass der Prozess eine immense Verbesserung mit großen Möglichkeiten darstellt.

Take-Home-Message

Mut, abseits bekannter Wege zu wandeln: Durch den neuen personenzentrierten Gesamtplanungsprozess wird es möglich, Menschen mit Unterstützungsbedarf stärker in die Gestaltung ihrer Teilhabe einzubinden, Selbstbestimmung zu fördern und gleichzeitig den Ressourcenaufwand durch gezielte Vereinfachungen und den Einsatz von KI effizienter zu gestalten. Der Schlüssel liegt in der Balance zwischen fachlicher Expertise und individueller Autonomie – ein Prozess, der stetige Anpassung und Evaluation erfordert, um langfristig nachhaltige Inklusion zu gewährleiste

Literatur

Haberl, T., Mennemann, H. (2024): Entwicklung eines personenzentrierten Bedarfserhebungs- und Teilhabeplanprozesses. Beispiel des Landschaftsverbandes Rheinland, in: Case Management 03/2024, S. 139-143.

Entwicklung und Einführung einer Katamnese_light in der stationären Alkoholentwöhnung

Robert Schöneck

Salus Klinik Lindow

Hintergrund und Zielstellung

Die Ausschöpfungsquote der Katamneserückläufe beträgt mittlerweile unter 50 % (Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS+-Katamnese des Entlassjahrgangs 2020 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige, 2020). Dieser Wert ist unbefriedigend und kann nur einen bedingten Beitrag dazu leisten, die Qualität der Behandlung und das jeweilige Behandlungsangebot zu validieren. Kliniken investieren unverändert viel und betreiben einen erheblichen Aufwand die Antwortzahlen zu steigern. Sei es durch wiederholte

Anschreiben, verkürzte Antwortbögen oder Anrufe der ehemaligen Patient*innen. Die personellen und finanziellen Aufwendungen werden dabei immer größer, ohne, dass sich die Datenqualität verbessert. Ziel dieser Arbeit ist zu untersuchen, ob die Ausschöpfungsquote der Katamnese mithilfe eines webbasierten Tools und unter Verwendung eines kurzen Fragegebogen „Katamnese_light“ gesteigert werden können.

Methoden

Wir haben seit Anfang 2022) ca. 900 Patient*innen nach 3 Monaten mithilfe der Katamnese_light bzgl. des Therapieerfolgs (Abstinenz vs. Rückfall), Raucherstatus (Rauchende vs. Nichtrauchende) und Erwerbssituation (arbeitsfähig vs. arbeitsunfähig; arbeitslos vs. beschäftigt) befragt. Dazu wurde bei vorliegenden Einverständnis der Patient*innen entweder eine Mail an die uns bekannte Mailadresse oder eine SMS mit einem Link zur Katamnese_light versendet. Die Besonderheit der Katamnese_light ist die Kürze des Fragebogens (max. 1 Minute Zeit zur Beantwortung), die Reihenfolge der Fragen (erst Therapieerfolg, zuletzt Erwerbssituation) sowie die unmittelbare Speicherung der Ergebnisse, auch wenn die Befragung nicht abgeschlossen wurde (Datenverlust minimieren).

Ergebnisse

In der Auswertung der für den Jahrgang 2023 abgeschlossenen 3-Monats-Katamnesen konnten wir ein Ausschöpfungsquote von 60,25 % (mit telefonischer Erinnerung) erreichen. Die Erreichbarkeit lag bei knapp 93 %. Zudem zeigen die Daten, dass 54,43 % des Rücklaufs allein durch die Verwendung des online Tools zustande kamen.

Diskussion und Fazit

Die bislang vorliegenden Ergebnisse legen nahe, dass mittels einer verkürzten webbasierten Katamnese_light, welche am Handy bzw. PC innerhalb einer Minute beantwortet werden kann, eine Steigerung der Ausschöpfungsquote möglich ist. Wenn dann noch eine systematische Nachbefragung via Telefon ergänzt wird, lassen sich die Rücklaufquoten auf 60% steigern. Dies kann als Argument dafür genutzt werden die Katamnese auf wenige Fragen zu reduzieren, eine andere Reihenfolge zu wählen und sicherzustellen, dass nicht abgeschlossene Bögen berücksichtigt werden.

Take-Home-Message

Der Einsatz einer webbasierten und kurzen Katamnese kann zu einer höheren Ausschöpfungsquote in der stationären Alkoholentwöhnung führen.

Literatur

Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Daniel, H., Dyba, J., Funke, W., Kemmann, D., Klein, T., Medenwaldt, J., Premper, V., Reger, F., Wagne, A. (2023): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS+-Katamnese des Entlassjahrgangs 2020 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. SuchtAktuell – Zeitschrift des Fachverbandes Sucht+ e.V.

Interessenkonflikt: Autor des Beitrags ist Direktor und Prokurist eine Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit.

Fortschritte in Diagnostik und Versorgung durch das SMART-Muscle-Konzept für post-stroke Spastizität

Martina Steinboeck[1]; Carina Schwarzer[2]

[1] Schön Klinik Bad Aibling SE & Co. KG, [2] Ipsen Pharma GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Die jährliche Inzidenz von Schlaganfällen in Deutschland beträgt etwa 265.000 Fälle, darunter rund 200.000 erstmalige und 65.000 wiederkehrende Schlaganfälle (Heuschmann et al., 2010). Schlaganfälle sind die Hauptursache für dauerhafte Behinderungen im Erwachsenenalter (Murray et al., 2012). Dank der verbesserten Akutversorgung durch über 330 Stroke Units und komplexe Behandlungsansätze sowie einer sinkenden Mortalitätsrate ist der Bedarf an gezielter Nachsorge gestiegen (Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe, 2024). Spastische Bewegungsstörungen, die bei bis zu 40 % der Patienten nach einem Schlaganfall auftreten, sind eine häufige Langzeitfolge und führen jährlich zu etwa 100.000 neuen Fällen (Wissel et al., 2013). Dennoch erhalten nur 10% der Betroffenen eine leitliniengerechte Behandlung mit Botulinumtoxin Typ A, was einen erhöhten Pflegeaufwand und geringere Lebensqualität für viele Patienten bedeutet (Robert Koch Institut, 2017). Die unzureichende Versorgung verdeutlicht den dringenden Handlungsbedarf, um die Lebensqualität durch gezielte Therapien zu verbessern, Schmerzen und den Pflegebedarf zu reduzieren und die berufliche Wiedereingliederung zu fördern.

Das SMART-Muscle-Konzept wurde entwickelt, um die Versorgung von Patienten mit spastischen Bewegungsstörungen zu verbessern. Das Konzept bietet gezielte Schulungen für Ärzte in der Anwendung von Botulinumtoxin-Injektionen und für Therapeuten im funktionellen Training betroffener Muskulatur. Ziel ist es, die Botulinumtoxin-Therapie als evidenzbasierte Behandlungsoption zu etablieren, interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern und regionale Netzwerke für eine nachhaltige Patientenversorgung aufzubauen. Eine begleitende Video-Plattform unterstützt Therapeuten und fördert die aktive Teilnahme der Patienten am Therapieprozess.

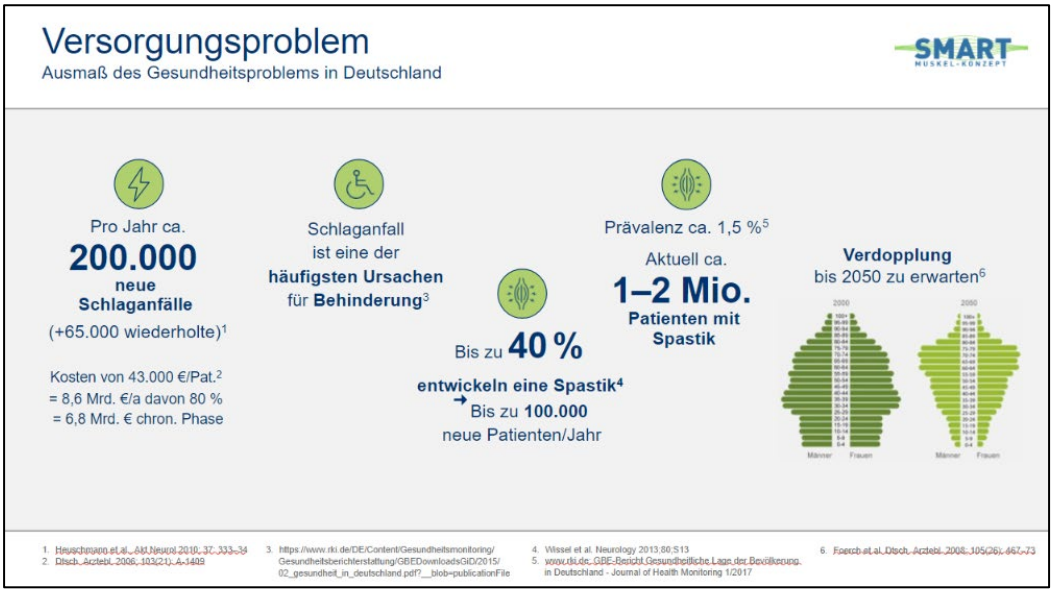


Abb. 1: Hintergrund des Konzepts

Methoden

Im ersten Schritt des SMART-Muscle-Konzepts wird das spastische Bewegungsmuster identifiziert, um die bisher komplexe Diagnostik effizienter zu gestalten. Ärzte lernen, betroffene Muskeln gezielt mit Botulinumtoxin Typ A zu behandeln. Bei häufigen Spastikmustern und klar definierten Patientengruppen kann die Behandlung ohne aufwändige Ultraschall-Kontrollen erfolgen. Parallel dazu lernen Ergo- und Physiotherapeuten, relevante muskuläre Strukturen zu identifizieren und spezifische Hands-on-Techniken anzuwenden, um die injizierten Muskeln optimal zu versorgen. Ein speziell entwickelter Therapieleitfaden dient als praxisnahes Nachschlagewerk für beide Berufsgruppen.

Zudem bietet eine Video-Plattform Unterstützung für Therapeuten bei der Patientenanleitung und fördert deren Einbindung in den Behandlungsprozess. Über die Spastik-App der Bayerischen TelemedAllianz können Patienten auf personalisierte Therapieplänen zugreifen und sich mit spezialisierten Neurologen vernetzen, um zusätzlich eine optimale Versorgung der spastischen Bewegungsstörungen sicherzustellen.

Ergebnisse

Das SMART-Muscle-Konzept ermöglicht eine patientenorientierte Behandlung durch gezielte Schulungen und die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Diese doppelte Schulungsstrategie unterstützt eine ganzheitliche Herangehensweise an die Behandlung spastischer Bewegungsstörungen und verbessert die Versorgungsqualität. Bis September 2024 wurden bereits 480 Patienten durch die Spastik-App motiviert, aktiv am Rehabilitationsprozess teilzunehmen.

Diskussion und Fazit

Das SMART-Muscle-Konzept stellt einen innovativen Ansatz zur Unterstützung von Patienten mit spastischen Bewegungsstörungen dar, indem es pharmakologische Intervention und therapeutische Maßnahmen integriert. Es zeigt großes Potenzial, die Versorgung zu revolutionieren, insbesondere in der effektiven Nachversorgung wo häufig Unter- und Fehlversorgungen auftreten. Durch die gezielte Schulung von Spezialisten kann die Umsetzung der evidenzbasierten Leitlinien verbessert werden.

Die Spastik-App ermöglicht Patienten ein ortsunabhängiges, individuelles Selbst-Training ihr Selbstmanagement und ihre Lebensqualität fördert.

Take-Home-Message

Das SMART-Muscle-Konzept bietet eine entscheidende Verbesserung der Versorgung von Patienten mit spastischen Bewegungsstörungen, da es die Qualifikation von Ärzten für die Botulinumtoxin-Injektionstherapie fördert und parallel Ergo- und Physiotherapeuten umfassend schult. Die zusätzliche, App-gestützte Nachsorge fördert die Kommunikation und Koordination zwischen Patienten, Ärzten und Therapeuten. Dies trägt dazu bei, die Versorgungslücke zu schließen und Patienten eine aktive Rolle im Rehabilitationsprozess zu ermöglichen.

Literatur

Heuschmann, P. U., Busse, O., Wagner, M., Endres, M., Villringer, A., Röther, J. (2010): Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung in Deutschland. Aktuelle Neurologie, 37(7), 333-340.

Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C. (2012): Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, 380(9859), 2197-2223.

Robert Koch Institut. (2017): Die gesundheitliche Lage in Deutschland. Journal of Health Monitoring, 1(1), 3-21.

Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe. (2024): Stroke Unit. Abgerufen am 18. September 2024, von https://www.schlaganfall-hilfe.de

Wissel, J., Manack, A., Brainin, M. (2013): Epidemiology and prevalence of spasticity in stroke patients. Neurology, 80(3_supplement_2), S13-S19.

Interessenkonflikt: Frau Steinboeck gibt an, innerhalb der letzten 12 Monate Honorare für Vortrags- und/ oder Beratertätigkeiten durch die Firmen IPSEN Pharma GmbH, Child und Brain GmbH erhalten zu haben.

Gesundheit und Prävention im Jobcenter – warum und wie? Bestimmung des Erwerbsminderungsrisikos unter Zuhilfenahme digitaler Technologien und Erweiterung der Beratungsprozesse

Annette Grimmel-Bruhns[1]; Regina Weißmann[2]

[1] Pro Arbeit - Kreis Offenbach - (AöR), Kommunales Jobcenter,
[2] Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

Hintergrund und Zielstellung

Im Bundesprogramm rehapro wurde im Projekt „KOPF22 (Kooperation für Prävention, Fitness und Gesundheit im Jobcenter) mit der padaCura-App (Weißmann et al., 2024) ein Instrument entwickelt, um Kund:innen der Jobcenter und Berater: innen eine frühzeitige Einschätzung über eine mögliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit zu geben. Dies erleichtert eine gezielte Ergänzung des Beratungsprozesses um die Themen Gesundheit und Prävention, um einer Verfestigung von (Langzeit-)arbeitslosigkeit (Hollederer, 2002) entgegenzuwirken und Teilhabechancen zu eröffnen.

Methoden

Kern der padaCura-App ist ein digitaler Selbsteinschätzungsfragebogen auf Basis der ICF und dem bio-psycho-sozialen Modell. Aus dem Antwortverhalten wird der padaCura-Score bestimmt, der das Gefährdungspotential quantifiziert und klassifiziert. Dieser differenziert die vier Bereiche ‚Gesundheitskompetenz‘, ‚Umweltfaktoren‘, ‚Körperliche Fitness‘ und ‚Geistig-Seelische Fitness‘, um eine entsprechende Schwerpunktsetzung im Beratungsprozess zu ermöglichen. Die evidenzbasierte Bestimmung des Erwerbsminderungsrisikos ermöglicht

Berater:innen eine Validierung ihrer subjektiven Einschätzung zur Relevanz gesundheitsbezogener Themen in der Beratung und gibt ebenfalls Kund:innen die Möglichkeit einer intensiveren Auseinandersetzung. Mit diesem Ansatz wird dem Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Erwerbsfähigkeit Rechnung getragen, der zwar gemeinhin bekannt ist, aber in Jobcenter noch immer nicht ausreichend betrachtet werden kann.

Der padaCura-Score ist damit Ausgangspunkt für den weiteren Beratungsprozess. Gemäß dem bio-psycho-sozialen Modell müssen dabei verschiedene Faktoren und Themenbereiche beachtet werden, von denen das Gesundheitsproblem i.e.S. und die damit verbundenen Körperfunktionen und -strukturen nur einen Teilbereich betreffen. Diesem kommt jedoch das Spezifikum zu, dass er nicht von Berater:in und Kund:in allein eingeschätzt werden kann, sondern es erfordert, medizinische Fachexpertise hinzuzuziehen. Eine weitere Innovation besteht deshalb in der engen Zusammenarbeit zwischen Mediziner:innen, Berater:innen und Kund:innen. Erst an dieser Stelle werden – bei Bedarf – gesundheitliche Themen i.e.S. thematisiert, während Beratungs- / Handlungsbedarfe durch die Berater: innen der Jobcenter ausschließlich aus den Bereichen Aktivitäten und Kontextfaktoren abgeleitet werden.

Ergebnisse

Unter Berücksichtigung der originären Aufgaben der Jobcenter werden die Beratungs- und Förderprozesse so gestaltet, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen und Gesundheitskompetenzen im Rahmen eines begleiteten Empowerments vermittelt werden, um am Erhalt und der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit zu arbeiten und den Gesundheitszustand (präventiv) zu stabilisieren. Die Akzeptanz der padaCura App in Verbindung mit dem Beratungsangebot zeigt sich in der Inanspruchnahme. Von 779 Anmeldungen in der App haben 85% den Fragebogen vollständig ausgefüllt und somit ein Ergebnis über ihre Erwerbsfähigkeit erhalten. Davon haben wiederum 80% einer Weiterleitung der Ergebnisse an ihre Berater:innen im Jobcenter und somit einer weiterführenden Teilnahme an Beratungen und Angeboten zugestimmt. (Stand 10/2024) Diese – bislang 528 – Personen erhalten gezielte Beratungsangebote und Informationen über Präventionsleistungen. Der Beziehung zwischen Kund:in und Berater:in sowie der Berater:innenkompetenz kommt dabei eine erhebliche Bedeutung zu, denen durch Schulungen, z.B. im Kontext ‚Motivierende Gesprächsführung' (Miller, Rollnick, 2015) mit Fokus auf motivierenden Gesundheitsgesprächen sowie zum Verständnis des bio- psycho- sozialen Modells und seinen Zusammenhängen und durch Kollegiale Beratung begegnet wird. Fachliche Beratungen und Austausch mit Expert:innen aus dem Arbeitsförderungs- und Gesundheitssystem ergänzen dies.

Diskussion und Fazit

Warum befassen sich Jobcenter mit „Gesundheit" und fördern ihre Klientel entsprechend, obgleich es ein funktionierendes Gesundheitssystem gibt? Die Erkenntnis, dass ein Großteil der Kund:innen (insb. Langzeitleistungsbeziehende) bereits gesundheitlich belastet ist und dies von Berater: innen und Kund:innen oft zu spät als relevant wahrgenommen wird, stärkt die Notwendigkeit. Gesundheitsbezogene Interventionen, die im Jobcenter angestoßen werden, verändern nicht zwingend den Gesundheitszustand an sich, jedoch die damit verbundenen erlebten Einschränkungen. Daraus resultieren die Interventionsoptionen im Rahmen der Beratungsprozesse und Aufgaben, für die originär das Gesundheitssystem

zuständig ist und solche, die im Jobcenter zur Befähigung zur dauerhaften Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt anzugehen sind. Der Kooperationsverbund begreift dies als Ausprägung einer „Health in All Policies“-Strategie. Vor dem Hintergrund der finanziellen Situation der Jobcenter bleibt zu diskutieren, inwiefern das beschriebene Procedere, das allen Jobcentern offensteht, eine zusätzliche Herausforderung oder nicht vielmehr ein Einspar- und Entlastungspotenzial mit sich bringt.

Take-Home-Message

Beratung im Jobcenter bleibt unvollständig, wenn nicht frühzeitig der Erhalt der Erwerbsfähigkeit mitbedacht wird. Gesundheitskompetenz als Teil von Erwerbsfähigkeit kann und muss im Jobcenter thematisiert werden.

Literatur

Hollederer, A. (2002): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 35(3), 410–428.

Miller, W., Rollnick, S. (2015): Motivierende Gesprächsführung (3. Aufl.). Lambertus.

Weißmann, R., Grimmel-Bruhns, A., Busacker, C., Loth, F. (2024): Enhancing early risk detection for reduced earning capacity: The development of the padaCura app. Social Sciences, 31(1).

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, rehapro

Integration einer VR-gestützten Expositionstherapie bei Angststörungen und Suchterkrankungen in der stationären Rehabilitation: Konzeption und erste Erfahrungen

Lisa Happe; Caroline Ranft; Christian Baumbach; Philipp Schulte-Noelle; Marc Baenkler

MEDIAN Unternehmensgruppe B. V. & Co. KG

Hintergrund und Zielstellung

Die Expositionstherapie gilt in der psychotherapeutischen Praxis als effektive Methode zur Behandlung von Angststörungen. Durch kontrollierte Konfrontation mit angstauslösenden Reizen wird eine Habituation erreicht, die den Patient*innen hilft, einen normalen Umgang mit angstbesetzten Situationen zu entwickeln (Shiban et al., 2018). Für spezifische Phobien empfehlen deutsche und internationale Leitlinien die Expositionstherapie als Erstlinientherapie (Tsamitros et al., 2022). Allerdings sind Invivo-Expositionen in realen Situationen – wie etwa bei Höhenangst – insbesondere im Kontext stationärer Rehabilitation oft schwer umsetzbar oder organisatorisch anspruchsvoll. Eine vielversprechende Alternative könnte die VR-gestützte Expositionstherapie darstellen, die eine kontrollierbare und realistische Simulation bietet.

Die VR-basierte Exposition wird auch zur Behandlung von Suchterkrankungen eingesetzt, bei der in virtuellen Szenarien gezielt Suchtdruck (Craving) ausgelöst werden kann (Segawa

et al., 2020). Diese Methode soll Patient*innen helfen, alternative Verhaltens-strategien zu entwickeln, um den Craving-Reaktionen entgegenzuwirken (Langener et al., 2021).

Der Einsatz von VR-gestützter Therapie in der stationären Rehabilitation ist bisher wenig erforscht. Um das Potenzial dieser innovativen Therapieform weiter zu evaluieren und Grundlagen für zukünftige Forschung zu schaffen, ist eine vertiefte Untersuchung unter realen Rehabilitationsbedingungen notwendig.

Zielsetzung: Ziel der Untersuchung ist es, die Anwendbarkeit und Umsetzbarkeit der VR- gestützten Expositionstherapie bei Patient*innen mit Suchterkrankungen und/oder Angststörungen in der stationären Rehabilitation zu evaluieren. Das Projekt soll Hinweise zur Akzeptanz und praktischen Umsetzbarkeit liefern und damit zu einer möglichen Erweiterung des psychotherapeutischen Behandlungsrepertoires in der Rehabilitation beitragen.

Methoden

Untersucht wird die Integration der VR-gestützten Expositionstherapie in die psychotherapeutische Behandlung von stationären Rehabilitand*innen mit einer Sucht- oder Angststörung. Die Teilnehmenden sind erwachsen und dürfen keine Kontraindikationen für die VR-Therapie (z. B. Epilepsie) aufweisen. Die VR-Therapie wird in fünf MEDIAN Kliniken für Suchtpatient*innen und in drei Kliniken für Angstpatient*innen eingesetzt. Der Zugang zur VR-Therapie erfolgt über die behandelnden Bezugstherapeut*innen, die den Patient*innen die Teilnahme anbieten.

Das Therapieprotokoll umfasst einen Vorbereitungstermin sowie 3-4 VR-Sitzungen für Suchtpatient*innen und 2-3 VR-Sitzungen für Angstpatient*innen, jeweils mit therapeutischer Begleitung und anschließender Reflexion. Die VR-gestützte Expositionstherapie wird bei Suchterkrankungen als Einzeltherapie oder in einer geschlossenen Gruppensitzung angeboten, wobei das VR-Erlebnis eines Patient*innen für die gesamte Gruppe projiziert wird, sodass die Gruppe durch Modelllernen emotional beteiligt ist. Im Rahmen der VR-Therapie von Patient*innen mit Phobien, findet die VR-Therapie als Einzeltherapie Anwendung.

Zur Evaluation der VR-Therapie bewerten sowohl die Patient*innen als auch die Therapeut*innen die Zufriedenheit mit der Technik und der Anwendung, die wahrgenommene Effektivität der Szenarien sowie die Integration der Therapie in den Rehabilitationsalltag. Dazu wird ein eigens entwickelter Fragebogen eingesetzt. Zusätzlich werden die Anzahl der behandelten Patient*innen und die durchgeführten Sitzungen erfasst.

Ergebnisse

Das Projekt befindet sich derzeit noch in der Erhebungsphase. Erste Ergebnisse können im Rahmen des DRV-Kongresses im März 2025 vorgestellt werden.

Diskussion und Fazit

Die VR-gestützte Therapie hat das Potenzial, das Behandlungsspektrum der stationären Rehabilitation zu erweitern, indem Expositionstherapien oder das Auslösen von Suchtdruck in einer sicheren und kontrollierten therapeutischen Umgebung angeboten werden können. Die Ergebnisse dieses Projekts sollen wertvolle Erkenntnisse darüber liefern, wie die VR-Therapie in die Abläufe der stationären Rehabilitation integriert werden kann und welches Potenzial diese Therapieform zur Verbesserung der Behandlungsqualität und des Patient*innenerlebnisses bietet.

Take-Home-Message

Die VR-gestützte Expositionstherapie könnte das therapeutische Repertoire in der stationären Rehabilitation erweitern, indem sie eine kontrollierte und sichere Umgebung zur Behandlung von Angst- und Suchterkrankungen bietet.

Literatur

Langener, S., Van der Nagel, J., van Manen, J., Markus, W., Dijkstra, B., De Fuentes-Merillas, L., Klaassen, R., Heitmann, J., Heylen, D., Schellekens, A. (2021): Clinical Relevance of Immersive Virtual Reality in the Assessment and Treatment of Addictive Disorders: A Systematic Review and Future Perspective. Journal of clinical medicine, 10(16), 3658. https://doi.org/10.3390/jcm10163658

Segawa, T., Baudry, T., Bourla, A., Blanc, J. V., Peretti, C. S., Mouchabac, S., Ferreri, F. (2020): Virtual Reality (VR) in Assessment and Treatment of Addictive Disorders: A Systematic Review. Frontiers in neuroscience, 13, 1409. https://doi.org/10.3389/fnins.2019.01409

Shiban, Y. (2018): Virtuelle Expositionstherapie bei Angststörungen [Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders]. Der Nervenarzt, 89(11), 1227–1231. https://doi.org/10.1007/s00115-018-0596-z

Tsamitros, N., Beck, A., Sebold, M. et al., 2022: Die Anwendung der Virtuellen Realität in der Behandlung psychischer Störungen. Nervenarzt 94, 27–33 (2022). https://doi.org/10.1007/s00115-022-01378-z

Interessenkonflikt: Frau Happe ist als stellvertretende Leitung des Bereichs Forschung und Innovation bei der MEDIAN Unternehmensgruppe tätig. Es besteht daher ein potenzieller Interessenkonflikt in Bezug auf die Inhalte des Vortrags.

Junge onkologische Rehabilitation – Erfahrungen, Herausforderungen und erste Effekte

Georgia Schilling[1,2]; Maria Scheer[2]; Pascal Melcher[2]; Thomas Widmann[3]; Christiane Capek[4]

[1]Asklepios Tumorzentrum Hamburg, [2] Asklepios Nordseeklinik Westerland/Sylt, [3] Asklepios Klinik Triberg, [4] Asklepios Medical School GmbH

Hintergrund und Zielstellung

In der AYA-Gruppe (adolescents and young adults 15-39 Jahre) treten jährlich ca. 16.000 Krebs- Neuerkrankungen auf (1). Bei dieser Gruppe handelt es sich aufgrund des Alters um eine besonders vulnerable Rehabilitand:innengruppe. In Deutschland existieren kaum stationäre Rehabilitationsprogramme, die diesen speziellen Bedarfen gerecht werden und auf die jüngeren Krebserkrankten fokussieren. Ziel des Programms „Auf die Plätze – Fertig – Los“ ist es, jüngeren Erwachsenen eine zielgruppenorientierte Rehabilitation unter Berücksichtigung der besonderen Aspekte der beruflichen Aus- und Weiterbildung und der Familien(planungs-)Situation anzubieten.

Besonderheiten sind neben der gemeinsamen An- und Abreise, einem teilweise gemeinsamen Freizeitprogramm (die Gruppe als „Co-Therapeut“), einem täglichen Treffen mit einem Bezugstherapeuten eine gesonderte psychoedukative Gruppe, eine virtuelle Vorstellung des Portals „Junge Menschen mit Krebs e.V.“ und eine moderne Lehrküche. Daneben ist die Gruppe in das „normale“ Rehabilitationsprogramm mit Rehabilitand:innen anderer Krankheitsentitäten und Altersgruppen eingebettet.

Methoden

Von September 2023 bis Oktober 2024 haben 95 Rehabilitand:innen die „junge onkologische Reha“ in der Asklepios Nordseeklinik (JOR) mit einem entsprechend altersadaptierten Interventionsprogramm, das gemeinsam mit der Asklepios Klinik Triberg entwickelt wurde, durchlaufen. Bei den Gruppen ab 04/2024 wurden umfangreiche Assessments zu psychosozialem Distress (Distress Thermometer, DT), Depression und Ängsten (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), physischer Leistungsfähigkeit (6- min Gehtest), globale und gesundheitsbezogene Lebensqualität (EORTC QLQ-C30, SF- 8), Polyneuropathie (CIPN-20) und kognitiver Dysfunktion (NAS, d2R wenn ≥ 5 in der NAS) zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt, um die Effizienz der Maßnahme zu evaluieren und den Rehaerfolg zu objektivieren.

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt der Abstracteinreichung werden die ersten Ergebnisse der o.g. Assessments zur Effizienz der Rehabilitationsmaßnahmen ausgewertet. Bis März 2025 können wir die Evaluationsergebnisse von ca. 50 JOR-Rehabilitand:innen präsentieren. Insgesamt haben die jüngeren Rehabilitand:innen einen erhöhten Mehrbedarf an ärztlicher Information bzgl. Nachsorge, Langzeittoxizität und Spätkomplikationen wie Kardiotoxizität oder Zweitmalignomen. Die körperliche Fitness ist unter den Jüngeren in den meisten Fällen sehr gut.

Diskussion und Fazit

Die Rehabilitation junger onkologischer Patient:innen stellt das gesamte multiprofessionelle Behandlerteam vor neue Herausforderungen hinsichtlich Informations- und psychosozialem Unterstützungsbedarf, durch den ein erheblicher zeitlicher Mehraufwand resultiert. Die Rehabilitand:innen profitieren insbesondere von den Gesprächen und den gemeinsamen Sport- und Freizeitaktivitäten mit Gleichbetroffenen in ihrer Altersgruppe und v.a. von der auf jede Gruppe abgestimmten täglichen Bewegungs- und Kompetenzgruppe mit dem Bezugstherapeuten. Die Zufriedenheit mit dem altersadaptierten Therapie- und psychoedukativen Programm ist sehr hoch. Die JOR trägt dazu bei, eine Versorgungslücke in Deutschland zu schließen und die jungen Krebspatient:innen mit ihren speziellen Bedarfen bei der Rückkehr ins Arbeits- und Sozialleben zu unterstützen.

Take-Home-Message

Auch wenn die neudiagnostizierten Tumorerkrankungen in der Gruppe der AYAs „nur“ 3,4 % aller Krebsneuerkrankungen in Deutschland ausmachen, müssen gerade für diese vulnerablen Rehabilitand:innen altersadaptierte Versorgungsprogramme geschaffen werden.

Literatur

https//: www.krebsregisterdaten.de; letzter Zugriff 10/2024

KI-gestütztes Assistenzsystem zur Unterstützung von Patient:innen bei der PROMs-Erhebung: Barrieren überwinden, Datenqualität verbessern

Manuela Marquardt[1]; Philipp Graf[2]

[1] Charité – Universitätsmedizin Berlin,
[2] Hochschule für Angewandte Wissenschaften München

Hintergrund und Zielstellung

Patient-reported outcome measures (PROMs) sind standardisierte Fragebögen zur Erfassung subjektiver Gesundheit. Als wichtige Ergänzung zu klinischen Indikatoren zielen sie auf Konstrukte, die für Patient:innen unmittelbar alltagsrelevant sind. Ihre vielfältigen Nutzungsvisionen sind mit stärkerer Patient:innenorientierung und Qualitätsverbesserungen verknüpft. Doch PROMs gehen auch mit Belastungen für Patient:innen einher ("patient burden", Aiyegbusi et al., 2022). Dies führt dazu, dass bestimmte Patient:innengruppen in dieser Datensorte systematisch unterrepräsentiert sind.

Ziel unseres Konzeptes ist es, Barrieren im Zusammenhang mit der PROM Erhebung durch ein KI-gestütztes Sprachdialogsystem zu adressieren und die Qualität der erhobenen Daten zu verbessern. Die Zielgruppe sind alle Patient:innen, die standardisierte Befragungen ausfüllen.

Methoden

In einem interdisziplinären Projektverbund haben wir gemeinsam mit einem Patient:innenbeirat partizipativ einen Prototyp entwickelt und Pretests im Labor sowie einer ambulanten psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung durchgeführt. Das System besteht aus einer Fragebogen-Tablet-App und einem mittels Methoden der KI entwickelten multimodalen Assistenzsystem, das in drei verschiedenen Verkörperungen umgesetzt wurde (siehe Abb. 1). Ein multimodaler Dialogmanager überwacht die über ein MQTT-Netzwerk gesendeten Nachrichten zwischen den Einzelkomponenten. Die standardisierten PROM- Items wurden in ein dialogisch administrierbares Format überführt, ohne den Kernitemtext zu verändern. Die Eingabe der Antworten kann wahlweise händisch oder mündlich erfolgen. Die Sprachausgabe ist in drei Stufen umgesetzt, wobei auf maximaler Sprachmenge der gesamte Fragekontext inklusive aller Antwortoptionen wiedergegeben wird. In der mittleren Sprachmenge werden primär Kapitel- und Itemtexte vorgelesen und in der minimalen Sprachmenge nur die Kapitelinstruktionen.

Abb. 1: Verkörperung des Assistenzsystems als Roboterkopf (links), als digitaler Avatar (rechts) oder als "voice-only" aus dem Fragebogentablet (Mitte)

Ergebnisse

In Anlehnung an Rink und Maaß (2022) möchten wir die im Zusammenhang mit der PROM- Erhebung auftretenden (Kommunikations-)Barrieren als motorische und sensorische, kognitive, motivationale und emotionale Barrieren definieren. Tab. 1 zeigt, mit welchen Funktionen das Assistenzsystem diese adressiert.

Tab. 1: Barrieren bei der Erhebung von PROMs und Funktionen des Assistenzsystems

Barriere	Funktion	weitere Designelemente
motorisch und sensorisch	**Multimodalität** ermöglicht touch- und/oder sprachbasierte Beantwortung	**Einstellungsmöglichkeiten GUI** Schriftgröße, Buttongröße, Kontrastmodus
kognitiv	**Vorlesefunktion und Interaktion mit Assistenz** bei Konzentrationsschwierigkeiten **Hilfebox "einfache Sprache"** bei Verständnisschwierigkeiten/ -rückfragen	**Einstellungsmöglichkeiten Sprachassistenz** Spracheingabe, Sprechgeschwindigkeit, Sprachmenge, Lautstärke
motivational und emotional	**Protosozialität** "natürliche" Sprache und social cues evozieren implizite (menschliche) Zuschreibungen von Verständnis, Empathie und Bindung trotz (technischer) Anonymität/Neutralität	**Interaktionsdesign** Fortschrittsbalken, motivierende Einschübe und Möglichkeiten Pausen einzulegen auf Kapitelseiten

Konzeptuell innovativ sind dabei die Aspekte der Multimodalität und Protosozialität. Die Interaktion mit künstlichen Agenten erzeugt durch menschenähnliches Aussehen und die Verwendung von natürlicher Sprache einen protosozialen Effekt (Breazeal, 2002). Protosozialität ist bei PROMs Erhebungen insbesondere zur Reduktion motivationaler und emotionaler Barrieren nützlich, da Menschen aufgrund ihrer sozialen Routinen implizit auf soziale cues (bspw. Gestik, motivationale Einschübe oder natürlichsprachliche Äußerungen) reagieren und somit stärker in die Situation involviert sind (engagement/compliance). Trotz der impliziten Reaktionen auf die sozialen cues zeigt sich empirisch, dass sich Menschen der Künstlichkeit der Interaktion bewusst sind (Alač, 2016). Aufgrund dessen werden emotionale

Barrieren, wie etwa Ängste, Scham oder Hemmungen, durch die protosoziale Gestaltung des Assistenzsystems zugleich gemindert.

Diskussion und Fazit

Ein multimodales, KI-gestütztes Sprachdialogsystem kann motorische, sensorische, kognitive, motivationale und emotionale Barrieren im Zusammenhang mit der Erhebung von PROMs adressieren. Multimodale Bedienmöglichkeiten befähigen Patient:innen mit motorischen oder sensorischen Einschränkungen den Gesundheitsfragebogen selbstständig auszufüllen. Durch das Vorlesen fällt es vielen Patient:innen leichter, sich zu konzentrieren. Darüber hinaus führen insbesondere protosoziale Aspekte dazu, dass Patient:innen das System als eine unterstützende, aber nicht wertende Instanz wahrnehmen. Diese Präsenz eines künstlichen Gegenüber kann die Bereitschaft steigern, Fragen vollständig und ehrlich zu beantworten. Gleichzeitig bedingt die offensichtliche Künstlichkeit des Agenten dessen Wahrnehmung als neutrale Instanz.

Eine höhere Teilnahmebereitschaft und intensivere Auseinandersetzung der Patient:innen ermöglicht daher unter Umständen sogar eine qualitativ hochwertigere Erhebung von PROMs.

Wichtig ist jedoch, dass nicht jede Lösung für jede:n Patient:in funktioniert. Bei der Gestaltung eines technischen Systems sollte immer mitbedacht werden, dass ein System initial in den Verkehr gebracht werden muss und bestehende organisationale Arbeitsabläufe verändert. Daraus folgt, dass das System so gestaltet werden muss, dass das Klinikpersonal Anpassungen vornehmen kann und es sich in bestehende Abläufe eingliedert.

Take-Home-Message

Ein KI-gestütztes Assistenzsystem, das multimodale und protosoziale Funktionen nutzt, kann nicht nur Barrieren bei der PROMs-Erhebung überwinden, sondern auch die Datenqualität durch die Förderung von Selbstreflexion und Ehrlichkeit ohne soziale Erwünschtheit verbessern.

Literatur

Aiyegbusi, O. L., Roydhouse, J., Rivera, S. C., Kamudoni, P., Schache, P., Wilson, R., ... , Calvert, M. (2022): Key considerations to reduce or address respondent burden in patient-reported outcome (PRO) data collection. Nature communications, 13(1), 6026.

Alač, M. (2016): Social robots: Things or agents? AI and Society, 31(4), 519–535.

Breazeal, C. (2002): Designing Sociable Machines: Lessons Learned. In K. Dautenhahn, A. H. Bond, L. Cañamero, B. Edmonds (Eds.), Socially Intelligent Agents – Creating Relationships with Computers and Robots (pp. 149–157). Kluwer Academic Publishers Boston.

Rink, I., Maaß, C. (2022): Verständlichkeit und Gesundheitskompetenz im Spektrum zwischen Leichter und Einfacher Sprache. In Gesundheitskompetenz (pp. 1-13). Berlin, Heidelberg: Springer.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Konzept zur Patientenkommunikation in der Rehabilitation – Spezifische Bedarfe und Potentiale

Sonia Lippke[1]; Christina Derksen[2]; Anna Levke Brütt[3]; Lena Ansmann[4]; Johanna Sophie Lubasch[5]; Robin Rinn[6]

[1] Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg),
[2] Queen Mary University of London, [3] Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
[4] Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, [5] Carl von Ossietzky Universität Oldenburg,
[6] Constructor University

Hintergrund und Zielstellung

Die zentrale Bedeutung von Gesundheitskompetenz sowie professioneller und patient:innenzentrierter Kommunikation ist wichtig für die Rehabilitation: Eine erfolgreiche Behandlung hängt davon ab, dass Patient:innen ihre gesundheitlichen Einschränkungen und die vorgeschlagene Behandlung verstehen, um ihr Verhalten anzupassen. Sichere und effektive Kommunikation ist auch wesentlich, um die Gesundheitskompetenz von Rehabilitanden zu fördern. Für Fachpersonal verbessert gelungene Kommunikation die Arbeitszufriedenheit und Zusammenarbeit. Dies befähigt alle, zum Rehabilitationserfolg beizutragen. Ziel sollte es sein, durch ein verbessertes Patient:innen- und Gesundheitsverhalten die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit langfristig zu sichern, Fehler zu minimieren und Probleme im Behandlungsprozess zu überwinden.

Methoden

Zur Förderung der professionellen Gesundheitskompetenz wurde ein Konzept in Form eines Schulungsprogramms europaweit entwickelt und an die deutsche Gesundheitsversorgung angepasst. Die Materialien des Curriculums können in Trainings, Fort- und Weiterbildungen sowie in Programmen zur Verbesserung der kommunikativen und sozialen Kompetenzen im Gesundheitswesen direkt eingesetzt werden (Lippke, Derksen, 2023). Das interdisziplinäre Schulungsprogramm richtet sich an alle Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen und kann somit für die Zielgruppe der Reha-Mitarbeitenden in stationären und ambulanten sowie mobilen Reha-Prozessen flexibel angepasst werden. Es unterstützt die Entwicklung und Förderung einer besseren Kommunikation und Zusammenarbeit.

Das Konzept bietet eine praxisnahe Ausbildung durch drei erprobte Workshops, die auch adaptiert auf 5 Einheiten online oder hybrid durchgeführt werden können. Diese decken die Bereiche Kommunikation, Gesundheitskompetenz, Patient:innenzentrierung und Teamwork ab. Die evidenz- und theoriebasierten Ansätze wurden an deutschen Kliniken über ein Jahr und mit 64 Schulungsteilnehmenden wissenschaftlich evaluiert. Es zeigten sich hohe Akzeptanz- und Zufriedenheitswerte mit M=5,25 (SD=0,5; 1-6), unabhängig von Vorerfahrungen und ob nur einzelne oder alle Schulungseinheiten in Anspruch genommen wurden.

Inwiefern dieses Konzept auch für den Rehabilitationskontext übertragbar ist und welche besonderen Bedarfe sowie Potentiale bestehen, wurde anschließend in einer qualitativen Interviewstudie ermittelt. Dazu wurden vier Tiefeninterviews mit Führungskräften aus Reha- Einrichtungen durchgeführt.

Ergebnisse

Die zentralen Bedarfe, die aus den genannten Inhalten extrahiert wurden, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Informationsfluss und Kontinuität der Behandlung: In der onkologischen Rehabilitation fehlt Gesundheitsfachkräften oft ein genauer Einblick die individuelle Symptome, die sehr spezifisch und divers sein können, sowie vorherige Behandlungen der Rehabilitand:innen.

2. Umgang mit Unsicherheiten und Ängsten: Rehabilitand:innen haben häufig wenig Erfahrung im Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag , was zu erhöhten Ängsten und Unsicherheiten führt. Es besteht Bedarf an klarer und empathischer Kommunikation seitens der Fachkräfte, um Erwartungen zu klären und Rehabilitand:innen besser auf die Zeit nach der Rehabilitation vorzubereiten.

3. Augenhöhe: Rehabilitand:innen trotz Zeitmangels angemessen zu behandeln und stärker in den Behandlungsprozess einzubeziehen ist zentral wichtig. Dies erfordert einen ganzheitlicheren Ansatz, der über den rein biomedizinischen Fokus hinausgeht.

4. Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Es besteht Bedarf an besserer Abstimmung zwischen Fachkräften, da unterschiedliche Disziplinen oft eigene, nicht abgestimmte Ziele verfolgen. Eine stärkere Kooperation und Zielharmonisierung werden gewünscht.

5. Kommunikationsstrukturen: Es besteht Bedarf an klareren Strukturen, besonders in sensiblen Gesprächen und im Umgang mit Rehabilitand:innen, die sprachlich oder psychisch beeinträchtigt sind.

6. Didaktische Anpassung: Fachkräfte möchten viel Wissen vermitteln, aber die Rehabilitand:innen sind oft überfordert, besonders durch den Einsatz von Fachtermini. Es besteht Bedarf an einfacheren, verständlicheren Erklärungen und angepassten Konzepten zur Wissensvermittlung.

7. Selbstkompetenz: Es besteht Interesse an intensiveren Übungen zur Selbst- und Fremdwahrnehmung, wie Rollenspiele, um die Reflexionsfähigkeit der Fachkräfte zu stärken.

Diskussion und Fazit

Größtenteils sind dies Inhalte und Techniken, die durch die vorliegenden Konzepte bereits abgedeckt werden. Anpassungen des Trainingskonzeptes sind vor allem hinsichtlich der Bedarfe der Rehabilitation möglich, Rehabilitand:innen konkret auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz vorzubereiten und Nachhaltigkeit sicherzustellen. Welche weiteren Aspekte es insbesondere im Rehabilitationskontext zu beachten gilt, wird in diesem Beitrag und mit den Zuhörer:innen näher diskutiert.

Take-Home-Message

Die Trainings haben sich als potenziell zielführend bezüglich der Bedarfe im Rehabilitationsalltag erwiesen. Einsparungen können durch effektivere Behandlungen hinsichtlich direkter und indirekter Folgekosten auf Rehabilitand:innenseite sowie durch Mitarbeitendenzufriedenheit und -bindung auf betrieblicher Seite erzielt werden.

Literatur

Hüner, B., Derksen, C., Schmiedhofer, M., Lippke, S., Riedmüller, S., Janni, W., ..., Scholz, C. (2023): Reducing preventable adverse events in obstetrics by improving

interprofessional communication skills–Results of an intervention study. BMC Pregnancy and Childbirth, 23(1), 55.
Lippke, Derksen (2023): Gesundheitskompetenz lehren und lernen. Bern: Hogrefe.
Lubasch, J. S., Voigt-Barbarowicz, M., Lippke, S., De Wilde, R. L., Griesinger, F., Lazovic, D., ... , Brütt, A. L. (2021): Improving professional health literacy in hospitals: study protocol of a participatory codesign and implementation study. BMJ open, 11(8), e045835.
Meng, K., Faller, H. (2020): Patientenschulung und Gesundheitskompetenz. Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Somatopsychologie und Verhaltensmedizin, 149-160.

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit, Europäische Union

Präventionsmaßnahme für Arbeitslose stößt auf breite Zustimmung - Zufriedenheit aller Akteure spricht für PrävAlo

Ellen Gaus; Lena Tepohl

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm)

Hintergrund und Zielstellung

Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen sind bei der Arbeitsvermittlung mit erhöhten Vermittlungshemmnissen konfrontiert. Eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes durch gesundheitsfördernde Maßnahmen können sich daher positiv auf die Vermittlung in Arbeit auswirken. (Paul, Hollederer, 2023) Das Präventionsprogramm RV Fit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) soll nach § 14 SGB VI die Erwerbsfähigkeit von Versicherten sichern, bei denen erste gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Für Arbeitslose steht diese Leistung bislang jedoch nicht zur Verfügung. Durch das rehapro-Modellprojekt PrävAlo (Prävention für Arbeitslose) erhalten erstmals auch Personen, die keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen, die Möglichkeit, die Präventionsleistung der DRV in Anspruch zu nehmen. PrävAlo besteht ähnlich wie das Programm RV Fit aus drei aufeinander aufbauenden Phasen (Initial- bzw. Startphase, Trainingsphase und Refresher bzw. Auffrischungstag).

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung ist die formative Evaluation. Der hier vorliegende Beitrag beleuchtet die subjektive Einschätzung aller Akteure (Teilnehmende, Jobcenter-Mitarbeitende und Mitarbeitende aus ambulanten Rehabilitationseinrichtungen) hinsichtlich der Zufriedenheit mit und Verstetigung von PrävAlo.

Methoden

Für die formative Evaluation wurde ein Mixed-Methods-Ansatz angewandt, der eine Befragung der Teilnehmenden mittels Fragebögen zu vier Messzeitpunkten (t0= zu Beginn der Maßnahme, t1= nach drei Monaten Trainingsphase, t2= nach sechs Monaten Trainingsphase und t3= sechs Monate nach Beendigung von PrävAlo (Katamnesebefragung)), Fokusgruppen mit Jobcenter-Mitarbeitenden und Interviews mit Mitarbeitenden der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen der ZAR-Gruppe umfasste. Alle drei Forschungsstränge beinhalteten u.a. Fragen zur Zufriedenheit bzgl. des Modellprojekt als

auch zur Einführung in die Regelversorgung. Bei den Teilnehmenden wurde die Verstetigungsthematik durch die Frage, ob sie PrävAlo erneut in Anspruch nehmen würden, erfasst.

Ergebnisse

Sowohl die neun Fokusgruppenteilnehmenden (Jobcentermitarbeitende) als auch die 14 Interviewteilnehmenden (Mitarbeitende der ZARs) sprechen sich geschlossen für eine Einführung in die Regelversorgung aus. Dabei gab es zahlreiche Gründe, die laut Auffassung der Teilnehmenden für eine Öffnung von RV Fit für diese Zielgruppe sprechen. Die Ergebnisse zeigen eine Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Beweglichkeit und der Ausdauer der Teilnehmenden. Außerdem merkten die Interviewteilnehmenden an, dass die PrävAlo-Teilnehmenden im Vergleich zu den RV Fit-Teilnehmenden vermehrt den aktiven Kontakt zu ihnen suchten und gezielt Expertise erfragten. Des Weiteren waren die PrävAlo-Teilnehmenden im Vergleich zu den RV Fit-Teilnehmenden anfangs auffallend verschlossen. Dies verbesserte sich durch die gemeinsam verbrachte Zeit und das Erleben von Gemeinschaft deutlich. Für eine Präventionsmaßnahme, losgelöst von einer bestimmten Zielgruppe, wurde von den Interviewten der demographische Wandel mit einer immer älter werdenden Bevölkerungsstruktur genannt, aber auch die bestehende Situation, dass Personen körperlich immer schwächer werden. Die Jobcentermitarbeitenden sehen den großen Benefit von PrävAlo in der Verzahnung von gesundheitlichen Aspekten mit gelebter Teilhabe in der Gesellschaft. Aber auch die entgegengebrachte Wertschätzung, durch die Möglichkeit einer sechsmonatigen kostenlosen Teilnahme an einer Präventionsmaßnahme.

Nach der sechsmonatigen Trainingsphase bestätigen 46 Teilnehmende (95%), dass sie die Maßnahme gerne wieder in Anspruch nehmen würden. 44 der Teilnehmenden (91%) waren mit der Maßnahme sehr bzw. weitestgehend zufrieden. Die positiven Auswirkungen zeigen sich auch bei den Angaben zur Lustlosigkeit und in puncto Spaß („Wie oft hatten Sie in den letzten vier Wochen das Gefühl, dass ihnen nichts mehr Spaß macht?“). Diese veränderte sich signifikant über die Zeit (t0-t2). Bei genauer Betrachtung traten die signifikanten Verbesserungen bei der Lustlosigkeit zwischen den Zeitpunkten t0 und t2 sowie t1 und t2 auf. Bei der Lebensfreude zeigt sich der signifikante Unterschied zwischen den Erhebungszeitpunkten t1 und t2.

Diskussion und Fazit

Die subjektive Einschätzung aller Akteure zeigt, dass PrävAlo auf breite Zustimmung stieß und der Wunsch der Jobcentermitarbeitenden als auch der ZAR-Mitarbeitenden darin besteht, allen Arbeitslosen die Möglichkeit zur Teilnahme an PrävAlo zu ermöglichen. Es wurden auch Optimierungspotenziale für die Maßnahme aufgezeigt, die bei einer möglichen Verstetigung mitgedacht werden müssen. Da diese von sehr hoher Bedeutung waren, wurden diese teilweise bereits während der Projektlaufzeit umgesetzt. Beispielsweise wurde PrävAlo in ein rein ambulantes Konzept überführt, da sich die stationären Phasen als Hemmnis für die Inanspruchnahme zeigten.

Spannend bleibt allerdings, ob PrävAlo auch einen objektiven Nutzen wie bspw. die Rückkehr in Arbeit begünstigt.

Take-Home-Message

Aus der Zufriedenheit aller beteiligten Personen mit der PrävAlo-Maßnahme, lässt sich ein Bedarf für eine Verstetigung ableiten.

Literatur

Paul, K. I., Hollederer, A. (2023): The Effectiveness of Health-Oriented Interventions and Health Promotion for Unemployed People—A Meta-Analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(11), 6028.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales - Förderprogramm rehapro

rehapro-Modellprojekt STAR

Maren Löffler[1]; Carsten Kocialkowski[2]

[1] Jobcenter Mannheim,
[2] con_sens I Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Hintergrund des Modellprojektes „STAR – Strategische Transformation und Aktivierung“ sind die in der Jobcenter-Praxis festgestellten Herausforderungen bei der Identifizierung und frühzeitigen sowie bedarfsgerechten Unterstützung erwerbsfähiger SGB- II- Leistungsberechtigter des Jobcenters Mannheim mit gesundheitlichen Problem-lagen. Denn immer mehr Leistungsberechtigte des Jobcenters Mannheim weisen physische oder psychische Belastungen sowie insgesamt gesundheitliche Problemlagen auf.

Die übergeordnete Zielstellung des Modellprojektes ist es, einer Verstetigung solcher gesundheitlichen Problemlagen entgegenzuwirken, das Entstehen von Rehabilitationsbedarfen oder dauerhaften Erwerbsunfähigkeiten zu vermeiden bzw. die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen oder zu stabilisieren.

In diesem Sinne soll das Modellprojekt dazu beitragen, potenzielle und reale Rehabilitationsbedarfe schneller zu identifizieren und zu vermeiden und drohender oder bereits vorliegender Erwerbsunfähigkeit der Teilnehmenden entgegenzuwirken und diese nachhaltig zu sichern bzw. herzustellen. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass der gesetzliche Vermittlungsauftrag des Jobcenters durch den Einsatz sich anschließender Maßnahmen (z.B. Qualifizierungen, Praktika o.ä.) mit Aussicht auf Erfolg umgesetzt werden kann.

Das Jobcenter Mannheim will schließlich im Rahmen des Modellprojektes bis 31.10.2026 mit 576 Kund*innen im Rechtskreis SGB II, die das 25. Lebensjahr erreicht haben, einen Integrationsfahrplan erarbeiten und ihnen zeitnahe und passgenaue Unterstützung anbieten.

Methoden

Die methodische Ausgestaltung des Modellprojektes stellt sich zusammenfassend wie folgt dar: In einem vierwöchigen sog. „Diagnostik-Center“ erstellt ein multiprofessionelles Team aus ärztlichen, psychologischen und sozialpädagogischen Fachkräften zunächst eine ausführliche Anamnese und erarbeitet auf dieser Basis mit den Teilnehmenden einen

individuellen Integrationsfahrplan. Alle diese Leistungen werden „unter einem Dach“ und bewusst außerhalb der originären Jobcenter-Infrastruktur angeboten. Unterstützend werden digitale Angebote wie insbesondere eine Gesundheits-App zur Verfügung gestellt.

Parallel dazu können die Teilnehmenden verschiedene Angebote im sozialen und kulturellen Bereich wahrnehmen. Denn die Erfahrung zeigt, dass gesundheitlich eingeschränkte Menschen häufig auch unter Isolation und drohender Vereinsamung leiden. Auch das kann die Teilhabe am Arbeitsleben erheblich beeinträchtigen.

Nach Ausscheiden aus dem „Diagnostik-Center“ erfolgt eine gezielte Nachbetreuung der Teilnehmenden durch Beratungsfachkräfte des Jobcenters, welche insbesondere auf Maßnahmen zur Aktivierung und Vermittlung in Arbeit ausgelegt sind.

Ergebnisse

Das Modellprojekt wird im Rahmen einer Vor-Ort-Evaluation wissenschaftlich begleitet. Hierbei werden im Rahmen eines Methoden-Mixes quantitative und qualitative Daten erhoben und ausgewertet. Die hierbei eingesetzten Instrumente umfassen Online-Befragungen für eine Verlaufsbetrachtung (t-1 „Erstbefragung“ zu Beginn der Teilnahme, t-2 „Exit-Befragung“ mit Beendigung der Teilnahme und t-3 „Folgebefragung“ nach rund 2-3 Monaten nach Ausscheiden aus dem Projekt) sowie qualitative Interviews mit im Rahmen einer Stichprobe repräsentativ vorausgewählten Teilnehmer*innen.

Die zentralen Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung (Stand 10/2024) stellen sich zusammenfassend wie folgt dar (lediglich ein kleiner Auszug):

>Gesundheit

31,4 % der Befragten empfinden nach Projektteilnahme ihren Gesundheitszustand besser als noch zu Beginn des Projektes. 75,7 % davon sind der festen Überzeugung, dass für die Verbesserung die Teilnahme am Projekt entscheidend war.

>Berufliche Perspektive

28,6 % der Befragten empfinden nach Projektteilnahme ihre berufliche Perspektive besser als noch zu Beginn des Projektes. 87,5 % davon sind der festen Überzeugung, dass für die Verbesserung die Teilnahme am Projekt entscheidend war.

>Gesellschaftliche Teilhabe

25,4 % der Befragten empfinden nach Projektteilnahme ihr Freizeitverhalten (z.B. Sport, Teilnahme an kulturellen Aktivitäten) besser als noch zu Beginn des Projektes. 63,6 % davon sind der festen Überzeugung, dass für die Verbesserung die Teilnahme am Projekt entscheidend war.

>Motivation

93 % der Befragten konnten durch ihre Teilnahme am Projekt (teilweise davon 39 %) neue Motivation schöpfen. Davon konnten (Mehrfachnennungen waren möglich) 60,6 % der Befragten neue Motivation für ihre gesundheitliche Situation entwickeln, 53,4 % für ihre berufliche Situation und 26,9 % für ihre gesellschaftliche Situation.

Seit 01.11.2022 haben bereits 287 Personen am Projekt teilgenommen. Die vorzeitige Abbruchquote der Teilnahme liegt bei 13 %.

Diskussion und Fazit

These zur Diskussion:

Eine enge Verzahnung von Gesundheitsförderung und Arbeitsförderung wirkt sich grundsätzlich positiv auf die Erwerbs- und Integrationsfähigkeit gesundheitlich eingeschränkter Leistungsberechtigter nach dem SGB II aus.

Abzuleitendes Fazit:

Eine Verstetigung entsprechender erfolgreicher Ansätze aus den rehapro-Modellprojekten in den Regelbetrieb der Jobcenter erscheint angezeigt und sollte bei der zukünftigen Bereitstellung finanzieller Mittel durch den Bund berücksichtigt werden.

Take-Home-Message

Selbst bei einer kurzen Interventionsdauer von nur 4 Wochen können im Projekt STAR bereits signifikante Verbesserungen bei den Teilnehmenden im Bereich Gesundheitserleben, gesellschaftliche Teilhabe sowie Motivation nachgewiesen werden.

Literatur

Arbeitslose leiden im Vergleich zu Beschäftigten doppelt so häufig unter psychischen Gesundheitsproblemen. Vgl. Paul, K. I., Moser, K. (2009): "Unemployment impairs mental health: Meta-analyses", Journal of Vocational Behavior, 74(3), 264-282.

Gesundheitsförderung kann entscheidend dazu beitragen, die Erwerbsbeteiligung zu erhöhen und die Dauer des Erwerbslebens zu verlängern. Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2021): "Fachkräftestrategie der Bundesregierung".

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Telerehabilitationsmedizinische Beratung von Post-COVID-Patient*innen zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung im Rahmen des ViCoReK-Projekts – Inanspruchnahme, Zufriedenheit und Mehrwert

Christoph Egen; Nils Schneider; Christoph Korallus; Kristine Engeleit; Anja Hesse; Andrea Bökel; Lia Heyl

Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

Hintergrund und Zielstellung

Die hausärztliche Versorgung von Post-COVID-Patient*innen erfordert hohe zeitliche Ressourcen sowie aufgrund der Symptomkomplexität ein umfangreiches Wissen über therapeutische und medikamentöse Optionen. Zur Unterstützung des hausärztlichen Bereichs wurde ein modular aufgebautes telerehabilitationsmedizinisches Beratungskonzept entwickelt, implementiert und evaluiert (Egen, Schneider, 2023). Ziel des Projekts war die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung von Post-COVID-Patient*innen durch die Vernetzung zwischen dem niedergelassenen Bereich und einer fachärztlichen Post- COVID- Ambulanz mit rehabilitativer Schwerpunktsetzung.

Auf der projekteigenen Internetseite www.vicorek-nds.de stehen u.a. Schulungsvideos sowie Selbstübungsprogramme und Patient*inneninformationen zur Verfügung. Registrierte Hausärzt*innen erhielten Zugriff auf ergänzende Behandlungshinweise (Muster- Heilmittelverordnungen, Supplementenliste, Checkliste zur Differenzialdiagnostik) und auf das Terminbuchungsprogramm für die telerehabilitationsmedizinische Beratung, die über Medflex durchgeführt wurden. Hier standen folgende Beratungsangebote zur Verfügung:

- Allgemeine fachärztliche Beratung (Telefon oder Video) (ca. 30 Min.)
- Fachärztliche, interdisziplinäre Telekonsile (ca. 60 Min.)
    - Telekonsil I (zwei Fachärzt*innen + Hausärztin bzw. Hausarzt)
    - Telekonsil II (zwei Fachärzt*innen + Patient*in)
    - Telekonsil III (zwei Fachärzt*innen + Hausärztin bzw. Hausarzt + Patient*in)
- Fachärztlich-Therapeutisches Telekonsil im Anschluss auf ein vorheriges Telekonsil (Facharzt + Physio- und Ergotherapeutin + Patient*in)

Im Vorfeld der Telekonsile lagen von hausärztlicher Seite ein Anamnesebogen und von Patient*innenseite ein umfangreicher Assessmentbogen vor. Durchgeführt wurden die Telekonsile durch einen Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin zusammen mit einer Fachärztin für Allgemeinmedizin. An den Beratungen teilnehmende Hausärzt*innen erhielten zwei Fortbildungspunkte. Eine gesonderte Aufwandsentschädigung wurde nicht gezahlt. Ergebnis der Telekonsile war ein umfangreicher Arztbrief mit Behandlungsoptionen, die ggf. von hausärztlicher Seite verordnet werden mussten.

Das Projekt wurde wissenschaftlich begleitet, um u.a. die Inanspruchnahme der Beratungen, die Zufriedenheit mit der Beratung sowie den Mehrwert für die hausärztlichen Praxen zu evaluieren.

Methoden

Die Inanspruchnahme des Angebots wurde durch Auszählung der Beratungsleistungen erfasst. Für die Evaluation der Zufriedenheit von Patient*innen und den Mehrwert für Hausärzt*innen wurde sechs bzw. vier Wochen nach der Beratung ein durch das Projektteam entwickelter Online-Fragebogen versandt. Der Patient*innenfragebogen enthielt den ZUF- 8 (Fragebogen zur Patientenzufriedenheit) in leicht adaptierter Form. Die Fragebögen wurden mit Hilfe deskriptiver Analysen statistisch ausgewertet.

Ergebnisse

Im Zeitraum vom 01.09.2023 bis 31.10.2024 fanden folgende Beratungen statt:

Tab 1.: Anzahl Beratungen

Beratungsangebote	Anzahl	Verteilung (in %)
Allgemeine Beratung	14	6,4
Fachärztliches, interdisziplinäres Telekonsil I	12	5,5
Fachärztliches, interdisziplinäres Telekonsil II	150	68,8
Fachärztliches, interdisziplinäres Telekonsil III	37	17,0
Fachärztlich-Therapeutisches Telekonsil	5	2,3
GESAMT	**218**	**100**

Patient*innen: Die befragten Patient*innen (N=172) waren zu 66,5 % weiblich, zu 30,1 % männlich und zu 1,1 % divers. Durchschnittlich waren sie 46,7 Jahre alt (Stdw. 13,6; MD 49; Min. 18; Max. 82). 53 % waren zum Zeitpunkt der Beratung aufgrund ihrer Post- COVID-Erkrankung arbeitsunfähig.

Der Median des ZUF-8 von bislang 97 vorliegenden Patient*innenfragebögen liegt bei 29 von max. 32 Punkten, was auf eine hohe Zufriedenheit mit den durchgeführten Beratungen hinweist.

Hausärzt*innen: Die Informationen auf der Internetseite waren für alle Hausärzt*innen, die die Informationsmaterialien genutzt haben und sich an der Evaluation beteiligten, hilfreich (N=30). 83,3 % erhielten hierüber Informationen, die ihnen vorher noch nicht bekannt gewesen sind.

Die Telekonsile an denen sich Hausärzt*innen beteiligten (Telekonsil I+III), wurden von allen an der Evaluation beteiligten Personen als hilfreich beurteilt (N=34). Alle gaben zudem an, durch die Beratung etwas erfahren zu haben, was Ihnen vorher nicht bekannt war. Gleichzeitig fanden 53 %, dass der zeitliche Aufwand für die Teilnahme groß sei.

Die Hausärzt*innen, die nicht selbst an den Beratungen teilnahmen (Telekonsil II) und sich an der Evaluation beteiligten (N=61), empfanden die Beratung zu 96,7 % als hilfreich. Durch den Arztbrief erfuhren 70,5 % der Hausärzt*innen etwas, von denen sie vorher nichts wussten. Den benötigten zeitlichen Aufwand empfanden 11,3 % der Hausärzt*innen eher als groß.

Diskussion und Fazit

Das Projekt zeigt, dass die telerehabilitationsmedizinischen Beratungen von Patient*innenseite sehr gut angenommen wurden. Hausärzt*innen haben überwiegend Patient*innen für das Projekt angemeldet und selbst eher nicht an den Beratungen teilgenommen, was vermutlich sowohl an dem hohen zeitlichen Aufwand der Beratungsgespräche lag, als auch dadurch bedingt sein könnte, dass die Beratungen i.d.R. während der regulären Arbeits- bzw. Praxiszeiten stattfanden. Dennoch wird ein deutlicher Mehrwert auch ohne hausärztliche Beteiligung an den Beratungsgesprächen von den Hausärzt*innen aufgrund der Arztbriefe bescheinigt.

Take-Home-Message

Die telerehabilitationsmedizinischen Beratungen werden von Post-COVID-Patient*innen gut angenommen und bieten für Hausärzt*innen einen Mehrwert.

Literatur

Egen, C., Schneider, N. (2023): Telemedizinische Unterstützung von Niedersachsen mit Post-COVID-Syndrom. Niedersächsisches Ärzteblatt, 96 (7). 20

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit

Von der Theorie zur Praxis: Ein Faktencheck der Ansätze von SEMRES zur Unterstützung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung.

Lea Jürgens; Frank Bela Schädlich; Knut Tielking

Hochschule Emden/Leer

Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland konsumieren laut dem Epidemiologischen Suchtsurvey rund 7,9 Millionen Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren Alkohol in gesundheitlich riskanten Mengen (Rauschert et al., 2022). Diese Zahlen verdeutlichen die Notwendigkeit, effektive Hilfsangebote zu schaffen, um gesundheitliche Risiken im Zusammenhang mit Suchtverhalten entgegenzuwirken.

Trotz der hohen Anzahl an Betroffenen, die auf Unterstützung angewiesen wären, ist der Zugang zu Rehabilitationseinrichtungen im Suchtbereich eingeschränkt. Die Zahl der Anträge auf Rehabilitationsleistungen zeigt in jüngster Zeit einen Anstieg, dennoch bleibt die Zahl tatsächlich abgeschlossener Reha-Maßnahmen tendenziell rückläufig (DHS, 2024).

Dies weist auf mögliche Barrieren hin, die Betroffene daran hindern, Unterstützung rechtzeitig und erfolgreich in Anspruch zu nehmen. Der Zugang zu notwendigen Unterstützungsangeboten bleibt oft erschwert und erfolgt im Krankheitsverlauf erst spät oder gar nicht. Traditionelle Suchthilfeansätze haben Probleme, den spezifischen Bedürfnissen dieser Zielgruppe gerecht zu werden, weshalb es von entscheidender Bedeutung ist, zielgruppenspezifische Angebote in der Suchthilfe zu etablieren (DHS, 2019). Ein zentrales Ziel in der Suchthilfe besteht daher darin, Zugangshürden zu reduzieren und die Akzeptanz von Hilfsangeboten zu erhöhen.

In diesem Kontext bietet das Projekt SEMRES Ansätze zur Unterstützung von Menschen mit aufkommenden oder bestehenden Abhängigkeitserkrankungen. Ein zentrales Anliegen besteht darin, den Zugang zu Hilfsangeboten durch Netzwerkarbeit zu ermöglichen.

Zudem sollen die Teilnehmenden die Möglichkeit erhalten, sich über den Sucht-Rehakompass (SRK) mit ihrer gesundheitlichen Situation, ihrem Konsum und Behandlungsmöglichkeiten auseinanderzusetzen und erste Erfahrungen in einer stationären Rehabilitationseinrichtung zu sammeln. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs und der Rehabilitationsfähigkeit der Betroffenen, sowie die anschließende Fertigstellung eines Antrags auf eine Rehabilitationsleistung.

Methoden

Mit einem Mixed-Methods-Ansatz kombiniert SEMRES die Stärken quantitativer und qualitativer Forschung, wodurch ein umfassendes Verständnis des Modellprojektes ermöglicht wird. Durch die Integration beider Methoden wurden sowohl statistische Trends analysiert als auch tiefere Einblicke in individuelle Erfahrungen und Perspektiven gewonnen, was die Validität und Relevanz der Ergebnisse erhöht. Die quantitativen Daten wurden durch standardisierte Prä- und Postbefragungen in einem Kontrollgruppendesign gesammelt. Die qualitativen Erhebungen beinhalteten teilnehmende Beobachtungen bei Workshops sowie problemzentrierte Interviews mit Teilnehmenden des SRK. Diese Interviews wurden anhand

einer leitfadengestützten Methode durchgeführt und mit der Inhaltsanalyse nach Mayring und Fenzl (2019) ausgewertet. Dadurch wird ein ganzheitliches Bild der Wirkungsweise des SEMRES-Ansatzes geschaffen, das sowohl empirische Daten als auch persönliche Perspektiven berücksichtigt.

Ergebnisse

Der Faktencheck, der im Rahmen von SEMRES entwickelten Ansätze bestätigt die Wirksamkeit der Netzwerkarbeit, der Reha-Lots*innenberatung und des SRK in Bezug auf niedrigschwellige Zugänge in die Rehabilitation. Die qualitativen und quantitativen Daten zeigen die positiven Erfahrungen der Teilnehmenden wie auch der Netzwerkpartner*innen. So zeigen Analyseergebnisse aus der Netzwerkarbeit, dass die Kooperationspartner*innen den Nutzen das Projektes besonders schätzen. Gelungen ist die Unterstützung bei der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen und der Zugang in die darauffolgende Rehabilitation. Ergebnisse belegen, dass bspw. die Bewilligungszeiten der Reha-Antrage im Vergleich zu den Zeiten der Deutschen Rentenversicherung Bund mehr als halbiert werden. Mit den Evaluationsergebnissen werden evidenzbasierte Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Suchthilfe vorgestellt, die als Impulse für zukünftige Projekte zu verstehen sind, um die Ansprache der Betroffenen nachhaltig zu verbessern.

Diskussion und Fazit

Das Projekt SEMRES verdeutlicht die Notwendigkeit, auf die spezifischen Herausforderungen von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen einzugehen, um den Zugang zu Hilfsangeboten zu verbessern. Die Kombination aus quantitativer und qualitativer Forschung ermöglicht es, sowohl statistische Trends als auch persönliche Erfahrungen zu erfassen, was zu einer ganzheitlicheren Bewertung der Wirksamkeit der Maßnahmen führt. Die Erkenntnisse zeigen, dass die Hemmungen vieler Betroffener, Hilfe in Anspruch zu nehmen, häufig mit Stigmatisierung und negativen Vorerfahrungen zusammenhängen. Daher ist es entscheidend, ein Umfeld zu schaffen, das diese Hemmungen abbaut, Vertrauen schafft und die Betroffenen ermutigt, Hilfe zu suchen.

Take-Home-Message

Um Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen effektiv zu unterstützen, ist es entscheidend, zielgruppenspezifische Angebote zu entwickeln und ein unterstützendes Umfeld zu schaffen, das Stigmatisierung abbaut und den Zugang zu Hilfsangeboten erleichtert.

Literatur

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2019): Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland - Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Update 2019. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Beck, L., Simon, R., Steinbrecher, A., Falk, Johannes (2024): Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch SUCHT. Lengerich: Pabst.

Mayring, P., Fenzl, T. (2019): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, N., Blasius, J. (Hrsg.) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42.

Rauschert, C., Möckl, J., Seitz, N., Wilms, N., Olderbak, S., Kraus, L. (2022): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland – Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021. Deutsches Ärzteblatt International, 119, 527–534. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0244.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, rehapro

Einfluss psychischer Komorbidität auf die berufliche Teilhabe von Patientinnen mit Brustkrebs nach medizinischer Rehabilitation

Sofia Petrak; David Fauser; Matthias Bethge

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Belastungen infolge einer Brustkrebserkrankung können bei Betroffenen in einer psychischen Begleiterkrankung resultieren, die mit einer geringeren subjektiven Arbeitsfähigkeit (Kim et al., 2022) und Bereitschaft zur beruflichen Rückkehr (Hou et al., 2021) assoziiert ist. In der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV), die bei Personen im erwerbsfähigen Alter das Ziel der beruflichen Wiedereingliederung anstrebt (DRV, 2023), ist mehr als jede fünfte Rehabilitandin mit Brustkrebs von einer psychischen Komorbidität betroffen (Fauser et al., 2024). Der Zusammenhang von psychischer Komorbidität und beruflicher Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation wurde bei Frauen mit Brustkrebs bislang kaum untersucht. Anhand von Routinedaten der DRV analysierten wir daher im Längsschnitt den Einfluss psychischer Komorbidität auf die berufliche Teilhabe der Patientinnen nach abgeschlossener Rehabilitation. Folgende Fragestellungen wurden untersucht:

1. Durch welche Merkmale lassen sich Patientinnen mit und ohne psychische Komorbidität vor der Rehabilitation charakterisieren?
2. Welche Erwerbsverläufe zeigen sich für Patientinnen mit und ohne psychische Komorbidität bis zum zweiten Jahr nach der Rehabilitation?
3. Wie beeinflusst das Vorliegen einer psychischen Komorbidität die Chance, sich im 24. Monat nach Rehabilitationsende in einer stabilen Beschäftigung zu befinden?
4. Wie beeinflusst eine psychische Komorbidität die Chance auf den Bezug einer Erwerbsminderungsrente (EMR) innerhalb von zwei Jahren nach Ende der Rehabilitation?

Methoden

Datengrundlage war der Scientific Use File „Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2013-2020“ (Reha-L-SUF) des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV). Eingeschlossen wurden Frauen im erwerbsfähigen Alter, die im Jahr 2017 erstmalig eine onkologische Rehabilitation (Ca-Reha-Leistung nach § 15 SGB VI) aufgrund von Brustkrebs (ICD-10-Code C50) als stationäre Anschlussrehabilitation (AHB) abgeschlossen hatten. Merkmale, in denen sich Patientinnen mit und ohne psychische Komorbidität zum Zeitpunkt der Rehabilitation unterschieden, sowie ihre Erwerbsverläufe bis zwei Jahre nach der Rehabilitation wurden deskriptiv dargestellt. Multiple logistische Regressionsmodelle prüften den Zusammenhang von psychischer Komorbidität und einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung im 24. Monat und den

drei vorherigen Monaten sowie dem Bezug einer EMR innerhalb von 24 Monaten nach der Rehabilitation.

Ergebnisse

Insgesamt wurden Daten von 2.310 Patientinnen mit Brustkrebs berücksichtigt, davon 478 Patientinnen (21 %) mit psychischer Komorbidität. Patientinnen mit psychischer Begleitdiagnose waren im Mittel etwas jünger (52 vs. 53 Jahre), kamen häufiger aus den westlichen Bundesländern (88 vs. 76 %) und waren vor der Rehabilitation häufiger nicht erwerbstätig (11 vs. 8 %). Nach der Rehabilitation bezogen sie deutlich häufiger Kranken- und Arbeitslosengeld. Im 24. Monat nach der Rehabilitation waren psychisch komorbide Patientinnen seltener in stabiler Beschäftigung (61 vs. 67 %) und innerhalb der zwei Jahre doppelt so häufig im Bezug einer EMR (8 vs. 4 %). Eine psychische Komorbidität war signifikant assoziiert mit einer geringeren Chance stabiler Beschäftigung (OR = 0,7; 95- %- KI 0,5 bis 0,9; p = 0,010) und höheren Chance des Bezugs einer EMR (OR =1,9; 95-%-KI 1,2 bis 3,1; p = 0,008). Die stärksten Zusammenhänge waren bei einer depressiven Störung (F32/F33) zu beobachten.

Diskussion und Fazit

Bei Patientinnen mit Brustkrebs zeigte sich bei Vorliegen einer psychischen Komorbidität, insbesondere bei depressiver Störung, eine geringere Erwerbstätigkeit und eine verminderte Erwerbsfähigkeit zwei Jahre nach einer medizinischen Rehabilitation. Limitationen der Analyse sind unter anderem das Fehlen wichtiger medizinischer Daten zur Adjustierung der Effektschätzer, beispielsweise zum Tumorstadium und zur Behandlungsmethode, und die hohe Anzahl fehlender Werte besonders für den Bildungsabschluss.

Take-Home-Message

Eine psychische Komorbidität bei Patientinnen mit Brustkrebs ist mit einer eingeschränkten beruflichen Teilhabe zwei Jahre nach Abschluss einer onkologischen Rehabilitation assoziiert.

Literatur

DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund (2023): Reha-Bericht 2023. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Fauser, D., Zollmann, P., Streibelt, M., Bethge, M. (2024): Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund von onkologischen Erkrankungen: Repräsentative Analysen auf Basis der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. Rehabilitation, 63. 107-118.

Hou, W., Li, Q., Liu, X., Zeng, Y., Cheng, A.S. (2021): Exploring the employment readiness and return to work status of breast cancer patients and related factors. Int J Nurs Sci, 8. 426-431.

Kim, S-Y., Kissane, D.W., Richardson, G., Senior, J., Morgan, J., Gregory, P., Birks, S., Ooi, C., Lipton, L., Antill, Y., Vereker, M., Michael, N., Bobevski, I. (2022): The role of depression and other psychological factors in work ability among breast cancer survivors in Australia. Psychooncology, 31. 167-175.

Einfluss von Bewegungsselbstwirksamkeit auf die körperliche Aktivität bei Patient*innen in kardiologischer Rehabilitation mit leichter bis moderater psychischer Erkrankung, Stress oder Erschöpfung

Viktoria Liv Pollok[1]; Friederike Thome-Soós[1]; Dieter Benninghoven[2]; Matthias Bethge[1]

[1] Universität zu Lübeck, [2] Mühlenbergklinik, Bad Malente

Hintergrund und Zielstellung

Kardiovaskuläre Erkrankungen sind seit vielen Jahrzehnten weltweit eine der führenden Ursachen für Morbidität und Mortalität. Neben kardiometabolischen Faktoren, wie Bluthochdruck und hohen Cholesterinwerten, gelten auch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie mangelnde körperliche Aktivität als etablierte Risikofaktoren (Vaduganathan et al., 2022). Ziel der kardiologischen Rehabilitation ist es, modifizierbare Lebensstilfaktoren, insbesondere die körperliche Aktivität, positiv zu beeinflussen. Dennoch bleibt die Einhaltung der Bewegungsempfehlungen nach Abschluss der Rehabilitation oft unzureichend (Meiring et al., 2020). Zusätzlich treten häufig psychische Belastungen auf, die das Bewegungsverhalten weiter beeinträchtigen können.

In diesem Kontext wurde der Einfluss der Bewegungsselbstwirksamkeit (BSW) auf die körperliche Aktivität von psychisch belasteten Patient:innen in der kardiologischen Rehabilitation untersucht, um ein tiefergehendes Verständnis der zugrundeliegenden Mechanismen der Verhaltensänderung in dieser Zielgruppe zu gewinnen.

Methoden

Für das Forschungsvorhaben wurden Daten einer randomisierten kontrollierten Studie quantitativ analysiert (DRKS00029295) (Bethge et al., 2023). Die BSW wurde mittels der Exercise Self-Efficacy Scale erfasst. Das Ausmaß der wöchentlichen körperlichen Aktivität wurde durch die Aggregation von Dauer und Häufigkeit von bis zu drei Aktivitäten gemessen. Die Beziehungen zwischen BSW und potenziellen Einflussfaktoren wurden mit Korrelationen geprüft. Der wechselseitig adjustierte Einfluss signifikant assoziierter Variablen auf BSW und körperliche Aktivität zum Follow-up wurde durch lineare Regressionen quantifiziert. Veränderungen in BSW und körperlicher Aktivität über die Zeit wurden mithilfe gepaarter t- Tests und eines gemischten Modells analysiert.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 305 Personen an der Studie teil. Zu Beginn der Rehabilitation betrug die durchschnittliche wöchentliche körperliche Aktivität 106 Minuten, während die BSW einen Mittelwert von 28,2 Punkten erreichte. Mit Ausnahme des Alters waren alle gesundheits- und arbeitsbezogenen, psychologischen sowie soziodemografischen Variablen mit der BSW assoziiert. Für die kategorialen Variablen wurden Zusammenhänge mit geringen Effektstärken zwischen BSW und Motivation zur Lebensstiländerung, Bildungsniveau, Beschäftigungsstatus und Geschlecht bestimmt. Die Regressionsanalyse identifizierte die körperliche Aktivität zu Beginn der Rehabilitation ($b = 0{,}29$, $p = 0{,}002$), die funktionelle Kapazität ($b = 0{,}70$, $p = 0{,}001$) und die Motivation zur Lebensstiländerung ($b = -1{,}5$, $p = 0{,}016$) als signifikante Prädiktoren von BSW. Unter Berücksichtigung der Ausgangsaktivität konnte

die BSW das Aktivitätsniveau nach drei Monaten signifikant vorhersagen ($b = 0{,}10$, $p = 0{,}041$). Die t-Tests zeigten eine signifikante Erhöhung der BSW um 1,76 Punkte ($p < 0{,}001$) nach der Rehabilitation sowie eine Steigerung der wöchentlichen körperlichen Aktivität um 87,83 Minuten ($p < 0{,}001$) beim Follow-up nach drei Monaten. Im gemischten Modell war jeder Punktanstieg in der BSW mit einer Zunahme der körperlichen Aktivität um 10,23 Minuten assoziiert ($p < 0{,}001$).

Diskussion und Fazit

Die BSW ist mit der Bewegungsadhärenz in der untersuchten Zielgruppe assoziiert. Bei der Interpretation der klinischen Relevanz unserer Ergebnisse ist jedoch zu beachten, dass wir die körperlichen Aktivitäten unabhängig von ihrer Intensität zusammenfassten. Intensive Bewegung ist in der Regel jedoch mit günstigeren gesundheitsrelevanten Ergebnisparametern assoziiert als weniger intensive Aktivitäten (Alves et al., 2016). Darüber hinaus wurden subjektiv gemessene Daten erhoben, dies erhöht aufgrund eingeschränkter Validität das Risiko verzerrter Schätzungen. Insbesondere vor einer bewegungsorientierten Intervention überschätzen Teilnehmende häufig sowohl ihre körperliche Aktivität als auch ihre BSW (Groothuis et al., 2022).

Interventionskomponenten sollten auch die BSW als Zielkriterium adressieren. Ein theoretisch fundierter Ansatz könnte hierbei vorteilhaft sein, da solche Rahmenkonzepte typischerweise zentrale Faktoren für Verhaltensänderungen, einschließlich der Selbstwirksamkeit, adressieren. Zudem könnten Strategien zur Verbesserung der funktionalen Kapazität und zur Förderung der Motivation für Lebensstiländerungen die BSW weiter steigern und somit die langfristige Einhaltung von Bewegungsempfehlungen nach der kardiologischen Rehabilitation unterstützen.

Take-Home-Message

Die BSW ist mit einer signifikanten und klinisch relevanten Steigerung der körperlichen Aktivität bei psychisch belasteten Patient*innen in der kardiologischen Rehabilitation assoziiert.

Literatur

Alves, A. J., Viana, J. L., Cavalcante, S. L., Oliveira, N. L., Duarte, J. A., Mota, J., Oliveira, J., Ribeiro, F. (2016): Physical activity in primary and secondary prevention of cardiovascular disease: overview update. World Journal of Cardiology, 8. 575–583.

Bethge, M., Thome-Soós, F., Rašo, L. M., Weier, L., Benninghoven, D. (2023): Cognitive behavioral rehabilitation in patients with cardiovascular diseases: a randomized controlled trial (CBR-CARDIO, DRKS00029295). BMC Cardiovascular Disorders, 23. 252.

Groothuis R., Rutger J., van Keeken H.G., de Vries A.E., Dijkstra P.U. (2022): Self-report versus measured physical activity levels during outpatient cardiac rehabilitation. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 42. 172–177.

Meiring, R. M., Tanimukai, K., Bradnam, L. (2020): The effect of exercise-based cardiac rehabilitation on objectively measured physical activity and sedentary behavior: a systematic review and meta-analysis. Journal of Primary Care & Community Health, 11. 1–17.

Vaduganathan, M., Mensah, G. A., Turco, J. V., Fuster, V., Roth, G. A. (2022): The global burden of cardiovascular diseases and risk. Journal of the American College of Cardiology, 80. 2361–2371.

Kommunikationstraining mit VR-Exposition in der beruflichen Rehabilitation

Eva Brauckmann

Berufliches Trainingszentrum am Berufsförderungswerk Leipzig, Universität Leipzig

Hintergrund und Zielstellung

Arbeitslosigkeit steht im Zusammenhang mit erhöhten psychischen Belastungen und dem Bedarf psychosozialer Unterstützung (Kupka et al., 2020). Insbesondere soziale Ängste und Kompetenzdefizite stellen signifikante Barrieren im beruflichen Rehabilitationsprozess dar (Himle et al., 2014). Die Integration psychosozialer Interventionen bietet einen dualen Wirkmechanismus: Einerseits die Reduktion arbeitslosigkeitsassoziierter psychischer Beschwerden, andererseits die präventive Förderung individueller Kompetenzen und der Resilienz für die berufliche Reintegration.

Die vorliegende Studie verfolgt einen quasiexperimentellen Forschungsansatz im Rahmen einer Feldstudie zur Wirksamkeitsevaluation eines Kommunikationstrainings in der beruflichen Rehabilitation am Beruflichen Trainingszentrum (BTZ) des Berufsförderungswerkes Leipzig. Das Training kombiniert klassische trainingsbasierte Interventionsmethoden mit moderner VR-Technologie (neomento Virtual-Reality-Therapy) und ist auf die Verbesserung kommunikativer Kompetenzen im beruflichen Kontext ausgerichtet.

Ziel der Studie war es, die Effekte des Kommunikationstrainings und einer erweiterten Variante mit VR-Exposition auf soziale Kompetenzen, soziale Ängste, soziale Kompetenzdefizite, sowie der beruflichen Selbstwirksamkeit zu untersuchen.

Methoden

Bei der Planung der Studie ergab die Power-Analyse mit R-Studio (Version 4.2.2) für eine mittlere Effektstärke (f=.25) eine notendige Stichprobengröße von N=157. Bei einer Stichprobengröße von N=30 sind nur große Effekte (f=.6) feststellbar.

Das Studiendesign umfasste drei Untersuchungsgruppen (N=30): 1. Teilnehmende des Kommunikationstrainings (N=12), 2. Teilnehmende des Kommunikationstrainings mit VR-Exposition (N=8) und 3. die Kontrollgruppe mit Rehabilitanden (N=10), die nicht am Kommunikationstraining teilgenommen haben.

Die Studie verwendet eine Pre-Post-Messwiederholung mit Within - und Between - Subject - Vergleichen. Die Datenerhebung erfolgte mittels der Messinstrumente Inventar sozialer Kompetenzen – Kurzform (ISK-K) von Kanning (2009), Fragebogen zu sozialer Angst und sozialen Kompetenzdefiziten (SASKO) von Kolbeck und Maß (2009) und zwei selbstformulierten Items zur beruflichen Selbstwirksamkeit. Zusätzlich wurden

demografische Daten (Geschlecht, Alter, Bildungsgrad und letzte Jobzugehörigkeit) als potenzielle Kovariaten erhoben und einbezogen.

Im weiteren Verlauf wurden die Daten durch ANCOVAs (Analysis of Covariance) und post- hoc Kontrastanalysen in R-Studio statistisch analysiert.

Ergebnisse

Die Kovarianzanalysen zeigten einen signifikanten Gruppenunterschied ausschließlich hinsichtlich der sozialen Orientierung als Teil der sozialen Kompetenzen, wobei Teilnehmende der Interventionsgruppe mit VR-Exposition eine signifikant höhere soziale Orientierung aufwiesen. Für die weiteren erfassten Skalen konnten keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Gruppen identifiziert werden. Es konnten keine signifikanten Veränderungen über die Zeit evaluiert werden. Die deskriptive Analyse der Skalenmittelwerte offenbarte jedoch Unterschiede in den Entwicklungstendenzen, wobei sich insbesondere die Interventionsgruppe mit VR-Exposition von der Kontrollgruppe unterschied – am deutlichsten hinsichtlich der Reduktion sozialer Ängste und sozialer Kompetenzdefizite. Die weitere Analyse identifizierte signifikante Effekte der Kovariate Bildungsgrad auf die selbsteingeschätzten sozialen Kompetenzen, wobei Rehabilitanden mit Hochschulreife niedrigere Kompetenzwerte berichteten als jene ohne Hochschulreife und simultan höhere Kompetenzdefizite wahrnahmen. Bezüglich sozialer Ängste erwiesen sich sowohl das Alter als auch der Bildungsgrad als signifikante Prädiktoren: Rehabilitanden mit Hochschulreife manifestierten erhöhte soziale Angstwerte im Vergleich zu Personen ohne Hochschulreife, während ein höheres Lebensalter mit geringeren selbstberichteten sozialen Ängsten assoziiert war.

Diskussion und Fazit

Die Tendenz der Reduktion sozialer Ängste und sozialer Kompetenzdefizite in der VR-Gruppe unterstreicht die positive Wirkung expositionsbasierter Interventionen. Die fehlende statistische Signifikanz könnte dabei primär auf die geringe Stichprobengröße zurückzuführen sein, wie die initial durchgeführte Power-Analyse nahelegt. Zudem wurde die Kontrollgruppe von Personen gebildet, die ebenfalls am Prozess der beruflichen Rehabilitation, inklusiver anderer psychosozialer Unterstützungsangebote, teilnahmen. Dies könnte insgesamt auch hinsichtlich der sozialen Kompetenzen eine Erklärung für geringe Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen darstellen.

Die niedrigeren Kompetenzwerte und höher wahrgenommenen Kompetenzdefizite bei Rehabilitanden mit Hochschulreife könnten u.a. auf höhere Selbstansprüche in Folge des längeren Bildungsweges zurückzuführen sein.

Der negative Zusammenhang zwischen Alter und sozialen Ängsten ist potentiell durch Lebenserfahrung und bereits entwickelte Bewältigungsstrategien erklärt. Ältere Teilnehmende verfügen möglicherweise über ein breiteres Repertoire an sozialen Erfahrungen, was zu einer realistischeren Einschätzung sozialer Situationen führen kann.

Take-Home-Message

Zusammenfassend deuten die Ergebnisse darauf hin, dass insbesondere die Kombination von klassischem Kommunikationstraining mit VR-Exposition vielversprechende Ansätze für

die berufliche Rehabilitation bietet. Die differentiellen Effekte von Bildungsgrad und Alter unterstreicht dabei die Notwendigkeit einer individualisierten Anpassung der Intervention.

Literatur

Himle, J. A., Weaver, A., Bybee, D., O'Donnell, L., Vlnka, S., Laviolette, W., Steinberger, E., Golenberg, Z., Levine, D. S. (2014): Employment Barriers, Skills, and Aspirations Among Unemployed Job Seekers With and Without Social Anxiety Disorder. Psychiatric Services, 65(7), 924–930. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300201

Kanning, U. P. (2009): ISK: Inventar sozialer Kompetenzen [Manual]. Hogrefe.

Kolbeck, S., Maß, R. (2009): SASKO: Fragebogen zu sozialer Angst und sozialen Kompetenzdefiziten [Manual]. Hogrefe.

Kupka, P., Oschmiansky, F., Riedel-Heller, S. G., Gühne, U., Popp, S. (2020): Das IAB-Projekt „Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung". IAB-Forum, 25.08.2020.

Regionale Heterogenität von medizinischer Rehabilitation in Deutschland im Vergleich

Judith Nasdal[1]; Nadja Freymüller[1,2]; Thorsten Meyer-Feil[1]

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

Hintergrund und Zielstellung

Qualität im Gesundheitswesen zeichnet sich unter anderem durch eine bedarfsgerechte räumliche Verteilung von Versorgungsangeboten aus. Der Beitrag möchte vor diesem Hintergrund das Versorgungsangebot an medizinischer Rehabilitation der Regionen Ostwestfalen-Lippe (OWL) in Nordrhein-Westfalen mit dem des Bundeslandes Sachsen-Anhalt (SAN) vergleichen. Die beiden Regionen weisen eine vergleichbare Einwohner*innen-zahl auf, die die Grundlage für eine Gegenüberstellung bietet. Anhand des Vergleichs sollen Kennzahlen des regionalen Versorgungsangebots der medizinischen Rehabilitation dargestellt und sich daraus ergebende mögliche Aussagen über die Regionen getroffen werden.

Methoden

In einem ersten Schritt wurden medizinische Rehabilitationseinrichtungen in OWL und SAN identifiziert. Im Weiteren wurden deren Indikationsbereiche, Anzahl der Betten/Plätze und weitere Eigenschaften ermittelt. Angaben zu Bettenzahl und Indikationsabteilungen von stationären Einrichtungen wurden aus Destatis (2024) entnommen. Angaben zu aktuellen Betten/Platzangaben, weiteren Teilleistungen der Einrichtungen und zu ambulanten Einrichtungen wurden aus den Profilen der Einrichtungen des Reha-Einrichtungsverzeichnis der BAR (2024), aus der Einrichtungsliste der Landesvertretung Sachsen-Anhalts der VDEK und der Webseiten der Einrichtungen aktualisiert bzw. erweitert. Für die Auswertung wurden die Einrichtungen in ausschließlich (ganztägige) ambulante und stationäre Einrichtungen kategorisiert sowie in Einrichtungen, die ihren Schwerpunkt auf die Behandlung von somatischen und psychischen Erkrankungen legen (für letztere wurden die Indikations-bereiche Psychosomatik/Psychotherapie, Rehabilitation Psychisch Kranker (RPK) und Suchtbehandlungen zusammengelegt). Daneben bestehen stationäre Einrichtungen, deren

Behandlungsbereiche beide Indikationsschwerpunkte (gemischte Behandlungsschwerpunkte) umfassen.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 79 stationäre und ambulante medizinische Rehabilitationseinrichtungen in OWL und SAN ermittelt werden. Mit 50 zu 29 medizinisch-rehabilitativen Einrichtungen liegt die Anzahl an Einrichtungen in OWL um 72% höher als in SAN. In beiden Gebieten wird der Großteil der rehabilitativen Versorgung von stationären Einrichtungen geleistet, die zuweilen auch Plätze für (ganztägig) ambulante Rehabilitationsmaßnahmen vorhalten. In SAN ist die relative Verteilung sowie auch die absolute Anzahl ausschließlich ambulant-behandelnden Einrichtungen höher als in OWL.

Eine hohe Differenz weist die rehabilitative Versorgung von psychischen Erkrankungen auf, die sich in den Angeboten der stationären und ambulanten Versorgung niederschlägt. In OWL finden sich bei dieser doppelt so viele Einrichtungen wie in SAN und auch die sich darunter befindende Anzahl der ambulanten Einrichtungen ist in OWL höher. Bei der Behandlung von somatischen Erkrankungen ist die absolute Anzahl an stationären Einrichtungen in OWL ebenfalls höher, SAN weist für die Behandlung von somatischen Erkrankungen allerdings hier anteilig und absolut mehr ambulante Einrichtungen auf.

Tab. 1: Einrichtungen nach Behandlungsschwerpunkten

		OWL	SAN	Gesamt	
somatisch	stationär	27 (54%)	13 (44,8%)	40 (50,6%)	48 (60,7%)
	ambulant	2 (4,0%)	6 (20,7%)	8 (10,1%)	
psychisch	stationär	13 (26%)	6 (20,7%)	19 (24,1%)	24 (30,4%)
	ambulant	3 (6,0%)	2 (6,9%)	5 (6,3%)	
gemischt	stationär	5 (10%)	2 (6,9%)	7 (8,9%)	7 (8,9%)
	ambulant	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Gesamt Region		50 (63,3%)	29 (36,7%)	79 (100%)	

Diskussion und Fazit

Die rehabilitative Versorgungslandschaft in OWL weist im Vergleich zu SAN eine substanziell höhere Anzahl an medizinischen Rehabilitationseinrichtungen auf. SAN weist gegenüber OWL dagegen anteilig und absolut mehr ambulante Einrichtungen auf. Hier stellt sich die Frage, wie es zu den anteiligen Differenzen im ambulanten Angebot kommt, und ob diese mit der kulturellen Vorprägung der DDR zusammenhängen, in welcher ambulante rehabilitative Versorgung prävalenter war (Schliehe, 2022). Auf der anderen Seite versteht sich OWL als eine Gesundheitsregion, was sich auch in der Anzahl der Kurorte in der Region niederschlägt (OWL: 14, SAN: 4). Neben den Ergebnissen aus der Kategorisierung der Einrichtungen sollten für eine weitergehende Analyse die Platz- und Bettenanzahl der einzelnen Indikationsbereiche ausgewertet werden. Für eine Analyse von regionalen Unterschieden sollte der Vergleich des Versorgungsangebots zusätzlich auf weitere Regionen Deutschlands ausgeweitet werden. Das absolut geringere rehabilitative Angebot in SAN ist im Zusammenhang des Vergleichs heraus zu betrachten, und ist zu diesem Zeitpunkt nicht mit einer mangelnden Bedarfsdeckung in SAN interpretierbar. Für eine genauere Analyse hierhin

gehend könnten demografische Angaben, Krankheitslast in der Region oder die Herkunft von Rehabilitand*innen im Sinne einer Nutzungsweite von Einrichtungen, hinzu gezogen werden. Die geringere Angebotsmenge mag möglicherweise auch mit der geringeren Bevölkerungsdichte von SAN im Vergleich zu OWL zusammen hängen, welche oftmals mit einem geringeren Versorgungsangebot einhergeht (Swart et. al, 2014).

Take-Home-Message

Die Heterogenität, der sehr unterschiedlich geprägten Regionen spiegelt sich in der Variation von Anzahl und Art der Einrichtungen der rehabilitativen Angebotslage wieder.

Literatur

BAR (2024): Reha-Einrichtungsverzeichnis der BAR. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V., Frankfurt/Main. URL: https://www.reha-einrichtungsverzeichnis.de, Abruf: 10.02.2025.

Destatis (2024): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (Stand: 31.12.2022). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/krankenhausverzeichnis-3500100227005.html, Abruf: 10.02.2025.

Schliehe, F. (2022): Historische Entwicklung der Rehabilitation in Deutschland. In: Meyer, T., Bengel, J., Wirtz, M. A. Wirtz (Hrsg.): Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften. Bern: Hogrefe. 114-125.

Swart, E., Graf von Stillfried, D., Koch-Gromus, U. (2014): Kleinräumige Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsblatt, 57. 161–163. URL: https://doi.org/10.1007/s00103-013-1897-9, Abruf: 10.02.2025.

VDEK (2021): Übersicht zugelassene Ambulante Rehabilitationseinrichtungen in Sachsen-Anhalt. Verband der Ersatzkassen e. V., Magdeburg. URL: https://www.vdek.com/LVen/SAH/Vertragspartner/Vorsorge_und_Reha/Ambulante_Reha.html, Abruf: 10.02.2025.

Ernährungsbedingte Risiken bei Menschen mit psychischen Erkrankungen: Eine qualitative Studie zur Anwendbarkeit des NutriMental Screeners in der psychosomatischen Rehabilitation

Ramona Hiltensperger; Jennifer Neher; Lea Böhm; Annabel Müller-Stierlin

Universität Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind häufig mit ernährungsbedingten Problemen konfrontiert, welche die Entwicklung körperlicher Komorbiditäten begünstigen. Dies wiederum führt zu einer weiteren Verringerung ihrer Lebensqualität und Lebenserwartung (Firth et al., 2019). Folglich liegt es auf der Hand, dass zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auch die Adressierung ernährungsbedingter Probleme eine wichtige Rolle spielt. Wir gehen davon aus, dass psychosomatische Rehabilitationskliniken optimale Voraussetzungen bieten, um ernährungsbezogene Probleme anzugehen, da dort außerhalb einer akuten Krisensituation (wie das meist in psychiatrischen Kliniken der Fall ist) multiprofessionelle Teams, einschließlich Diätassistenten, zur Verfügung stehen (Neher et al., 2024). Es gibt bislang keine genaueren wissenschaftlichen Untersuchungen, die sich mit der Umsetzung dieses Versorgungsaspekts in deutschen Rehakliniken beschäftigen. Ziel des NutriMental Reha-Projektes ist es daher zu untersuchen, inwieweit a) das Potenzial der Rehakliniken im Bereich Ernährung bereits genutzt wird und b) inwiefern ein neu-entwickeltes Screening Tool, der NutriMental Screener (Teasdale et al., 2021; Müller-Stierlin et al., 2024), zur Schließung möglicher Versorgungslücken beitragen kann (Hiltensperger et al., 2024). Insbesondere in der hier vorgestellten Teilstudie 1 des Projektes NutriMental Reha geht es darum, mehr über den bisherigen Umgang mit ernährungsbedingten Risiken in psychosomatischen Rehabilitationskliniken zu erfahren und die subjektive Einschätzungen von Fachkräften in psychosomatischen Rehakliniken zur Anwendbarkeit des Screening-Tools bei Rehabilitand:innen mit Depressionen zu erfragen.

Methoden

Im Sommer 2024 führten wir 22 qualitative Interviews mit Ärzt:innen, Diätassistent:innen und anderen Mitarbeitenden in sechs psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Deutschland durch (Hiltensperger et al., 2024). Mittels eines semi-strukturierten Leitfadens wurden die bisherigen Erfahrungen zu ernährungstherapeutischen Leistungen, sowie der potenzielle Mehrwert und mögliche Empfehlungen zur Integration des NutriMental-Screeners in den Versorgungsalltag erfragt. Die Auswertung der Daten erfolgte strukturierend-inhaltlich im konsensuellen Kodierungsverfahren nach Kuckartz.

Ergebnisse

Die Teilnehmenden beschrieben die aktuelle Situation an den Rehakliniken hinsichtlich des Bedarfs an (Hauptkategorie A) und Zugangs zu (Hauptkategorie B) ernährungstherapeutischen Leistungen für Menschen mit depressiven Erkrankungen und teilten Ihre Einschätzungen hinsichtlich der Anwendbarkeit (Hauptkategorie C) und Implementierbarkeit (Hauptkategorie D) des NutriMental Screeners. Vorläufige Analysen deuten darauf hin, dass ernährungsbezogene Probleme im Rehabilitationsprozess bislang noch nicht systematisch erfasst werden. Aufgrund von Zeitmangel ist eine umfassende ernährungsbezogene Beurteilung kaum möglich, so dass die ernährungsbezogenen Maßnahmen kaum an die Bedürfnisse der einzelnen Rehabilitand:innen angepasst werden können. Ein Großteil der Teilnehmenden sprach sich für den Einsatz des NutriMental-Screeners aus. Auf diese Weise könnten ernährungsbezogene Probleme von Leistungsempfängern zu Beginn der stationären Rehabilitation erkannt und während des stationären Aufenthalts durch die Auswahl geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere ernährungsbezogenen Interventionen, angemessen behandelt werden.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der qualitativen Interviews deuten auf einen hohen Bedarf an ernährungstherapeutischen Leistungen für Menschen mit Depressionen in der psychosomatischen Reha hin, welcher aktuell aufgrund verschiedener Aspekte nicht optimal bedient werden kann. Durch die Hinweise der interviewten Fachkräfte bezüglich möglicher Anpassungen des Screening-Tools für den Einsatz in deutschen psychosomatischen Reha-Kliniken konnte der NutriMental-Screener angemessen adaptiert werden. Das Instrument wird nun im nächsten Schritt an sechs Reha-Kliniken pilotiert und hinsichtlich Anwendung, Akzeptanz, Inhalt, Praktikabilität und Mehrwert im Versorgungsalltag evaluiert.

Take-Home-Message

Das Potenzial von Reha-Maßnahmen zur ganzheitlichen Versorgung von Menschen mit Depressionen und ernährungsbezogenen Problemen wird nicht umfassend ausgeschöpft, da bislang strukturierte Prozesse zur Umsetzung bedürfnisorientierter Leistungen fehlen.

Literatur

Lancet Psychiatry Commission (Firth, J., et al.) (2019): The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. Lancet Psychiatry. 2019 Aug;6(8):675-712

Hiltensperger, R., Neher, J., Böhm, L., Kroll, J., Müller, R., Patzelt, J., Müller-Stierlin, A.S. (2024): Identifikation ernährungsbezogener Risiken. Ernährung & Medizin; 39. 16-20.

Neher, J., Hiltensperger, R., Böhm, L., Müller-Stierlin, A.S. (2024): Lebensstilinterventionen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Psychosoziale Umschau; 4.

Müller-Stierlin, A.S., Mötteli, S., Hotzy, F., Mörkl, S., Burrows, T., Ardil-Young, O., Hiltensperger, R., Rus Prelog, P. (2024): Teasdale SB Feasibility of a multifaceted nutrition-risk screening tool for mental health settings: the NutriMental screener. Br J Nutr. (accepted)

Teasdale, S.B., Mörkl, S., Mötteli, S., Müller-Stierlin, A.S. (2021): The Development of a Nutrition Screening Tool for Mental Health Settings Prone to Obesity and Cardiometabolic

Complications: Study Protocol for the NutriMental Screener. Int J Environ Res Public Health. 18:11269.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in Österreich: Wissensstand der Arbeitsmediziner*innen – Ergebnisse einer online Befragung 2024

Susanna Philipp-Hauser; Martin Schindl

AUVA Rehabilitationszentrum Weißer Hof

Hintergrund und Zielstellung

Im Bereich der beruflichen Rehabilitation nach muskuloskelettalen Verletzungen stellt die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen (Isernhagen, 1992) ein wichtiges Instrument zur Planung beruflicher Maßnahmen dar.

Mit der Planung und Durchführung der beruflichen Wiedereingliederung sind Fachkräfte verschiedener Bereiche befasst.

Zu diesen gehören neben den Case-Manager*innen der zuständigen Kranken- und Sozialversicherungsträger unter anderem Begutachtungsärzt*innen und Arbeitsmediziner*innen (AM).

Die Bedeutung der EFL für die Begutachtung wurde in mehreren deutschen (Büschel et al., 2008a, 2008b) und niederländischen Studien (Wind et al. 2009) untersucht. In einer weiteren niederländischen Studie (Wind et al., 2006) wurden Case-Manager*innen zur Bedeutung der EFL befragt.

Studien zur Beurteilung der Bedeutung der EFL für AM bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung in Österreich fehlen bisher. Aus diesem Grund wurde in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Akademie der Arbeitsmedizin eine Online-Umfrage zum Wissensstand über und der Bedeutung der EFL für die berufliche Wiedereingliederung unter den österreichischen AM durchgeführt.

Methoden

Im Rahmen der regelmäßigen Aussendung des Newsletters an alle in Österreich tätigen AM wurde im März 2024 ein Online-Fragebogen zur Erfassung des Wissensstandes über die EFL in Österreich versendet. Die Befragung wurde ohne weiteren Reminder durchgeführt. Die Auswahl und Formulierung der Fragen lehnte sich dabei an die Studie von Wind et al. (Wind et al., 2006) an.

Ergebnisse

Es wurden insgesamt 1900 niedergelassene und angestellte AM mittels Online-Befragung in die Untersuchung eingeschlossen. Die Rücklaufquote betrug 2,9% (n=55). Die soziodemographischen Daten der antwortenden AM sind in Abb. 1a dargestellt.

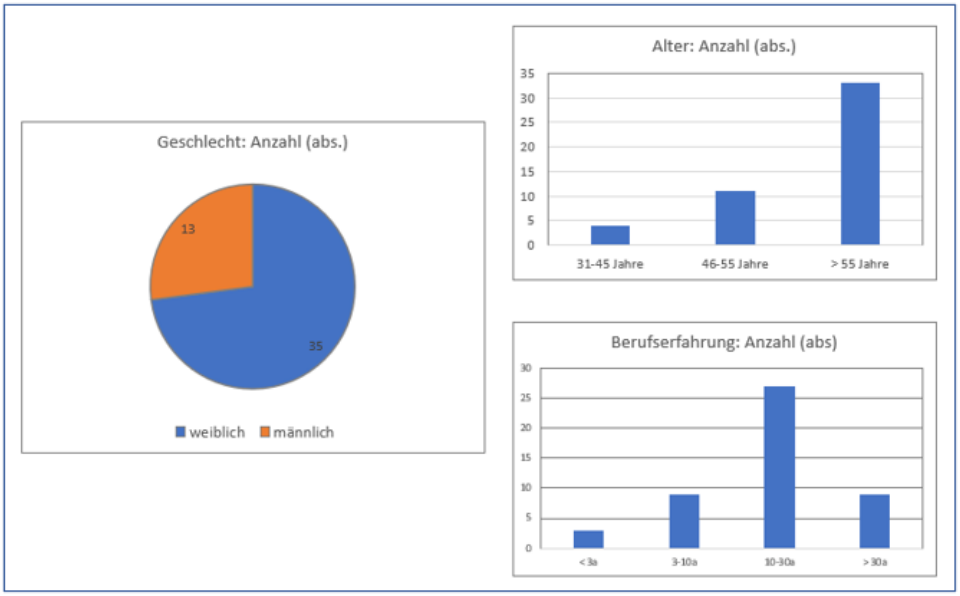


Abb. 1a: Soziodemographische Daten der Arbeitsmediziner*innen (AM)

Wissenstand:

Die EFL war 36,32% der rückantwortenden AM bekannt, bezogen auf das gesamte Sample lag der Prozentsatz bei 1,05%.

Von der EFL hatten 13 AM über eine Aus-/oder Fortbildung erfahren, 4 über Fachzeitschriften oder wissenschaftliche Publikationen und 3 durch sonstige, wie Anlassfälle oder auch Workshops im RZ Weißer Hof. Drei AM gaben an, bereits zumindest einen Patienten zu einer EFL Testung zugewiesen zu haben, beziehungsweise eine solche empfohlen zu haben. Zwei AM erhielten einen EFL Bericht vom Patienten selbst, 1 AM durch einen Sozialversicherungsträger, 1 AM vom Arbeits- und Sozialgericht.

Die Frage nach der Nützlichkeit der EFL für die täglich Berufspraxis und die Verständlichkeit des EFL- Berichtes wurde lediglich von jeweils 2 AM beantwortet. Die Nützlichkeit wurde auf einer 100-teiligen Skala mit 50, beziehungsweise 92 Punkten und die Verständlichkeit mit 51, beziehungsweise 96 Punkten bewertet.

Erfasste Betriebe:

Die von den AM betreuten Betriebe wurde nach Anzahl der Mitarbeitenden und nach der geographischen Verteilung ausgewertet (Abb. 1b).

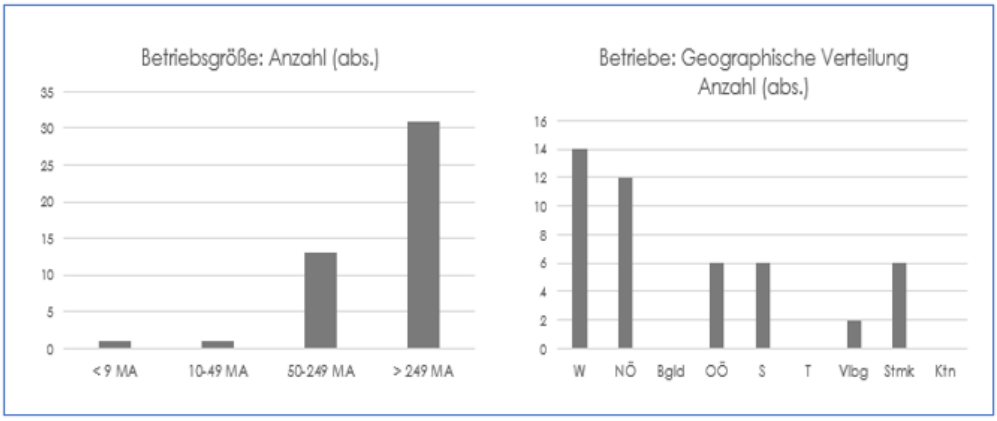


Abb. 1b: Struktur der arbeitsmedizinisch betreuten Betriebe

Diskussion und Fazit

Die Anzahl der Rückmeldungen lag mit 55/1900 im Bereich der niederländischen Studie (50/2100) (Wind et al., 2006).

Die EFL ist unter den österreichischen AM sehr wenig bekannt, Vergleiche der Ergebnisse mit anderen Studien sind aufgrund der geringen Antwortquote bei einzelnen Fragen nicht möglich.

Die Studie zeigt auf, dass weitere Maßnahmen zur Steigerung des Informationsstandes bezüglich EFL nötig sind. Weitere Informationskampagnen, Vorträge und Schulungen sind geplant.

Take-Home-Message

Da die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) unter den österreichischen Arbeitsmediziner*innen (AM) noch wenig bekannt ist, sind weitere Informationsveranstaltungen, Workshops und Fachvorträge zu diesem Thema geplant.

Literatur

Büschel, C., Greitemann, B., Schaidhammer, M. (2008a): Stellenwert der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen (EFL) in der sozialmedizinischen Begutachtung des Leistungsvermögens. Teil 1: Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Med Sach. 2008;104(5):195–200.

Büschel, C., Greitemann, B., Schaidhammer, M. (2008b): Stellenwert der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen (EFL) in der sozialmedizinischen Begutachtung des Leistungsvermögens. Teil 2: Eigene Ergebnisse zu Nutzen und Risiken des Verfahrens für Gutachter und Patienten. Med Sach. 2008;104(6):212–219.

Isernhagen, S.J. (1992): Functional capacity evaluation: rationale, procedure, utility of the kinesiophysical approach. J Occup Rehabil. 1992;2(3):157–168.

Wind, H., Gouttebarge, V., Kuijer, P.P., Sluiter, J.K., Frings-Dresen, M.H. (2006): The utility of functional capacity evaluation: the opinion of physicians and other experts in the field of return to work and disability claims. Int Arch Occup Environ Health. 2006 Jun;79(6):528-34. doi: 10.1007/s00420-005-0081-4. Epub 2006 Jan 14. PMID: 16416155.

Wind, H., Gouttebarge, V., Kuijer, P.P., Sluiter, J.K., Frings-Dresen, M.H. (2009): Effect of Functional Capacity Evaluation information on the judgment of physicians about physical work ability in the context of disability claims. Int Arch Occup Environ Health. 2009 Oct;82(9):1087-96. doi: 10.1007/s00420-009-0423-8. Epub 2009 May 21. PMID: 19458959; PMCID: PMC2746897.

Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL): Validierung eines Regressionsmodells für die Prognose des positiven Status Return-to-Work

Martin Schindl[1]; Susanna Philipp-Hauser[1]; Harald Zipko[2]

[1] AUVA Rehabilitationszentrum Weißer Hof,
[2] FH Campus Wien

Hintergrund und Zielstellung

Die berufliche Wiedereingliederung nach Arbeitsunfällen stellt einen zentralen Endpunkt im Zuge der Rehabilitation von Verunfallten dar (Duong et al., 2022; Kong et al., 2012).

Eine möglichste präzise Vorhersage hilft daher umso mehr, vorhandene Ressourcen optimal einzusetzen und dabei Patienten zu benennen, für die eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, nach dem Unfall in den Arbeitsprozess eingegliedert zu werden. Ein wesentlicher Faktor für eine erfolgreiche, also positive berufliche Wiedereingliederung stellt dabei die funktionelle Leistungsfähigkeit der Verunfallten dar. Diese kann unter anderem mittels der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) nach Isernhagen (1992) und Erhebung der vom Patienten selbst eingeschätzten Selbstwirksamkeit anhand des Spinal function sort (SFS) (Matheson, Matheson, 1989) erhoben werden.

Eine Vorgängerstudie konnte auf Grundlage von 511 EFL-Routinedatensätzen aus den Kohorten 2016-2021 den Outcome-Status RTW mittels binär-logistischem Vorhersagemodell unter Berücksichtigung des Bayesian Information Criterions (BIC) mit einer Accuracy von 76,1% (95% Konfidenzintervall: 71,6-80,6) korrekt prognostizieren (Schindl et al., 2024). Aus den ursprünglich 24 möglichen Prädiktoren wurden dabei letztlich vier Faktoren identifiziert, welche einen signifikanten Einfluss auf den positiven Status RTW haben: (a) Bewilligung von beruflichen Maßnahmen, (b) aufrechter Dienstvertrag, (c) Anzahl der unfallchirurgischen Diagnosen und die (d) Schmerzwahrnehmung während der EFL-Testungen.

Ziel der vorliegenden Studie war es, das in der genannten Vorgängerstudie ermittelte BIC-Modell mit den dort geschätzten Regressionskoeffizienten auf Grundlage neuer, vor Allem verblindet ermittelter Datensätze zu validieren: Sowohl die dabei ermittelte Genauigkeit (Accuracy) als auch die zugehörigen Konfidenzintervalle sollten den ursprünglich ermittelten Werten des BIC-Modells mindestens gleichwertig sein.

Methoden

Zur Überprüfung des bereits formulierten BIC-basierten Regressionsmodells von Schindl et al (2024) wurden aus den EFL-Kohorten der Jahre 2021 und 2022 in Summe 150 Routinedatensätze in die Validierung inkludiert.

Die positive Wiedereingliederung = „Erfolgreiches Return-to-Work (RTW)“ wurde als eine zumindest an 29 aufeinanderfolgenden Tagen innerhalb eines Jahres bestehende sozialversicherungspflichtige Beschäftigung definiert.

Alle demographischen und EFL-assoziierten Variablen wurden - unabhängig vom RTW-Status - erfasst und gesondert dokumentiert. Die Angaben zum Outcome RTW wurden dagegen von Mitarbeitern der AUVA verblindet, also ohne Kenntnis der EFL-Auswertungen,

ergänzt. Die Validierung wurde mit den Regressionskoeffizienten der Vorgängerstudie durchgeführt. Die dabei prognostizierten positiven RTWs wurden dem tatsächlichen Status bzgl. RTW der AUVA tabellarisch gegenübergestellt und mittels binären Klassifizierungs-analysen ausgewertet.

Ergebnisse

Von den ursprünglich 150 erfassten Datensätzen wurden 146 komplette Fälle in die Auswertung eingeschlossen.

Die korrekt prognostizierte RTW-Rate auf Grundlage der zu validierenden Fälle für eine positive berufliche Wiedereingliederung RTW ergab eine Accuracy von 78,1% (95% Konfidenzintervall: 70,5-84,5) und liegt damit in einem gleichwertigen Bereich wie die ursprünglich modellierte Accuracy der Vorgängerstudie mit 76,1% (95% Konfidenzintervall: 71,6-80,6).

Tab. 1: Analysen und Ergebnisse

Analyse	Ergebnisse
Demografie	
w / m	11 / 135
Alter	42.48 ± 11.94
	44.10 [32.93;52.70]
Latenz	13.48 ± 13.70
	9.80 [6.80;14.30]
Return to Work	
ja / nein	104 / 42
Modellierung	
ROC (AUC)	0.91 [0.86-0.96]

Diskussion und Fazit

Das von Schindl et al. (2024) mittels Vorstudie definierte Prognosemodell für eine erfolgreiche Wiedereingliederung = „Erfolgreiches Return-to-Work“ konnte mittels verblindet analysierten Fällen durch Validierung der Regressionskoeffizienten bestätigt werden.

Stärken der Studie: Die große Zahl der im ursprünglich Modell inkludierten Datensätze und die verblindete Auswertung des Validierungssamples, sowie die geringe Anzahl der erforderlichen Prädiktoren stellen Stärken der Studie dar.

Limitationen: Die retrospektive Datenerhebung kann als Limitierung der Studie angesehen werden.

Take-Home-Message

Das vier Prädiktoren umfassende EFL-Routine-Daten basierte BIC-Modell zur Vorhersage der positiven beruflichen Wiedereingliederung RTW von traumatologischen Patienten konnte mit einem neuen Datensample erfolgreich validiert werden.

Literatur

Duong, H.P., Garcia, A., Hilfiker, R., Léger, B., Luthi, F. (2020): Systematic review of biopsychosocial factors for return to work after acute orthopedic trauma: A 2020 update. Front Reh Rehabil Sci. 2:791351. Doi: 10.3389/fresc.2021.791351

Isernhagen, S.J. (1992): Functional capacity evaluation: Rationale, procedure, utility of the kinesiophysical approach. J Occup Rehab 2, 157–168. https://doi.org/10.1007/BF01077187

Kong, W., Tang, D., Luo, X., Yu, I.T.S., Liang, Y., He, Y., (2012): Prediction of Return to Work Outcomes Under an Injured Worker Case Management Program. J Occup Rehabil 22, 230–240. https://doi.org/10.1007/s10926-011-9343-z

Matheson, L.N., Matheson, M.L. (1989): Spinal function sort: Rating of perceived capacity. Text booklet and examiner's manual. Trabuco Canyon: Performance Assessment and Capacity Testing; 1989.

Schindl, M., Zipko, H.T., Schätzner, W. (2024): Vorhersage der beruflichen Wiedereingliederung nach komplexen körperlichen Traumen: Eine österreichische EFL-Daten basierte Modellierungsstudie. DRV-Schriften, Bd 130. 144-146.

Psychometrische Untersuchung der deutschen Fassung des Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB)-Instruments

Sandra Meyer-Moock[1]; You-Shan Feng[2]; Maresa Buchholz[3]; Susanne Weinbrenner[4]; Jörg Gehrke[4]; Lewis Kazis[5]; Thomas Kohlmann[1]

[1] Universitätsmedizin Greifswald, [2] Universitätsklinikum Tübingen,
[3] Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE),
[4] Deutsche Rentenversicherung Bund, [5] Boston University School of Public Health

Hintergrund und Zielstellung

Die sachgerechte Bewertung der erwerbsbezogenen Funktionsfähigkeit nimmt im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung im System der gesetzlichen Rentenversicherung eine wichtige Rolle ein, z.B. im Verfahren der Antragstellung von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder bei der Bewilligung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Neben Informationen aus dem Bereich der medizinischen Befunde sowie der persönlichen und der arbeitsplatzbezogenen Kontextfaktoren ist es notwendig, auch Angaben der Versicherten zu ihrer subjektiv eingeschätzten Leistungsfähigkeit in dem Beurteilungsprozess zu berücksichtigen.

Bei dem WD-FAB-Instrument handelt es sich um eine ursprünglich im Auftrag der Social Security Administration in den USA entwickelte Item-Bank, mit der die erwerbsbezogene Funktionsfähigkeit von (Renten-)Antragstellern aus der Sicht der Versicherten im Rahmen eines computeradaptiven Testsystems (CAT) erfasst werden kann (Jette et al., 2019). Die Item-Bank umfasst über 300 Fragen aus dem Bereich der körperlichen Funktionsfähigkeit (Mobilität, Funktionen der oberen Extremitäten, Feinmotorik) und der psychosozialen

Gesundheit (Stimmung und Emotionen, Kommunikationsfähigkeit, kognitive Funktionen, Selbstregulierung).

Ziel des von der DRV Bund geförderten Projektes ist die Übersetzung des WD-FAB-Instrumentes in die deutsche Sprache sowie die Validierung des Instrumentes (Buchholz et al., 2020). Die Bestimmung der für die Entwicklung des CAT erforderlichen Itemparameter erfolgt in einer Stichprobe von Versicherten der DRV Bund, die eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen, sowie in einer Stichprobe von Rehabilitanden, die mit einer orthopädischen oder psychosomatischen Indikation eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erhalten.

Methoden

Die hier berichteten Ergebnisse basieren auf einer Online-Umfrage, an der N = 1.363 Versicherte mit Rentenbezug wegen verminderter Erwerbsfähigkeit teilgenommen haben. Für die Online-Umfrage wurden 36 Teilfragebögen des WD-FAB konzipiert und in das bei der DRV Bund verfügbare Survey-Tool Evasys übertragen. Jeder Teilfragebogen besteht aus einem variablen Teil (Teilmenge des WD-FAB) und einem festen Teil (soziodemographische Angaben, Vergleichsdaten, Anker-Items des WD-FAB). Der Gesamtumfang der verschiedenen Fragebogenversionen variierte zwischen 150 und 170 Fragen. Mit den hier berichteten Ergebnissen soll zum einen die Praktikabilität (Anteil fehlender Werte) der Online-Befragung untersucht werden, zum anderen sollen anhand der Analyse der mit den Anker-Items des WD-FAB erhobenen Daten psychometrische Eigenschaften (Konstruktvalidität mittels explorativer Faktorenanalyse, Interne Konsistenz) des Instruments überprüft werden.

Ergebnisse

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Befragung waren im Mittel 56 Jahre alt (Range 22 – 67), in der Mehrzahl weiblich (73,2 %) und hatten ihre Rente aufgrund psychischer Probleme (33,8 %), wegen einer Krankheit der inneren Organe (u.a. Krebs, 22,0 %), einer muskuloskelettalen (15,8 %) oder einer anderen Erkrankung (28,3 %) erhalten. Als höchsten Schulabschluss gaben 43 % Abitur oder Fachhochschulreife an.

Trotz des umfangreichen Fragebogens lag der Anteil fehlender Werte in einem sehr niedrigen Bereich (auf der Itemebene: 0,6 – 1,5 %, auf der Skalenebene: 1,8 % - 2,3 %, Tab. 1). Es zeigte sich kein Trend zu höheren Anteilen fehlender Werte bei den im hinteren Teil des Fragebogens enthaltenen Items.

Tab. 1: Analyse der faktoriellen Validität

Domäne	Anzahl Anker-Items	Fehlende Werte auf Skalenebene	Cronbachs Alpha	Ladungen*)
Allgemeine Mobilität	5	1,9 %	0,95	0,85 - 0,95
Funktionen des Oberkörpers	4	2,3 %	0,89	0,29 - 0,45
Feinmotorik obere Extremitäten	4	2,2 %	0,88	0,79 - 0,89
Kommunikation und Kognition	10	2,1 %	0,93	0,55 - 0,86
Interpersonelle Interaktion	5	1,8 %	0,71	0,57 - 0,74
Stimmung und Emotion	6	2,1 %	0,93	0,75 - 0,88
Resilienz	10	2,1 %	0,83	0,10 - 0,71

*) Range der Ladungen in der Hauptkomponentenanalyse bei Vorgabe von 7 zu extrahierenden Komponenten, Oblimin-Rotation

In Analysen zur faktoriellen Validität der den sieben 7 Domänen zugeordneten Anker-Items konnte die inhaltlich angenommene Struktur der Fragen weitgehend bestätigt werden (Tab. 1). Auch bei den Domänen, denen nur eine kleine Zahl von Items zugeordnet waren, bestand eine zufriedenstellende innere Konsistenz (Cronbachs Alpha: 0,71 – 0,95). Bei 5 von 7 Domänen entsprachen die Ergebnisse der exploratorischen Hauptkomponenten-analyse in guter Annäherung der angenommenen inhaltlichen Struktur.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass eine Befragung von Versicherten mit Rentenbezug wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit dem bei der DRV Bund verfügbaren Instrumentarium eines web-basierten Umfragetools mit einem niedrigen Anteil fehlender Angaben praktikabel ist. Die Ergebnisse zur faktoriellen Struktur der verwendeten Anker-Items deuten auf eine gute Konstruktvalidität hin. Weitere Analysen des vorliegenden Datensatzes, vor allem aber die nach Abschluss der gegenwärtig noch laufenden Befragung von Patienten in der stationären medizinischen Rehabilitation vorliegenden Ergebnisse, werden die bisherigen Befunde ergänzen und konsolidieren.

Take-Home-Message

Eine Online-Befragung von Versicherten mit Rentenbezug wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist praktikabel und gibt wichtige Hinweise auf die methodischen Eigenschaften des Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB)-Instruments.

Literatur

Buchholz, M., Feng, Y.-S., Kohlmann, T. (2020): Herausforderungen in der kulturellen und linguistischen Adaptation des Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB) in die deutsche Sprache. DRV-Schriften, Bd 120. 39-41.

Jette A. M., Ni P., Rasch E., Marfeo E., McDonough C., Brandt D., Kazis L., Chan L. (2019): The Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB). Phys Med Rehabil Clin N Am. 30. 561-572.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Vergleich der patientenberichteten und performanzbasierten körperlichen Funktionsfähigkeit bei Dialysepatient*innen anhand der PROMIS Physical Function Metrik

Gregor Liegl; Felix Fischer; Matthias Rose

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Die körperliche Funktionsfähigkeit ist ein zentraler Ergebnisparameter in verschiedenen Indikationsbereichen der medizinischen Rehabilitation, was auch die Nephrologie miteinschließt. Die Messung der körperlichen Funktionsfähigkeit kann entweder anhand von Selbstberichten (Patient-Reported Outcomes, PROs) oder durch Testungen der Performanz

(Performance Outcomes, PerfOs) erfolgen. PROs sind effiziente und ressourcensparende Instrumente. PerfOs stellen dagegen objektivere aber auch ressourcenintensivere Funktionstestungen dar, wobei das Funktionsniveau anhand körperlicher Aufgaben in einem standardisierten Setting festgestellt wird. Die beiden Messansätze zeigen oft nur moderate Übereinstimmung. In der vorliegenden Studie wurde bei Patientinnen und Patienten mit Dialyse untersucht, inwieweit PRO- und PerfO-Messungen unterschiedlich mit verschiedenen potentiellen Einflussfaktoren assoziiert sind.

Methoden

Die vorliegende Studie basiert auf einer sekundären Analyse der Baseline-Daten der CONVINCE-Studie (N=1.360). Bei CONVINCE handelt es sich um eine multinationale randomisierte kontrollierte Studie, die hochdosierte Hämodiafiltration mit der Standard-Hämodialyse vergleicht. Die Teilnehmenden der CONVINCE-Studie beantworteten vor der Randomisierung eine Kurzform der Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®) Physical Function Itembank, nämlich den PROMIS-PF4a Fragebogen (Liegl et al. 2018). Zudem führten die Studienteilnehmenden den Physical Performance Test (PPT) aus, eine PerfO Testbatterie bestehend aus neun körperlichen Aufgaben (Reuben, Siu, 2018). Anhand von Item-Response Theorie Modellierung wurde der PPT zuvor an die standardisierte PROMIS T-Score Metrik gelinkt, sodass die PRO- und PerfO-Messungen auf einer gemeinsamen Skala abbildbar und somit vergleichbar sind (Liegl et al. 2024). Diese gemeinsame Metrik wurde in der vorliegenden Studie genutzt, um PRO- und PerfO-basierte T-Scores hinsichtlich deren spezifischer Assoziationsmuster mit verschiedenen potentiellen Einflussfaktoren der Messergebnisse zu vergleichen. Dazu wurde ein multipler linearer Regressionsansatz (schrittweise Rückwärtsselektion mit 10-facher Kreuzvalidierung) mit verschiedenen psychosozialen, soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Variablen sowie Laborparametern als potentielle Prädiktoren genutzt. Insgesamt wurden drei Regressionsmodelle berechnet, die sich hinsichtlich der abhängigen Variable unterschieden. In Modell 1 wurden die PROMIS-PF4a T-Scores verwendet, in Modell 2 die T-Scores, die auf Basis des PPT geschätzt wurden. In Modell 3 wurden die individuellen Differenzen zwischen PROMIS-PF4a T-Scores und PPT-basierten T-Scores als abhängige Variable herangezogen.

Ergebnisse

Sowohl der PROMIS-PF4a als auch der PPT zeigten signifikante Assoziationen mit einem laborbasierten Indikator der Muskelmasse (Simplified Creatinine Index, SCI), allerdings mit relativ kleinen Effektgrößen (partielles $f^2=0,04$). Das Alter war negativ mit der körperlichen Funktionsfähigkeit assoziiert, wobei der Effekt für den PPT (partielles $f^2=0,12$) größer war als für den PROMIS-PF4a (partielles $f^2=0,08$). Im Gegensatz dazu wies der PROMIS-PF4a eine stärkere Assoziation mit selbstberichteter Symptombelastung, Schmerzbeeinträchtigung und Fatigue auf. Bei der Untersuchung der individuellen Differenzen zwischen PROMIS-PF4a T- Scores und PPT-basierten T-Scores zeigte sich, dass ein jüngeres Alter sowie stärkere Fatigue mit einer niedrigeren selbstberichteten Funktionsfähigkeit – im direkten Vergleich zur performanzbasierten Funktionsfähigkeit – assoziiert waren (kleine Effektgrößen).

Diskussion und Fazit

Selbstberichtete und performanzbasierte Messungen der körperlichen Funktionsfähigkeit zeigten bei Patientinnen und Patienten mit Dialyse vergleichbare Assoziationen mit einem

objektiven Indikator der Muskelmasse. Allerdings wies die patientenberichtete Funktionsfähigkeit eine stärkere Assoziation mit anderen selbstberichteten Variablen auf, was darauf hindeutet, dass das zugrundeliegende Konstrukt in Selbstberichten möglicherweise die „Fähigkeit zur Durchführung von körperlichen Aktivitäten ohne Symptomerleben“ widerspiegelt. Eine Limitation der Studie stellt der Fokus auf ein bestimmtes Patient*innenkollektiv dar, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse mit Hinblick auf andere Erkrankungen einschränkt. Ein bemerkenswerter Aspekt der vorliegenden Studie ist die Nutzung der standardisierten PROMIS PF T-Score Metrik zur Abbildung von selbstberichteten und performanzbasierten Messungen auf einer gemeinsamen Skala. Dies hat insbesondere im Bereich der Rehabilitation hohes Potential, beispielsweise als Instrument zur Identifikation von Simulations- oder Aggravationstendenzen bei der Beurteilung der (beruflichen) Leistungsfähigkeit.

Take-Home-Message

Selbstberichtete und performanzbasierte Messungen zeigen unterschiedliche Assoziationsmuster mit potentiellen Einflussfaktoren der körperlichen Funktionsfähigkeit, insbesondere mit der subjektiven Symptombelastung.

Literatur

Liegl, G., Rose, M., Correia, H., Fischer, H.F., Kanlidere, S., Mierke, A., Obbarius, A., Nolte, S. (2018): An initial psychometric evaluation of the German PROMIS v1. 2 physical function item bank in patients with a wide range of health conditions. Clinical Rehabilitation, 32(1), 84-93.

Liegl, G., Fischer, F.H., Woodward, M., Török, M., Strippoli, G.F.M., Hegbrant, J., Davenport, A., Cromm, K., Canaud, B., Bots, M.L., Blankestijn, P.J., Barth, C., Fischer, K.I., Rose, M. (2023): Physical performance tasks were linked to the PROMIS physical function metric in patients undergoing hemodialysis. J Clin Epidemiol 159:128-138.

Reuben, D.B., Siu, A.L. (1990): An objective measure of physical function of elderly outpatients: the Physical Performance Test. Journal of the American Geriatrics Society, 38(10), 1105-1112.

Förderung: European Commission Research & Innovation Programme (Horizon 2020)

Anwendung von Virtual Reality (VR) , in der digitalen Therapie - Vielfältige Einsatzmöglichkeiten in der Rehabilitation

Ulrike Ziermann[1]; Simone Steiner[1]; Bettina Thauerer[2]; Monika Mustak-Blagusz[3]; Bibiane Steinecker-Frohnwieser[2]

[1] Rehabilitationszentrum Gröbming der Pensionsversicherung (PV),
[2] Ludwig Boltzmann Institut für Arthritis und Rehabilitation,
[3] Pensionsversicherung (PV), Chefärztlicher Bereich

Hintergrund und Zielstellung

Die „Virtual Reality“ (VR) eröffnet grundlegende neue Möglichkeiten für kognitive und sensomotorische Therapien, indem sie Patient*innen realitätsnahe 3D-Umgebungen bietet, in denen sie sich aktiv bewegen können (Ali, et al. 2023). Abwechslungsreiche Trainingsformate sollen die Motivation fördern, während das VR-Training eine innovative und interaktive Lernumgebung bietet. Durch das Ansprechen sowohl körperlicher als auch kognitiver Funktionen kann flexibel auf verschiedenste neurologische, orthopädische und psychologische Herausforderungen eingegangen werden, um so eine intensive, gezielte Rehabilitation durchzuführen.

Das CUREO® 4 VR-Therapiesystem wird im Rehabilitationszentrum Gröbming der österreichischen Pensionsversicherung eingesetzt und bietet modulare Trainingseinheiten in einer virtuellen Umgebung zur Förderung der kognitiven und sensomotorischen Rehabilitation, besonders für die Motorik der oberen Extremitäten und des Rumpfes. Die personalisierten Rückmeldungen durch KI helfen, individuelle Stärken zu erkennen und Fähigkeiten zu optimieren.

Ziel dieser Untersuchung ist es, die Einsatzmöglichkeiten der VR-Brillen-Therapie bei verschiedenen Diagnosen zu untersuchen und die Akzeptanz, Benutzerfreundlichkeit sowie Integration der Therapie in den Alltag der Patient*innen zu bewerten. Gleichzeitig soll die Studie Grundlagen schaffen, um diese Therapieform stärker im Therapiealltag und zukünftig auch in der Nachsorge zu verankern.

Methoden

Trainingseinheiten mit der VR-Brille wurden, eingebettet im jeweiligen Rehabilitationsregime, im Zuge des Handlabors angeboten. Patient*innen mit unterschiedlichen Diagnosen (Chorea Huntington, Morbus Parkinson, Schultererkrankungen, neuromuskuläre Erkrankungen, Insult; n = 50) und unterschiedlichen Alters wurden am Ende jeder CUREO® 4 VR Trainings-Einheit zur Anwendbarkeit der Therapie mit der VR-Brille befragt (Karamians, et al. 2020). Die Befragung umfasste u.a. Zufriedenheit, Wohlbefinden, körperliche Beschwerden, das subjektive Zeitempfinden im Vergleich zu anderen Therapien und wie oft die Patient*innen die Therapie pro Woche nützen würden. Ebenso erfolgte eine Beurteilung zur Verbesserungen

in der Bewegung von Schmerzpatient*innen bei Beginn und am Ende der Therapieeinheit. Die gewonnenen Informationen wurden anonym ausgewertet.

Ergebnisse

Die VR-Therapie erwies sich in Bezug auf Alter und Diagnose als breit anwendbar, wobei die Patient*innen zwischen 28 und 84 Jahre alt waren. Etwa 24 % der Patient*innen waren unter 50, 38 % zwischen 50 und 60 und 14 % zwischen 60 und 75 Jahre alt. Die Zufriedenheit mit der Therapie lag bei 9,7 und das Wohlbefinden bei 9,8 auf einer Skala von 0 (gar nicht) bis 10 (voll und ganz). Mehr als die Hälfte der Befragten empfand die VR-Therapie als weniger anstrengend als andere Therapien, ein Drittel fand sie gleich anstrengend und 14 % fanden sie etwas anstrengender. Keiner der Patient*innen berichtete über körperliche Beschwerden, und das Gerät wurde als bequem und leicht zu bedienen eingestuft. Die Wirksamkeit und die Zielerreichung wurden im Median mit 4,5 bzw. 5,0 bewertet (Skala 1-5; niedrig-effektiv/zielführend), während das subjektive Zeitempfinden bei 9,6 auf einer 10 teiligen Skala (0/langsam–10/schnell) lag. Hinsichtlich der Häufigkeit der Anwendung pro Woche gaben zwei Drittel der Befragten an die VR-Brille täglich bzw. 4-6 Mal die Woche benützen zu wollen. Ein Drittel würde die VR Brille gerne mindestens 1 Mal bis maximal 4 Mal die Woche nutzen. Keiner der Patient*innen entschied sich gegen eine Verwendung der VR Brille als Therapieansatz. Schmerzpatient*innen sprachen besonders gut auf dieses Therapieformat an.

Diskussion und Fazit

Diese Ergebnisse zeigen uns erstmals im Rahmen der Rehabilitation der Österreichischen Pensionsversicherung, dass der Einsatz einer Virtual-Reality-Brille von Patient*innen mit unterschiedlichsten Diagnosen sehr gut angenommen wird. Überraschend war auch, dass die Akzeptanz der Therapie mit einer CUREO® 4 VR Brille altersunabhängig war. Speziell in Bezug auf Schmerzpatient*innen zeigt der Einsatz dieses virtuellen Therapieansatzes positive Auswirkungen. Es wurde auch deutlich, dass Patient*innen mit einer positiven Einstellung zur Therapie eine intensivere Integration der VR-Brille in den Reha-Alltag begrüßen würden, um diese häufiger nutzen zu können. Letzteres, deutet auch darauf hin, dass die Patient*innen diese Therapie über ihren Reha-Aufenthalt hinaus nutzen würden, was die Nachhaltigkeit der Reha weiter stärken könnte.

Take-Home-Message

Der Einsatz der VR-Brille kann in ihrer Vielfältigkeit personalisierte Therapieinhalte ermöglichen, Schmerzpatient*innen zur Bewegung animieren und den Grundstein für eine Gestaltung der Zeit nach Reha bilden, wodurch Rehabilitation in ihrer Nachhaltigkeit gestärkt werden kann.

Literatur

Ali, S. G., Wang, X., Li, P., Jung, Y., Bi, L., Kim, J., Chen Y., Feng, D. D., Thalmann, N. M., Wang, J., Sheng, B. (2023): A systematic review: Virtual-reality-based techniques for human exercises and health improvement. Front Public Health, 11:1143947.

Karamians, R., Proffitt, R., Kline, D., Gauthier, L. V. (2020): Effectiveness of Virtual Reality- and Gam ing-Based Interventions for Upper Extremity Rehabilitation Poststroke: A Meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil, 101(5), 885-896.

Danksagung: Für die Zusammenarbeit mit dem Ergo-Team des RZs Gröbming der PV.

Entwicklung und Pilotierung einer app-basierten Selbsttestung der körperlichen Funktionsfähigkeit

Mia Grote; Nina Schnaderbeck; Felix Fischer; Gregor Liegl

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Die körperliche Funktionsfähigkeit ist eine zentrale Domäne in der Rehabilitation, die wichtige Informationen über den Verlauf des Gesundheitszustands liefert (Berget et al., 2023). Im Vergleich zu Patient-Reported Outcomes (PROs), die eine ressourcenarme und niederschwellige Messung des subjektiven Funktionsniveaus ermöglichen, bieten performanzbasierte Outcomes (PerfOs) eine objektivere Erfassungsmethode. Die Durchführung von herkömmlichen PerfOs erfordert jedoch neben speziellen räumlichen, personellen und zeitlichen Ressourcen auch das Vorliegen von bestimmten Testmaterialien, beispielswiese einer Stoppuhr zur Zeitmessung. Zudem ist ein genaues Verständnis hinsichtlich der Durchführung der standardisierten Aufgaben unabdingbar, was eine selbstständige Testung erschwert. Digitale, app-basierte Lösungen könnten dieses Problem lösen, indem sie Patient*innen dazu anleiten, wiederholte Messungen selbstständig durchzuführen. Dies könnte die ressourcenaufwendige Durchführung durch medizinisches Personal reduzieren bzw. ersetzen (Marwaa et al., 2022).

Bisher ist unklar, ob die Ergebnisse eines digitalen Selbsttests mit denen von Fachpersonal administrierten PerfOs vergleichbar sind. Ziel dieser Studie ist daher die Pilotierung einer solchen App, um die Machbarkeit und Zuverlässigkeit digitaler Selbsttestungen als Alternative zu traditionellen Methoden zu evaluieren.

Methoden

Diese Studie untersucht eine app-basierte Version des Physical Performance Test (PPT-9) bei 39 stationären Patient*innen der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Der PPT-9 umfasst neun standardisierte körperliche Aufgaben, bei denen die benötigte Zeit zur Durchführung jeder Aufgabe gemessen wird. Der Test erfasst mehrere Dimensionen, darunter Geschicklichkeit, Funktion der oberen Extremitäten, Gleichgewicht, Mobilität und Funktion der unteren Extremitäten. Zu den simulierten Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) im PPT-9 gehören beispielsweise Essen und Um- bzw. Anziehen. Die app-basierte Version des PPT- 9 wurde zuvor auf Basis von qualitativen Interviews mit Patient*innen sowie von Expert*innenfeedback entwickelt.

Für die Pilotierung führten die Patient*innen zunächst selbstständig die app-basierte Testung durch, anschließend wurde der traditionelle PPT-9 durch klinisches Personal erhoben. Zur Analyse der psychometrischen Eigenschaften der app-basierten Version wurden Cronbachs Alpha zur Erfassung der internen Konsistenz, der Reliable Change Index (RCI) für die Reliabilität sowie Intraclass Correlation Coefficients (ICC) verwendet. Die Übereinstimmung beider Bewertungsmethoden wurde mit Bland-Altman-Diagrammen und t-Tests analysiert.

Ergebnisse

Durch eine integrierte Stoppuhr, Beschreibungstexte und Illustrationen ermöglicht die app-basierte Version des PPT-9 eine eigenständige Durchführung der Übungen. Abb. 1 und Abb. 2 zeigen zwei verschiedenen Aufgaben der Selbsttestung.

Die psychometrischen Analysen zeigten eine hohe interne Konsistenz der app-basierten Version (Cronbachs Alpha = 0,90) und eine stabile Leistung (RCI < 1,96). Die Interrater-Reliabilität im Vergleich mit der traditionellen Methode war mit einem ICC von 0,79 gut. Allerdings dauerten die Übungen in der app-basierten Version systematisch länger ($p < 0.001$). Bland-Altman-Diagramme zeigten einen mittleren Unterschied von -3,9, was auf niedrigere Scores in körperlicher Funktionsfähigkeit (mehr Sekunden pro Aufgabe) bei der app-basierten Version hinwies.

Abb. 1: Aufgabe aus dem PPT-9: Kittel anziehen (Eigene Darstellung und Illustration)

Abb. 2: Aufgabe aus dem PPT-9: Einen Satz schreiben (Eigene Darstellung und Illustration)

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der app-basierte PPT-9 als Selbsttestung umsetzbar und reliabel ist. Die systematischen Unterschiede in der Durchführung der Aufgaben zeigen, dass in der app-basierten Version die körperliche Funktionsfähigkeit systematisch niedriger eingeschätzt wird.

Dieser Unterschied ist mit hoher Wahrscheinlichkeit darauf zurückzuführen, dass die Patient*innen für das selbstständige Bedienen der Stoppuhr etwas mehr Zeit pro Aufgabe benötigen als in der traditionellen Methode. Weitere Studien sollten mit einer größeren Stichprobe die mittleren Unterschiede zwischen den Versionen messen, um langfristig das Scoring der beiden Versionen aneinander anzupassen und versuchen, die vielversprechenden Ergebnisse dieser Pilotstudie zu replizieren.

Take-Home-Message

Die app-basierte Version des PPT-9 bietet vielversprechende Möglichkeiten, Prävention und Rehabilitation durch innovative Technologie zu verbessern, indem sie den Zugang zu kontinuierlichem Monitoring der körperlichen Funktionsfähigkeit im Rahmen einer patientenzentrierten Versorgung erleichtert.

Literatur

Berget, A., Moen, V., Hustoft, M., Eide, G., Skouen, J., Strand, L., Hetlevik, Ø. (2023): Long-term change and predictors of change in physical and mental function after rehabilitation: A multi-centre study. Journal of Rehabilitation Medicine, 55. https://doi.org/10.2340/jrm.v55.2809

Marwaa, M., Guidetti, S., Ytterberg, C., Kristensen, H. (2022): Use of mobile/tablet and web-based applications to support rehabilitation after stroke: A scoping review. Journal of Rehabilitation Medicine, 54. https://doi.org/10.2340/jrm.v54.452

Implementierung einer Nachsorge-App zur Bewegungsförderung bei Brustkrebs – Qualitative Befunde zur Akzeptanz und Machbarkeit

Mercedes Rutsch; Ruth Deck

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Reha-Nachsorgeprogramme sollen den Transferprozess in die Häuslichkeit unterstützen und damit den Reha-Erfolg sicherstellen. Im Anschluss an eine Rehabilitation nach Brustkrebs wird den Patient*innen u.a. die Beibehaltung körperlicher Aktivität empfohlen. Viele Nachsorge-Leistungen sind jedoch zeitlich begrenzt, nicht unmittelbar am Wohnort verfügbar und haben häufig anleitenden Charakter. Das Nachsorgekonzept „Neues Credo“ (Deck et al., 2009) basiert auf dem Health Action Process Approach (HAPA) (Schwarzer, 2004). Es hat zum Ziel, die körperliche Aktivität von Rehabilitand*innen durch eine begleitete und eigenverantwortliche Reha-Nachsorge zu steigern bzw. aufrechtzuerhalten. Während der Rehabilitation wird die Nachsorge mit Hilfe eines Beobachtungsheftes und einer

Gruppenstunde geplant und vorbereitet. Originär wurde in der Nachsorgephase selbstständig ein Bewegungstagebuch geführt. Im Rahmen dieser Studie wurde das Bewegungstagebuch in eine Reha-Nachsorge-App (ReNaApp) überführt und für die Indikation Brustkrebs evaluiert. Im qualitativen Studienteil der Mixed-Method-Studie sollten die Akzeptanz und Machbarkeit aus der Perspektive von Rehabilitandinnen und Reha-Personal untersucht werden.

Methoden

Die Gesamtstudie war als quasi-randomisierte Längsschnittstudie angelegt (Rutsch et al., 2020). Eingeschlossen wurden Rehabilitandinnen mit Brustkrebs in einer Anschlussrehabilitation im Alter von 18-60 Jahren. Es wurden telefonische, leitfadengestützte Einzelinterviews (3, 6 und 9 Monate nach der Reha) mit Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe sowie eine digitale Fokusgruppe nach Abschluss der Rekrutierung mit dem involvierten Reha-Personal der fünf Kliniken durchgeführt. Das Datenmaterial wurde entsprechend der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Mayring, 2010).

Ergebnisse

Es wurden 19 Interviews mit sieben Rehabilitandinnen geführt (Ø 47 Jahre). An der Fokusgruppe nahmen acht Mitarbeitende (87,5% weiblich) teil, die überwiegend dem ärztlichen Personal (N=5) angehörten.

Das Reha-Personal berichtete von einer erfolgreichen Implementierung der Intervention. Die Umsetzung wurde laut Mitarbeitenden gefördert, indem die Interventionsdurchführung auf individuelle Gegebenheiten in der Klinik angepasst werden konnte, ohne die zu vermittelnden Inhalte zu verändern (z.B. Profession der Hauptverantwortlichen, Gruppengröße). Weitere Erfolgsfaktoren waren die Beteiligung mehrerer Professionen und die Einbindung des gesamten Reha-Teams in die Studie. Als Hürden benannten die Mitarbeitenden u. a. Personalmangel, den Zeitaufwand oder die unzureichende digitale Infrastruktur vor Ort, die z.B. die App-Installation erschwerte. Vier Kliniken können sich vorstellen die Nachsorge mit Anpassungen fortzuführen.

Die Akzeptanz der Nachsorge-App bei den Rehabilitandinnen hing mit dem jeweiligen Nutzungsverhalten zusammen. Aktive Nutzerinnen der ReNaApp äußerten eine hohe Akzeptanz und beschrieben die große Bedeutung für die Beibehaltung körperlicher Aktivität: „Naja, also ohne diese App, glaube ich, hätte ich nicht mehr so viel hinterher gemacht.“ Sie konnten die App-Nutzung gut in den Alltag integrieren und etablierten Routinen. Rehabilitandinnen, die die ReNaApp nicht nutzten, waren entweder körperlich inaktiv oder bereits sehr aktiv und benötigten keine Unterstützung durch die App. Bei diesen Rehabilitandinnen war die Akzeptanz gering und sie gaben an, die App auch zukünftig nicht zu nutzen.

Diskussion und Fazit

Die Akzeptanz unter dem Reha-Personal war, trotz der berichteten Barrieren, durchweg hoch. Die praktische Erprobung und klinikseitige Auseinandersetzung mit Lösungsstrategien bei auftretenden Hürden schienen die generelle Akzeptanz erhöht zu haben.

Die qualitativen Daten deuten darauf hin, dass eine Spezifikation der Zielgruppe vorgenommen werden sollte. Entsprechend des HAPA-Modells sind Selbstwirksamkeitserwartungen und Zielintention wichtige Kriterien für die Beibehaltung einer gesundheits-

förderlichen Lebensweise. Diese Eigenschaften könnten unter den Nicht-Nutzerinnen geringer ausgeprägt sein und auf den Bedarf einer intensiveren Begleitung hinweisen. Personen mit einem moderaten aber steigerungsfähigen Aktivitätsniveau und Aufgeschlossenheit gegenüber digitalen Lösungen fühlten sich hingegen eher vom Programm angesprochen. Positives Feedback in der App nach sportlicher Aktivität können ferner dazu beigetragen haben, dass sich aktive Personen motiviert fühlten, während die App inaktiven Personen zu wenig Unterstützung bot.

Auf Basis der Ergebnisse scheint die Nachsorge mit der ReNaApp keine Nachsorgestrategie für alle Brustkrebspatientinnen zu bieten, sondern vielmehr das vorhandene Versorgungsangebot zur Bewegungsförderung zu erweitern.

Take-Home-Message

Der Nachsorgeintervention wurde eine gute Machbarkeit bescheinigt, jedoch muss der Ressourcenbedarf zur Umsetzung berücksichtigt und eine Spezifizierung der Zielgruppe vorgenommen werden.

Literatur

Deck, R., Hüppe, A., Arlt, A. C. (2009): Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden – Ergebnisse einer Pilotstudie. Rehabilitation, 48(01), 39-46.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz-Verlag.

Rutsch, M., Jochems, N., Schrader, A., Brandes, I., Weier, L., Deck, R. (2020): ReNaApp: increasing the long-term effects of oncological rehabilitation through an application after medical rehabilitation (ReNaApp): a quasi-randomized longitudinal study of prospective design. BMC Health Services Research, 20(1), 378.

Schwarzer, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Konzepte zur Bewegungsförderung im Rahmen der Bewegungstherapie: ein Scoping Review

Leon Matting[1]; Wolfgang Geidl[2]; Andrés Jung[2]; Florian Langhirt[1]; Gorden Sudeck[1]; Klaus Pfeifer[2]

[1] Eberhard Karls Universität Tübingen,
[2] Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU)

Hintergrund und Zielstellung

Die Initiierung und Aufrechterhaltung eines körperlich aktiven Lebensstils stellt eine wichtige Zielsetzung der Sport- und Bewegungstherapie im Rahmen der Rehabilitation bei zahlreichen

nicht-übertragbaren Krankheiten (Non-communicable diseases, NCD) dar (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015). Die für Bewegungsförderung konzeptionell entwickelten Bewegungstherapieansätze haben sich dabei in jüngster Zeit deutlich weiterentwickelt und ausdifferenziert (z.B. Rethorn et al., 2022). Ein Motor dieses Evolutionsprozesses ist die integrative Berücksichtigung verschiedener Verhaltensänderungstheorien und assoziierter Interventionselemente, welche sich auf ganz unterschiedliche Bereiche des therapeutischen Prozesses (z.B. Assessment, Inhalte und Methoden, übergeordnete Prinzipien) auswirkt. Diese Arbeit zielt darauf ab, mittels eines Scoping Reviews, einen umfassenden Überblick über bewegungsfördernde Konzepte in der Bewegungstherapie für Rehabilitand*innen mit nicht-übertragbaren Erkrankungen zu erhalten.

Methoden

Das Scoping Review wurde anhand der von Colquhoun et al. (2014) beschriebenen Methodik durchgeführt. Die Berichterstattung wurde gemäß der PRISMA-ScR-Berichterstattungsleitlinie protokolliert. Das Protokoll des Scoping Review wurde am 23. Dezember 2022 im Open Science Framework (OSF) registriert (https://doi.org/10.17605/OSF.IO/AXZSJ). Die Suche fand in den Datenbanken Pubmed, Scopus, Web of Science und PsycINFO anhand von feststehenden Suchbegriffen statt. Publikationen, die Interventionen oder Konzepte zur Förderung körperlicher Aktivität beschreiben und in der Bewegungstherapie für Patienten mit NCDs umgesetzt werden können, wurden von zwei unabhängigen Untersuchern im Rahmen eines Titel-/Abstract-Screenings und eines Volltext-Screenings berücksichtigt. Während des Volltext-Screenings wurden zusätzlich die Literaturverzeichnisse nach weiteren relevanten Dokumenten gescreened. Die Ergebnisextraktion wurde im Sinne eines Mappings durchgeführt. Die Kategorien für das Mapping wurden in Anlehnung an das kybernetische Therapiemodell von Werle et al. (2006) erstellt.

Ergebnisse

Von eingangs 1893 identifizierten Dokumenten wurden 57 Volltexte final eingeschlossen. Dabei handelte es sich entweder um (übergeordnete) Konzeptbeschreibungen (n=19) oder Interventionsstudien einschließlich hinreichender Beschreibung der Interventionen zur Bewegungsförderung (n=38). Die theoretische Fundierung der Konzepte war vielfältig (z. B. Social Cognitive Theory (SCT), Transtheoretische Modell (TTM), Self-Determination Theory (SDT)), wobei in den Konzepten eine breite Auswahl von Theorien der Verhaltensänderung bzw. Kombinationen dieser herangezogen wurden. Das Spektrum reichte hierbei von eigens entworfenen theoretisch-konzeptionellen Modellen zur Fundierung der Intervention bis zu Interventionskonzepten, die ohne Bezüge zu bestehenden Theorien und Modelle präsentiert werden. Zu den einzelnen Kernprozessen des Therapiemodells (Werle et al., 2006) konnten für den Bereich „Assessment“ Informationen aus 49 Volltexten extrahiert werden. Für den Bereich „Therapieinhalte und Methoden“ standen 55 Volltexte, für den Bereich „Therapiedurchführung“, 48 Volltexte und für den Bereich „Therapieziele“ 49 Volltexte zur Verfügung. Im Einklang mit der hohen Anzahl verfügbarer Volltexte zeigten sich für jeden Bereich therapeutischer Kernprozesse eine breite Auswahl an unterschiedlichen Formen und Instrumenten des Assessments, der Festlegung von Therapiezielen, sowie der Durchführung von Therapieinhalten und -methoden, die im Zusammenhang mit der Bewegungsförderung thematisiert werden. Dabei wurden einige Elemente identifiziert, die von mehreren Konzepten

trotz unterschiedlicher theoretisch-konzeptioneller Fundierung eingebunden wurden (wie z.B. das Motivational Interviewing oder bestimmte Verhaltensänderungstechniken wie Formen des „Goal settings“).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse des Scoping Reviews liefern einen umfassenden Überblick über Konzepte der Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie, die mit einem differenzierten Einblick in die Fundierung von bewegungsförderlichen Strategien einhergeht. Die Erkenntnisse bieten relevantes Hintergrundwissen für die evidenzbasierte Weiterentwicklung von Therapiekonzepten mit einer Stärkung der Bewegungsförderung in rehabilitativen Kontexten. Die Ergebnisse bilden gemeinsam mit einer Übersichtsarbeit von systematischen Reviews, in denen die Wirksamkeit von bewegungstherapeutischen Ansätzen zur Förderung der körperlichen Aktivität bewertet wurde (OSF-doi: https://doi.org/10.17605/OSF.IO/AXZSJ), eine Basis für die aktuelle Entwicklung von Praxisempfehlungen für eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie (Projekt PRO-BT).

Take-Home-Message

Bewegungstherapeuten stehen vielfältige Konzepte zur Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie zur Verfügung.

Literatur

Colquhoun, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., Kastner, M., Moher, D. (2014): Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. Journal of clinical epidemiology, 67(12), 1291–1294.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): KTL: Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (6. Aufl.). DRV.

Rethorn, Z. D., Bezner, J. R., Pettitt, C. D. (2022): From expert to coach: health coaching to support behavior change within physical therapist practice. Physiotherapy theory and practice, 38(13), 2352–2367.

Werle, J., Woll, A., Tittlbach, S. (2006): Gesundheitsförderung: Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Mensch trifft Maschine: Akzeptanzuntersuchung mobiler Servicerobotik in der Physiotherapie

Christian Sternitzke[1]; Antonio Jerez[2]; Paula Algarín Sánchez[3]; Juan Pedro Bandera[2]; Cristina Suárez Mejías[3]

[1] TEDIRO Healthcare Robotics GmbH, [2] Universidad de Málaga,
[3] Hospital Universitario Virgen del Rocío

Hintergrund und Zielstellung

Während die mobile Servicerobotik im Kontext gastronomischer Angebote immer mehr auf allgemeine Akzeptanz trifft, ist es im Gesundheitskontext noch eher ungewöhnlich, dass Menschen mobile Servicerobotik nutzen, insbesondere mit therapeutischen Anwendungen. Es wurde daher für eine auf einem mobilen Serviceroboter implementierte Physiotherapie-anwendung explorativ untersucht, wie diese von Patienten akzeptiert wird und welche Rahmenbedingungen gegeben sein müssen.

Methoden

Im Rahmen einer im Sommer 2023 durchgeführten multizentrischen Usability-Evaluation (Beobachtungsstudie) bewerteten Patienten die Bedienbarkeit eines mobilen Serviceroboters zur Durchführung von Gangtraining an Unterarmstützen (positives Ethikvotum der Ethikkommission des Pflegeheims sowie der Ethikkommissi-on der Uniklinik Sevilla). Hierfür führten sie den Anmeldeprozess am Roboter selbst durch und beobachteten anschließend eine Trainingssimulation, die durch Personal der Einrichtung vorgenommen wurde. Die Studie wurde in einer Akutklinik durchgeführt, welche ambulant Physiotherapie für Traumatologie-patienten anbot und die für die Roboternutzung daher infrage kamen, sowie anteilig in einem Pflegeheim, dessen Bewohner regelmäßig Physiotherapie zur Aufrechterhaltung der Mobilität erhielten. In der Klinik nahmen 11 Patienten teil (Alter: ø 54,4 Jahre; 8 weiblich), im Pflegeheim 15 Bewohner (Alter: ø 74,9 Jahre; 10 weiblich).

Es wurden demographische Daten, die Erfahrung mit Technik (5-Punkte-Skala) so-wie Usability-Aspekte (u.a. Adjective Rating Scale (Bangor et al., 2008), d.h. 7-Punkte-Skala) erhoben. Darüber hinaus wurden die Patienten in der Klinik zur Ro-boternutzung gefragt, wofür sie sich entscheiden würden: Robotertraining, Einzel-training oder indifferent und weiterhin, inwieweit sie eine Klinik mit Roboter aus-wählen würden, wie ihre Nutzungsbereitschaft für ein Training außerhalb der übli-chen Therapiezeiten (z. B. am Wochenende, abends) aussieht, und ob sie weitere Anwendungen auf dem Roboter wünschen (jeweils 5-Punkkte-Skala).

Daneben wurden Patienten befragt, wie sicher sie sich in einer Pandemie bei Physiotherapie mit dem Roboter fühlen sowie, wie sicher sie sich bei einem Therapeuten fühlen würden (jeweils 5-Punkte-Skala).

Ergebnisse

Der Durchschnittswert der Bedienbarkeit lag bei 5,5 (zwischen gut und exzellent). Wenig überraschend lag die Technikaffinität im Pflegeheim erheblich unter der von den Patienten

aus der Klinik (2.2 vs. 3.8, p=0.004 (zweiseitiger T-Test), CI95 [2.29-3.48]), während sich die Einschätzung zur Bedienbarkeit des Roboters zwischen Pflegeheim und Klinik nicht signifikant unterschied (5.4 vs. 5.6, p=0.369 (zweiseitiger T-Test), CI95 [5.24-5.76]).

Vor die Wahl gestellt, ob sie mit dem Roboter oder allein trainieren würden, ent-schieden sich 8 von 11 Patienten für das Robotertraining, drei waren indifferent. Die Frage, ob Patienten den Roboter für ein roboter-assistiertes Eigentraining abends oder an Wochenenden nutzen würden, wird mit einem Durchschnittswert von 4,36 positiv beantwortet (7x ein definitives Ja, 3x indifferent). Die Frage, ob sie sich vorstellen können, weitere Therapieanwendungen neben Gangtraining auf dem Roboter zu absolvieren, wurde ebenfalls bejaht (7x ein definitives Ja, zwei Ablehnungen, Rest indifferent oder Tendenz zum Ja).

Auf die Frage, ob sie eine Einrichtung, die (zusätzliches) Robotertraining anbieten würde, bevorzugen würden, tendieren die Patienten mit einem Durchschnittswert von 3,45 zu einem Ja (4x ein definitives Ja, 1x Tendenz zu Ja, 4x indifferent, 2x defi-nitive Ablehnung).

Hinsichtlich des Sicherheitsgefühls in der Pandemie lagen die Werte für roboterassistiertes Training deutlich höher als für ein Training mit einem Physiotherapeuten (4,18 vs. 3,27, p=0,085 zweiseitiger T-Test, CI95 [-0.15-1.97] bei N=11).

Diskussion und Fazit

Die Auswertung der Einflussgröße Technikaffinität zeigt signifikante Unterschiede zwischen den Nutzergruppen. Jedoch kommen Senioren verglichen mit erheblich jüngeren Patienten nahezu gleich gut mit mobilen Robotern zurecht, was für ein breites Einsatzfeld im Rehabilitationskontext spricht.

Die hohe Bereitschaft, den Roboter für assistiertes Eigentraining im Rahmen (physio-)therapeutischer Anwendungen zu nutzen, insbesondere an Wochenenden und abends, spricht für ein hohes Einsatzpotential mobiler Serviceroboter. Dies könnte auch Einflüsse auf die Patientengewinnung aus Sicht einer Einrichtung haben.

Das zwar nur auf dem 10%-Signifikanzniveau liegende Sicherheitsgefühl (für Robotertraining höher eingeschätzt) spricht dafür, während künftiger Pandemien verstärkt Serviceroboter in der Physiotherapie einzusetzen.

Take-Home-Message

Serviceroboter in der Physiotherapie eignen sich für breite Patientengruppen und weisen hohe Akzeptanzwerte auf.

Literatur

Bangor, A., Kortum, P.T., Miller, J.T. (2008): An empirical evaluation of the system usa-bility scale. Intl. Journal of Human–Computer Interaction 24 (6), 574-594.

Interessenkonflikt: Erstautor ist Mitgesellschafter und im Management des Unternehmens, dass den Roboter aus der Studie entwickelt hat.

Förderung: EU H2020 Digital Innovation Hub Healthcare Robotics, H2020-DT-2018-2020/H2020-DT-2018-1, grant number 825003

Digitale Aphasietherapie. Das Potential von Large Language Models in der Automatisierung logopädischer Diagnostikinstrumente

Theresa Bloder; Mario Zusag; Laurin Wagner; Bernhard Thallinger; Oliver Dumhart; Philipp Schöllauf

nyra health GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Die positiven Effekte Tablet-basierter Therapie wurden bereits in einer Vielzahl von Studien belegt (z.B. Des Roches et al., 2015; Lavioe et al., 2019; Godlove et al., 2019; Choi et al., 2016). Allerdings stellt die Individualisierung der Therapie eine der Herausforderung für den gezielten Diagnose- und Therapieeinsatz von digitalen Hilfsmitteln in der Aphasietherapie dar. Durch den rasanten technischen Fortschritt in der künstlichen Intelligenzforschung werden neue Möglichkeiten der automatisierten Quantifizierung von sprachlichen Fähigkeiten ermöglicht, die sich für diagnostische und therapeutische Zwecke eignen und eine noch individuellere Anpassung der Therapie-Inhalte ermöglichen. In diesem Zusammenhang wird in diesem Pilotprojekt die praktische Benutzbarkeit eines automatisierten Wortflüssigkeitstests in der Aphasiediagnostik untersucht. Dafür wurde der digital implementierte und automatisierte myReha-Wortflüssigkeitstest dem Logopädie-Team einer stationären Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung gestellt.

Methoden

Elf Personen (M Alter = 56,7 Jahre) mit erworbener Sprachstörung (n = 4 mit flüssiger Aphasie, n = 6 mit unflüssiger Aphasie, n = 1 mit nicht aphasischer Kommunikationsstörung) nahmen an dem Pilotprojekt teil.

Im myReha-Wortflüssigkeitstest werden Patient:innen aufgefordert, innerhalb von einer Minute so viele Begriffe wie möglich zu nennen, die entweder einer vorgegebenen Kategorie angehören oder mit einem bestimmten Buchstaben beginnen. Die Sprachproduktion der Patient:innen wird dabei automatisch aufgenommen. Zur Transkription dieser Aufnahme werden eigens entwickelte Algorithmen in Kombination mit Deep Learning Modellen von Radford et al. (2022) herangezogen. Die nachfolgende Bewertung der Korrektheit der genannten Begriffe erfolgt mithilfe von Large Language Models (LLMs).

Erhoben wurde neben der Transkriptionsgenauigkeit der Aufnahmen von Personen mit Aphasie, wie Logopäd:innen die Verwendbarkeit bzw. Benutzerfreundlichkeit des digital implementierten Assessments für die neurologische Patient:innengruppe einschätzen und wie sich die in der App erzielten Ergebnisse zu den Ergebnissen in einem traditionell face-to-face durchgeführten und manuell ausgewerteten standardisierten Test-Equivalent verhalten.

Ergebnisse

Nach Einschätzung der Logopäd:innen waren die Studienteilnehmer:innen sehr sicher im Umgang mit dem myReha-Wortflüssigkeitstest und fanden sich schnell in der myReha App zurecht. Dennoch stellt die Verarbeitung von sprachlichen Daten von Menschen mit erworbenen Sprach- und insbesondere Sprechstörungen weiterhin eine Herausforderung für die automatische Spracherkennung dar und erfordert weitere Anpassungen, um die Genauigkeit und Zuverlässigkeit zu maximieren. Nichtsdestotrotz konnte mit dem myReha-Wortflüssigkeitstest eine zufriedenstellende Transkriptionsgenauigkeit erreicht werden. Das Feedback der Logopäd:innen bestätigte die Benutzerfreundlichkeit und Praktikabilität des digitalisierten Assessments. Die automatisierten App-Bewertungen korrelierten stark mit den Einschätzungen der Logopäd:innen ($\rho = .977$, $p < .001$).

Diskussion und Fazit

Ein Instrument wie der myReha-Wortflüssigkeitstest kann nicht nur als robustes Verfahren zur Quantifizierung von sprachlichen Defiziten verwendet werden, sondern hat auch das Potential, durch gezieltes Feedback an Patient:innen der Therapie von Wortfindungsstörungen zu dienen. Die automatisierte Erfassung sprachlicher Kompetenzen von Patient:innen mit einer Aphasie durch digitale Hilfsmittel wird in Zukunft genauere Einblicke in die (gestörte) Sprachverarbeitung liefern.

Take-Home-Message

Der myReha-Wortflüssigkeitstest integriert den technischen Fortschritt, indem er automatisierte Spracherkennung und LLMs nutzt, um eine schnelle und objektive Bewertung der Wortflüssigkeitsleistung zu ermöglichen. Dies erlaubt es Logopäd:innen, den therapeutischen Verlauf gezielter zu dokumentieren und anzupassen.

Literatur

Choi, Y. H., Park, H. K., Paik, N. J. (2016). A Telerehabilitation Approach for Chronic Aphasia Following Stroke. Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association, 22(5), 434–440.

Des Roches, C. A., Balachandran, I., Ascenso, E. M., Tripodis, Y., Kiran, S. (2015). Effectiveness of an impairment-based individualized rehabilitation program using an iPad-based software platform. Frontiers in Human Neuroscience, 8, 1015.

Godlove, J., Anantha, V., Advani, M., Des Roches, C., Kiran, S. (2019). Comparison of Therapy Practice at Home and in the Clinic: A Retrospective Analysis of the Constant Therapy Platform Data Set. Frontiers in Neurology, 10, 140.

Lavoie, M., Bier, N., Macoir, J. (2019). Efficacy of a self-administered treatment using a smart tablet to improve functional vocabulary in post-stroke aphasia: a case-series study. International Journal of Language & Communication Disorders, 54(2), 249–264.

Radford, A., Kim, J. W., Xu, T., Brockman, G., McLeavey, C., Sutskever, I. (2022). Robust speech recognition via large-scale weak supervision. arXiv preprint arXiv:2212.04356.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen geben eine finanzielle Verbindung zur myReha App an.

Entwicklung und Validierung der eHealth-Literacy-and-Use-Scale (eHLUS) zur Bewertung der digitalen Gesundheitskompetenz im Kontext medizinischer Apps

Johannes Stephan; Jan Gehrmann; Ananda Stullich; Jana Dehner; Matthias Richter

Technische Universität München (TUM)

Hintergrund und Zielstellung

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen führt zur verstärkten Integration medizinischer Apps in die Gesundheitsversorgung. Diese ermöglichen individuelles Gesundheitsmanagement und unterstützen effektiv die Umsetzung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Angesichts der wachsenden Vielfalt solcher Apps ist das Verständnis und die Bewertung der digitalen Gesundheitskompetenz (eHealth Literacy) der Nutzenden von Bedeutung. Eine hoch ausgeprägte eHealth Literacy steht im Zusammenhang mit einer hohen Therapieadhärenz bei digitalen und teildigitalisierten Interventionen (Redfern et al., 2019) und kann zudem eine Determinante der Wirksamkeit einer solchen Intervention darstellen (El Benny et al., 2021). Bestehende Instrumente zur Messung der eHealth Literacy berücksichtigen nicht die spezifischen Anforderungen bei der Nutzung medizinischer Apps. Bei medizinischen Apps ist beispielsweise evidenzbasiertes Wissen in der App enthalten, wodurch der Fokus nicht auf der Bewertung des Wissensgehalts liegt. Vielmehr geht es um den Zugang zur App, wie z.B. die Verfügbarkeit eines Smartphones, Unterstützung im sozialen Umfeld sowie die eigene Motivation für die Nutzung der App. Ziel dieser Studie war die Entwicklung und Validierung der eHealth Literacy and Use Scale (eHLUS), die relevante Voraussetzungen, Fähigkeiten und Kompetenzen von Individuen für die Nutzung einer medizinischen App erhebt.

Methoden

Es wurde ein mehrstufiges Mixed-Methods-Design angewandt, das eine Literaturrecherche, die Erhebung von qualitativen Daten anhand von Experteninterviews sowie quantitative Daten für die psychometrische Evaluierung umfasste. Die Entwicklung der eHLUS erfolgte iterativ und regelgeleitet, mit der Integration von theoretischen und praxisbezogenen Erkenntnissen. Für die psychometrische Evaluierung wurden Daten von Teilnehmenden der digital gestützten Präventionsintervention „RV Fit Psychische Gesundheit“ erhoben. Die Datenerhebung fand zu zwei Zeitpunkten statt und umfasste insgesamt 179 Fälle von 127 Personen (n_1=117; n_2=62). Die psychometrische Evaluierung umfasste unter anderem eine Analyse der Mehrdimensionalität der Skala, die Messung der internen Konsistenz sowie die Retest-Reliabilitätsmessung.

Ergebnisse

Die eHLUS ist eine Selbstauskunftsskala mit 14 Items, die sich auf drei Dimensionen verteilen: Autonome Nutzung und technischer Zugang, eHealth Engagement sowie eHealth Literacy. Die Dimension 'Autonome Nutzung und technischer Zugang' umfasst die Fähigkeit, medizinische Apps eigenständig zu nutzen und den Zugang zu notwendigen technischen Ressourcen sicherzustellen. 'eHealth Engagement' bezieht sich auf die aktive Einbindung und das Interesse an der Nutzung von eHealth-Anwendungen, während 'eHealth Literacy' das Verständnis und die Anwendung der in den Apps bereitgestellten Gesundheitsinformationen

beschreibt. Die Skala zeigte eine exzellente interne Konsistenz mit Cronbachs Alpha von 0,91 bei n_1=117 Fällen. Die durchschnittliche Ausfülldauer betrug 2,2 Minuten (Standardabweichung = 1,12), was ihre praktische Anwendbarkeit unterstreicht. Die Retest-Reliabilität wurde durch die Analyse von 52 gematchten Fällen bestätigt und zeigte eine hohe Stabilität über die Zeit. Die Ergebnisse der Experteninterviews betonten die Notwendigkeit einer umfassenden Beurteilung der eHealth Literacy im Kontext medizinischer Apps und bestätigten die Relevanz der in der eHLUS definierten Domänen. Zudem konnte durch die Experteninterviews die Inhaltsvalidität des Instruments sichergestellt werden.

Diskussion und Fazit

Die eHLUS erweist sich als geeignetes Instrument zur Bewertung der eHealth Literacy. Sie erfasst die Voraussetzungen, Fähigkeiten und Kompetenzen von Individuen für eine effektive Nutzung medizinischer Apps, die bei Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen verwendet werden. Die interne Konsistenz und Retest-Reliabilität unterstreichen die Zuverlässigkeit der Skala und die kurze Ausfülldauer spricht für ihre Praktikabilität. eHLUS erweitert den Bereich der eHealth Literacy-Messung. Sie bietet eine umfassende Bewertung der eHealth Literacy, indem sie nicht nur die Fähigkeit zur Informationsverarbeitung erfasst, sondern auch Aspekte wie den Zugang zu technischen Ressourcen, das Engagement der Nutzenden und die soziale Unterstützung berücksichtigt. Zudem kann die durch die eHLUS gemessene eHealth Literacy ein potenzieller Indikator für die Adhärenz in der Anwendung digitaler Gesundheitslösungen sein. Sie erfasst somit relevante Determinanten und Rahmenbedingungen der Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen kontextsensibel und trägt zur Vertiefung des Verständnisses von eHealth Literacy bei.

Take-Home-Message

Die eHLUS ermöglicht die Erfassung der eHealth Literacy und der Determinanten für den erfolgreichen Einsatz medizinischer Apps und trägt somit zur Optimierung der patientenzentrierten eHealth-Versorgung im Präventions- und Rehabilitationsbereich bei.

Literatur

El Benny, M., Kabakian-Khasholian, T., El-Jardali, F. ,Bardus, M. Application of the eHealth Literacy Model in Digital Health Interventions: Scoping Review. Journal of medical Internet research 23, e23473; 10.2196/23473 (2021).

Redfern, J. et al. P5307A consumer-direct digital health intervention for cardiovascular risk management in primary care: the Consumer Navigation of Electronic Cardiovascular Tools (CONNECT) randomised controlled trial. European Heart Journal 40; 10.1093/eurheartj/ehz746.0278 (2019).

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Erzielt „CeP Online“ (App) im Programm RV Fit erste positive Effekte auf das psychische Wohlbefinden?

Madeline Richter[1]; Clara Schwarze[1]; Stefan Winter[2]; Heiner Vogel[1]

[1] Universitätsklinikum Würzburg,
[2] Klinik Höhenried gGmbH der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd

Hintergrund und Zielstellung

Um beginnenden Funktionsstörungen wie beispielsweise Stresssymptomen zu begegnen, bietet die Rentenversicherung seit mehreren Jahren das Präventionsprogramm RV Fit an (DRV, 2020). Es zielt auf Verhaltens- oder Lebensstiländerungen wie etwa den adäquaten Umgang mit Stress ab. In vier Zeitabschnitten durchlaufen die Versicherten das Programm (Start-, Trainings-, Eigenaktivitätsphase, Auffrischung).

Die therapeutische Betreuung der Präventionsteilnehmer:innen erfolgt in der Trainingsphase am Centrum für Prävention (CeP in Bernried; DRV Bayern Süd) durch die App „CeP Online“. Diese ersetzt die Betreuung durch ambulante Rehabilitationszentren und bietet neben Mitteln zur Kommunikation, Übungsmaterialien und ein Dokumentationsmedium (Aktivitäten-tagebuch). Am CeP wird neben dem klassischen Programm zusätzlich ein psychologischer Schwerpunkt angeboten (Energie Vital).

Die formative Evaluation der App „CeP Online“ untersuchte neben der Machbarkeit (Richter et al., 2023) erste Hinweise zur Verbesserung des mentalen Zustands im Programm Energie Vital sowie den Nutzen eines psychologischen Schwerpunktes.

Methoden

Im Zuge der Evaluation wurden eine prospektive Kohortenstudie mit Messwiederholung sowie ein Mixed-Methods-Designs umgesetzt (monozentrisch). Das klassische RV Fit-Programm (kRV) wird vergleichend berücksichtigt (quasi-experimenteller Ansatz). Der Beitrag fokussiert Befragungsdaten sowie Daten aus Routineuntersuchungen (Startphase & Auffrischung). Schriftliche Befragungen erfolgten vor der Startphase (t0) sowie nach der 12-wöchigen Trainingsphase (t1). Neben eigens entwickelten Items (z. B. Grad der Zielerreichung) kamen standardisierte Befragungsinstrumente zum Einsatz (u.a. PSS-4, Cohen et al., 1988).

Im Rahmen der Routineuntersuchungen (Energie Vital) wurde der psychologische Gesundheitszustand mittels standardisierter Fragebögen (z. B. WHO-5, WHO, 1998) ermittelt. Der ebenfalls verwendete TICS (Schulz et al., 2004) liefert darüber hinaus Informationen, in welchen Lebensbereichen eine Person chronischen Stress erlebt.

Die Datenerhebung erfolgte von Oktober 2021 bis Mitte 2023, wobei 504 Teilnehmende konsekutiv in die Studie aufgenommen wurden. Die 182 Energie-Vital-Teilnehmenden waren im Schnitt 51,04 Jahre alt (SD = 8,23) und überwiegend weiblich (60,4%). Vollständige Befragungsdaten liegen für 106 Teilnehmende vor, während für 144 Personen Daten aus den Routineuntersuchungen vorliegen.

Ergebnisse

Selbst berichtete (berufliche) Risikofaktoren der Energie-Vital-Teilnehmenden verdeutlichen vor allem Zeitdruck und häufige Arbeitsunterbrechungen als zentrale Belastungen.

Körperliche Beanspruchungen oder Lärm spielen eine deutlich niedrigere Rolle. Das Risiko für Stress und Hektik wird im mäßigen Bereich verortet und liegt über dem der kRV ($d = 0{,}45$, $p < 0{,}001$).

Zu Beginn der Prävention war das Stressempfinden (PSS-4) höher als in der kRV ($d = 0{,}54$, $p < 0{,}001$), glich sich jedoch im Verlauf an, sodass am Ende kein Unterschied mehr bestand. Gleichzeitig stieg das Wohlbefinden (WHO-5) sowohl während der Trainings- als auch der Eigenaktivitätsphase ($d = 0{,}71$, $p < 0{,}001$). Zu Beginn lag der Wert mit 10,37 (SD = 5,00) unter dem Grenzwert von 13 (Screening Depression) und verbesserte sich bis zum Ende der Prävention deutlich auf 14,12 (SD = 4,90; $d = 0{,}71$, $p < 0{,}001$). Der TICS weist Verbesserungen in allen Bereichen auf, mit den stärksten Effekten bei Arbeitsüberlastung, Überforderung und Besorgnis.

Das Programm Energie Vital zeigt eine höhere Zielerreichung im Bereich psychische Gesundheit, etwa im Umgang mit Stress am Arbeitsplatz ($d = 0{,}60$, $p < 0{,}001$) und bei Entspannungs- und Achtsamkeitszielen ($d = 0{,}43$, $p < 0{,}001$).

Diskussion und Fazit

Die hinreichend große Stichprobe für die formative Evaluation ermöglicht eine Abschätzung der ersten messbaren Effekte des Programms Energie Vital mit App-Einsatz. Bereits in der Trainingsphase verbesserte sich das psychische Wohlbefinden, und erste positive Effekte sind für das Gesamtprogramm erkennbar. Ob diese Effekte langfristig bestehen, wird im zweiten Studienteil geprüft. Die programmspezifischen Belastungsfaktoren sowie der höhere Zielerreichungsgrad psychischer Gesundheitsziele verdeutlichen das Potenzial des gewählten psychologischen Schwerpunkts.

Die fehlende Einbeziehung einer Kontrollgruppe ist kritisch zu diskutieren. In der Nachfolgestudie wird diese durch eine Wartekontrollgruppe ergänzt.

Take-Home-Message

Erste Hinweise auf die Wirksamkeit des Programms Energie Vital zeigen sich auch im Rahmen einer digital betreuten Trainingsphase und unterstreichen die Sinnhaftigkeit des Schwerpunktes psychische Gesundheit.

Literatur

Cohen, S., Williamson, G. (1988). Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. In S. Spacapan, S. Oskamp (Eds.), The Social Psychology of Health. Newbury Park, CA: Sage

Deutsche Rentenversicherung (2020). RV Fit – Rahmenkonzept für Leistungen zur Prävention. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_Med_Leistungen_Praevention.html, Abruf: 29.10.2024

Richter, M., Vogel, H., Gerlich, C .(2023). Präventionsprogramm RV Fit–formative Evaluation der digitalen ambulanten Trainingsphase (App–CeP Online). DRV-Schriften, Bd 32. 345-346

Schulz, P., Schlotz, W., Becker, P. (2004). Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS).

World Health Organization (1998). Wellbeing Measures in Primary Health Care: The Depcare Project. WHO, Regional Office for Europe

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Herausforderungen und Potenziale von Online-Diversity-Trainings im Gesundheitswesen: Ein Scoping Review

Christian Kempny; Tuğba Aksakal; Kübra Annaç; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska

Universität Witten/Herdecke

Hintergrund und Zielstellung

Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen macht auch die Anwerbung ausländischer Fachkräfte notwendig (Jansen et al., 2018). Die damit, aber auch mit Diversitätsmerkmalen wie z.B. Alter, Geschlecht, Beruf, Werte und Einstellungen einhergehende Teamdiversität stellen zunehmend eine große Herausforderung dar (Babitsch et al., 2020; Helaß et al., 2022). Online-Diversity-Trainings könnten die Zusammenarbeit in vielfältigen Teams verbessern und die Integration erleichtern (Trinh et al., 2021). Bisher fehlt Evidenz zur Akzeptanz und Wirkung von verschiedenen Trainingsmethoden bei Online-Diversity-Trainings für Gesundheitspersonal.

Methoden

Im Rahmen eines Scoping Reviews wurden die Datenbanken PubMed, Business Source Premier, PsycInfo und PsycArticle durchsucht. Eingeschlossen wurden deutsch- und englischsprachige empirische Studien aus den Jahren 2014 bis 2024, die Online- oder Hybrid-Diversity-Trainings evaluierten.

Ergebnisse

Von 4.110 identifizierten Studien erfüllten 23 die Einschlusskriterien. Die Mehrheit der Studien stammt aus den USA (14 Studien). Die Trainings dauerten von einer Stunde bis zu mehreren Wochen und legten einen Schwerpunkt auf kulturelle Diversität (16 Studien). Die methodische Vielfalt der Trainingsangebote unterschied sich stark. Neben live abgehaltenen Online-Vorlesungen, gab es digitale Trainings in Lernportalen oder VR-Simulationen. Die Studienergebnisse zeigten, dass Online-Trainings das Bewusstsein für Diversität und die Diversitätskompetenz steigern können. Teilnehmende berichteten von erhöhter Selbstwirksamkeit, einer gesteigerten Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit eigenen Vorurteilen und einem höheren Wissen. Auch Verhaltensänderungen der Teilnehmenden nach dem Training konnten in einzelnen Studien identifiziert werden.

Diskussion und Fazit

Online-Diversity-Trainings erweisen sich als effektive Methode zur Förderung von Diversitätskompetenzen im Gesundheitswesen und können zur Verbesserung der

Teamleistung in diversen Teams beitragen. Technische und organisatorische Herausforderungen können jedoch die Umsetzung beeinträchtigen.

Take-Home-Message

Online-Diversity-Trainings funktionieren, wenn sie ansprechend gestaltet und auf das Gesundheitspersonal zugeschnitten sind. Mehrwöchige multimethodische Trainings sind empfehlenswert, um größere Lerneffekte und Verhaltensänderungen zu erzielen.

Literatur

Babitsch, B., Bretz, L., Mansholt, H., Götz, N.-A. (2020). The relevance of cultural diversity on safety culture: A CIRS data analysis to identify problem areas and competency requirements of professionals in healthcare institutions. GMS Journal for Medical Education, 37(2), Doc14. https://doi.org/10.3205/zma001307

Helaß, M., Greinacher, A., Götz, S., Müller, A., Gündel, H., Junne, F., Nikendei, C., Maatouk, I. (2022). Age stereotypes towards younger and older colleagues in registered nurses and supervisors in a university hospital: A generic qualitative study. Journal of advanced nursing, 78(2), 471–485. https://doi.org/10.1111/jan.15021

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, 160, 1–9. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.03.017

Trinh, N.-H., O'Hair, C., Agrawal, S., Dean, T., Emmerich, A., Rubin, D., Wozniak, J. (2021). Lessons Learned: Developing an Online Training Program for Cultural Sensitivity in an Academic Psychiatry Department. Psychiatric Services (Washington, D.C.), 72(10), 1233–1236. https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000015

Förderung: GfR

„Ich würde es sofort wieder machen." – Erprobung einer hybriden Rehabilitation in der Psychosomatik

Jana Langbrandtner; Irina Tabarentseva; Ruth Deck

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Die Digitalisierung in der medizinischen Rehabilitation hat in den letzten Jahren Fahrt aufgenommen. Angesichts steigender Behandlungszahlen (Thom et al., 2024) und eines Fachkräftemangels (Bramesfeld, 2023), besonders in der Psychosomatik, stellen digitale und hybride Versorgungskonzepte eine Alternative dar.

Es gibt bislang keine empirischen Daten zum Einsatz hybrider Versorgungskonzepte - einer Kombination aus stationärer Rehabilitation und digital begleiteter Behandlungsphase. Für einen erfolgreichen Praxistransfer in die Versorgung ist der Einbezug von Erfahrungen, Einstellungen und Bedürfnissen von Rehabilitand*innen und Leistungserbringern zur

Steigerung der Akzeptanz und zur Weiterentwicklung unabdingbar (Farin-Glattacker, 2019). Die Mixed-Methods-Studie „Hybrid-Reha“ untersuchte die Machbarkeit, Akzeptanz und Zufriedenheit eines innovativen Rehabilitationsansatzes, bei dem ein 5-wöchiger stationärer Aufenthalt durch einen 4-wöchigen Aufenthalt und eine digitale fünfte Brücken-Woche im häuslichen Umfeld ersetzt wurde.

Methoden

13 Hybrid-Gruppen (N=92, 4-12 Rehabilitand*innen je Gruppe) durchliefen die Hybrid-Reha. Im qualitativen Studienabschnitt wurden leitfadengestützte Längsschnittinterviews zu drei Messzeitpunkten (vor und am Ende der Brücken-Woche und nach 6 Monaten) mit Hybrid-Rehabilitand*innen aus der Psychosomatik sowie zwei Fokusgruppen mit den involvierten Mitarbeitenden der Reha-Klinik durchgeführt. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet (Mayring, 2010).

Ergebnisse

Insgesamt wurden 34 Interviews mit 12 Hybrid-Rehabilitand*innen (Durchschnittsalter 49 Jahre, Range 27-60 Jahre) sowie zwei Fokusgruppen mit 8 Mitarbeitenden (Durchschnittsalter 47 Jahre, Range 29-63 Jahre) durchgeführt.

Die Hybrid-Rehabilitand*innen beurteilten die Umsetzung der Brücken-Woche mehrheitlich positiv. Die Kombination aus synchronen Live-Angeboten und asynchronen Angeboten, wie Eigenübungen und Videoschulungen, wurde überwiegend als ausgewogen und praktikabel bewertet. Besonders die zeitliche Flexibilität in der Umsetzung wurde geschätzt, da sie die Vereinbarkeit mit Alltagsverpflichtungen erleichterte. Der sanfte Übergang in den Alltag und die begleitete Anwendung erlernter Techniken zu Hause wurden als hilfreich empfunden. Auch das Klinikpersonal bewertete die Umsetzung als erfolgreich, betonte jedoch den hohen logistischen und personellen Aufwand, der mit der Einführung des hybriden Konzepts verbunden war.

Trotz der positiven Resonanz wurden auch Herausforderungen identifiziert. Für Hybrid-Rehabilitand*innen mit familiären Verpflichtungen, begrenzter Privatsphäre im Wohnraum und instabiler digitaler Infrastruktur stellte die Brücken-Woche eine Herausforderung dar. Darüber hinaus wurde von einem Großteil der Teilnehmenden der Übergang von der stationären Rehabilitation in die digitale Brücken-Woche am Wohnort als zu knapp empfunden. Das Reha-Team bestätigte die technischen Hürden und hob hervor, dass diese im Laufe der Zeit abnahmen. Ein entscheidender Faktor für den Erfolg des Konzepts wurde in der positiven Einstellung des Personals zur Hybrid-Reha ausgemacht. Das Engagement und die Bereitschaft sich auf neue Anforderungen einzulassen, wurde als Schlüsselfaktor für die erfolgreiche Umsetzung angesehen.

Die Zufriedenheit der Hybrid-Rehabilitand*innen mit der Brücken-Woche war größtenteils hoch. Neun Rehabilitand*innen würden erneut an einer Hybrid-Reha teilnehmen. Auch das Klinikpersonal zeigte sich mit der Umsetzung zufrieden und betonte die Aktualität des digitalen Versorgungsansatzes sowie die Erhöhung der Flexibilität für Rehabilitand*innen und das Personal. Trotz des anfänglichen Mehraufwands sprach sich das Klinikpersonal einstimmig für eine Weiterempfehlung und Fortführung der Hybrid-Reha aus.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse bestätigen, dass die Hybrid-Reha eine vielversprechende ergänzende Leistung in der psychosomatischen Rehabilitation darstellen kann. Sowohl Hybrid-Rehabilitand*innen als auch das Klinikpersonal bewerteten das Konzept überwiegend positiv, wobei die zeitliche Flexibilität und das Potenzial des verbesserten Alltagstransfers erlernter Strategien und Verhaltensweisen hervorgehoben wurden. Herausforderungen wie technische Barrieren und häusliche Rahmenbedingungen müssen jedoch weiter adressiert werden. Auf Klinikseite führte die Einführung zunächst zu einem erhöhten Aufwand, der jedoch durch die Verstetigung von Prozessen und die schrittweise Optimierung der Abläufe abnahm. Durch gezielte Verbesserungen des erprobten Konzeptes, wie eine stabilere technische Infrastruktur und eine stärkere Berücksichtigung individueller Lebensumstände, könnte die Akzeptanz und Praktikabilität weiter gesteigert werden.

Take-Home-Message

Im Hinblick auf den steigenden Versorgungsbedarf bietet die Hybrid-Reha neben der herkömmlichen stationären Rehabilitation einen vielversprechenden, zeitgemäßen, bedarfsgerechten, niedrigschwelligen und ressourcenorientierten Versorgungsansatz, der sowohl bei Rehabilitand*innen als auch bei Reha-Mitarbeitenden auf große Akzeptanz stößt.

Literatur

Bramesfeld, A. (2023): Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland aus Perspektive des Gesundheits- und Sozialsystems: Aktuelle Entwicklungsbedarfe. Bundesgesundheitsbl, 66: 363–370.

Farin-Glattacker, E., Schmidt, E., Spohn, L. (2019): Barrieren und förderliche Faktoren telemedizinischer Ansätze in der medizinischen Rehabilitation. In: Pfannstiel, M. A., Da-Cruz, P., Mehlich, H. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen V - Impulse für die Rehabilitation. Wiesbaden: Springer Gabler. 161-181.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz-Verlag.

Thom, J., Jonas, B., Reitzle, L., Mauz, E., Hölling, H., Schulz, M. (2024): Entwicklung der Diagnoseprävalenz psychischer Störungen 2012–2022. Dtsch Arztebl Int, 121: 355-62.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Machbarkeit, Akzeptanz und User Experience des web-basierten, computer-adaptiven Diagnostikinstruments RehaCAT(+) in der somatischen Rehabilitation

Alexandra Aurelia Portenhauser; Johannes Knauer; Yannik Terhorst; Sandro Eiler; Harald Baumeister

Universität Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Eine umfassende und zuverlässige Diagnostik ist zur Einleitung bedarfsorientierter Therapiemaßnahmen sowie zur Sicherung nachhaltiger Behandlungseffekte wesentlich (Baumeister, 2016). Web-basierte, Computer-adaptive Testsysteme (CATs) stellen eine Möglichkeit zur Durchführung ressourcensparender, ökonomischer sowie zeit- und ortsunabhängiger Psychodiagnostik dar (Baumeister et al., 2017). Bislang existiert jedoch wenig Forschung zur Integration solcher Systeme in die Routineversorgung der somatischen Rehabilitation sowie zu deren Akzeptanz und User Experience. Ziel dieser Studie war die Evaluation der Machbarkeit, Akzeptanz und User Experience des web-basierten, computer-adaptiven Erst- und Verlaufsdiagnostiksystems RehaCAT(+) durch Klinikmitarbeitende in der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation.

Methoden

Die Online-Studie wies ein Mixed-Methods-Design auf, das aus einem halbstrukturierten, problemzentrierten Interview und quantitativen Fragebögen zur Erfassung der Akzeptanz und User Experience bestand. Insgesamt nahmen N = 20 Mitarbeitende (MAlter = 40.44, SDAlter = 13.75; AnteilFrauen: 61.11 %) aus elf Rehabilitationskliniken an der Studie teil. Das Personal hatte vorab im Rahmen einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie (Knauer et al., 2022) entweder RehaCAT oder RehaCAT(+) in ihrem Arbeitsalltag verwendet. Sowohl RehaCAT als auch RehaCAT(+) ermöglichen eine psychometrisch hochwertige Erfassung der funktionalen Gesundheit. RehaCAT+ enthält zu den Funktionen der Basisversion RehaCAT per-suasive Designelemente wie Dokumentationshilfen und Nachsorge-erinnerungen zur Förde-rung der Nutzungsbereitschaft der digitalen Plattform. Die Audioaufnahmen der Interviews wurden wortwörtlich transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) analysiert. Die Fragebogenauswertung erfolgte deskriptiv.

Ergebnisse

Die Machbarkeit, Akzeptanz und User Experience von RehaCAT(+) wurde im Zusammenhang mit dem gewählten klinikweiten Implementierungsmodell und der verwendeten RehaCAT(+)-Version divergent bewertet. Insbesondere Mitarbeitende von Rehabilitationseinrichtungen, in denen das System vollständig in die Routineversorgung integriert war und die Testergebnisse genutzt wurden, beurteilten die Machbarkeit, Akzeptanz und User Experience positiv. Die Mehrheit der Teilnehmenden äußerte, das System weiterhin nutzen zu wollen. Über alle Teil-nehmenden hinweg wurde der relative Zusatzgewinn durch die Anwendung von RehaCAT(+) aufgrund der Identifikation von psychisch belasteten Patient*innen, der Einsparung personel-ler Ressourcen, der zeitlichen Ersparnis bei der

Testauswertung, der wahrgenommenen Legi-timation psychologischer Interventionen sowie der Möglichkeit einer wissenschaftlichen Überprüfung von rehabilitativen Maßnahmen als hoch eingeschätzt. Zudem wurden präfe-rierte Eigenschaften der digitalen Plattform detektiert. Es konnten technische und inhaltliche Weiterentwicklungsempfehlungen sowie Implikationen für eine praktikable Implementierung von RehaCAT(+) konkretisiert werden. Insbesondere Funktionen zur Individualisierung der technischen und inhaltlichen Ausgestaltung von RehaCAT(+) waren erwünscht.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen wichtige Perspektiven auf, wie web-basierte, computer-adaptive Psychodiagnostikinstrumente in der somatischen Rehabilitation optimiert ausgestaltet und in das bestehende Versorgungssystem integriert werden können. Aufgrund des gewählten Studiendesigns und der Einschränkungen in der Stichprobe können die Ergebnisse allerdings nicht generalisiert werden.

Take-Home-Message

Web-basierte CATs haben das Potential, Klinikmitarbeitende durch effiziente Psychodiagnostik bei einer bedarfsgerechten Behandlungsplanung und -optimierung im Klinikalltag zu unterstützen. Dennoch bedarf es weiterer Forschung zur bestmöglichen Ausgestaltung und Implementierung solcher Systeme in die Praxisroutine.

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., Lin, J., Ebert, D. D. (2017). Internet-and mobile-based approaches: Psychosocial diagnostics and treatment in medical rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 60, 436-444.

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 de-pressive symptoms in rehabilitation facilities. BMJ Open, 12(6), e061259.

Kuckartz, U., Rädiker, S. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden (5. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Partizipative Ansätze zur Entwicklung patientenorientierter digitaler Gesundheitsmaßnahmen – Eine systematische Literaturrecherche

Sarah Jasiok; Anna-Lena Moeckl; Feline Zocher; Sahin Dündar; Laura Koller; Andreas Kögel

Bayreuther Akademie für Gesundheitswissenschaften e. V.

Hintergrund und Zielstellung

Partizipation hat im letzten Jahrzehnt zunehmende Bedeutung im Feld der Gesundheit gewonnen (Wright, 2021). Neben der partizipativen Entscheidungsfindung bei Behandlungsentscheidungen werden Patient:innen als Beiräte oder Co-Forschende in gesundheitsbezogene Studien eingebunden (ebd.). Nicht zuletzt spielen sie als Teilnehmende oder Nutzer:innen eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung digitaler Gesundheitsmaßnahmen (Hochmuth et al., 2020). Dabei wird Partizipation mit verschiedenen Methoden in unterschiedlicher Intensität betrieben bzw. sie befindet sich nach Wright auf unterschiedlichen Stufen (Wright, 2021). Ziel der systematischen Literaturrecherche ist es, zu ermitteln, inwieweit sich als partizipativ gerahmte Studien in Bezug auf Forschungsdesigns, Methoden und Ergebnisse unterscheiden. Hierbei wird untersucht, welche spezifischen Beispiele für partizipative Forschung zur Entwicklung und Umsetzung patientenorientierter digitaler Ansätze in der Gesundheitsforschung bereits existieren und welche Erkenntnisse sie hervorgebracht haben.

Methoden

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein Suchstring entwickelt, der bewusst grob gefasst ist. Hierdurch wird das Risiko des Ausschlusses relevanter Artikel minimiert und ein möglichst breites Bild der partizipativen Ansätze gezeichnet. Der Suchstring wurde auf englisch verfasst und setzt sich aus den Begriffen „Patient*“, „Krankheitsrisiko“ und „Partizipationsforschung“ sowie deren Synonymen zusammen. Mittels des so gebildeten Terms wurden folgende Datenbanken durchsucht: PubMed (1219 Treffer), PubPsych (423 Treffer), Web of Science (1583 Treffer) und Wiley (194 Treffer). Nach Dublettenbereinigung verbleiben 2590 für das Screening. Um die Vergleichbarkeit und Qualität zu erhöhen, gelten weitere Ein- und Ausschlusskriterien. Ausgeschlossen werden nicht publizierte Formate sowie Metaanalysen, Studienprotokolle und Reviews. Zudem beschränkt sich die Auswahl auf empirische Arbeiten, die mindestens in einem schwachen Zusammenhang mit Digitalisierung stehen. Hierzu zählen beispielsweise Apps, Internetplattformen oder Online-Tools. Als Zielgruppe wurden Personen im erwerbsfähigen Alter ausgewählt. 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 entscheiden vier Gutachterinnen unabhängig voneinander. Unterschiede werden besprochen und nach Abstimmung behoben. Bei der Erstellung des Reviews folgen die Gutachterinnen dem aktuellen PRISMA Statement.

Ergebnisse

Anhand der systematischen Literaturrecherche war es möglich, spezifische Beispiele zur Entwicklung und Umsetzung patientenorientierter Ansätze in der Gesundheitsforschung zu erfassen und zu ermitteln. Die identifizierten Artikel geben einen Einblick in die Vielfalt partizipativer Ansätze. Partizipation stellt sich als ein interdisziplinärer Ansatz mit diversen Lesarten dar, die zwischen Einbindung betroffener Personen durch Befragung bis hin zu eigenständiger Entscheidungsmacht reichen. Es wird darüber hinaus deutlich, wie diese unterschiedlichen Partizipationsstufen Forschung und Maßnahmenentwicklung beeinflussen können und welche Relevanz sie haben. Der Fokus auf digitale Maßnahmen zeigt, welche Vorteile und Möglichkeiten sich speziell in diesem Bereich für die Gesundheitsforschung und -versorgung eröffnen, um Gesundheit, Wohlbefinden und Gesundheitskompetenz unter Einbeziehung neuerer Technologien zu fördern.

Diskussion und Fazit

Die Begriffsvielfalt, die sich unter dem Oberbegriff „Partizipation“ findet, ist bemerkenswert und weist auf eine Vielzahl unterschiedlicher Vorstellungen und Definitionen hin (z. B. von Unger, 2012). Dies lässt sich sowohl auf die Interdisziplinarität als auch auf die zahlreichen Anwendungsbereiche zurückführen. Die breite Anwendbarkeit birgt jedoch das Risiko, den Terminus „Partizipation“ übermäßig weit zu fassen und dadurch eine gewisse Beliebigkeit zu erzeugen. Die Erkenntnisse der vorliegenden Untersuchung tragen dazu bei, das Verständnis von Partizipation zu präzisieren. Darüber hinaus zeigen sie auf, dass eine partizipative Entwicklung digitaler Angebote und Maßnahmen auf verschiedene Weise erfolgreich umgesetzt werden kann und dass dabei spezifische Herausforderungen und Spannungen zu berücksichtigen sind.

Take-Home-Message

Gesundheitsbezogene partizipative Ansätze sind ein wesentlicher Bestandteil bei der Entwicklung patientenorientierter digitaler Maßnahmen – allerdings gibt es noch kein einheitliches Verständnis, was Partizipation bedeutet und wie sie umzusetzen ist.

Literatur

Hochmuth, A., Exner, A.K., Dockweiler, C. (2020): Implementierung und partizipative Gestaltung digitaler Gesundheitsinterventionen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 63, 2. 145–152.

von Unger, H. (2012): Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 13(1). Art. 7.

Wright, M.T. (2021): Partizipative Gesundheitsforschung: Ursprünge und heutiger Stand. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 64, 2. 140-145.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, rehapro

Potenziale und Herausforderungen von Digitalisierung in Krisenzeiten in der medizinischen Rehabilitation – Eine bundesweite Befragung von Einrichtungsleitungen

Kübra Annaç; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska

Universität Witten/Herdecke

Hintergrund und Zielstellung

Von immer größerer Bedeutung wird die Frage im Gesundheitswesen, welche Potenziale und Herausforderungen Digitalisierung für die zukunftsorientierte Weiterentwicklung von Teilhabeleistungen mit sich bringen. Besonders in Krisenzeiten, wie zuletzt der COVID-19-Pandemie, wurde die Diskussion hinsichtlich eines Umstiegs bzw. einer Stärkung alternativer und digital vermittelter Angebote in der Rehabilitation relevanter denn je (Rauch, Reims, 2024). Teilziel der vorliegenden Querschnittstudie war es, zu untersuchen, welche Rolle Digitalisierung bei der Bewältigung von pandemiebedingten Herausforderungen aus der Perspektive von Einrichtungsleitungen spielen kann und auf welche Chancen und Hindernisse sie dabei stoßen.

Methoden

Mittels einer Online-Umfrage (n_brutto = 1.569) sowie einer zusätzlichen postalischen Umfrage (n_brutto = 1.629) wurden im Zeitraum Juni bis September 2021 alle stationären und ambulanten Einrichtungen medizinischer Rehabilitation in Deutschland befragt. Der Fragebogen wurde anhand von Vorarbeiten entwickelt und gepretestet. Inhalte des Fragebogens umfassten 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 nach Kuckartz (Kuckartz, 2012) ausgewertet.

Ergebnisse

Festzustellen ist, dass ein Umstieg bzw. die Stärkung alternativer und digital vermittelter Angebote während einer Rehabilitation für die befragten Leitungen eine mögliche Maßnahme zur Infektionskontrolle in der Einrichtung darstellen kann. Bei einem möglichen Umstieg auf digitale Angebote stoßen Leitungspersonen und das Personal allerdings auf Herausforderungen. Laut eigenen Angaben gestaltete sich die Realisierung digital vermittelter Therapieangebote für 29,6% der befragten Einrichtungsleitungen problematisch. Nur 13,9% gaben an, keine oder nur wenige Probleme gehabt zu haben. Die Umsetzung von Maßnahmen, die eine Digitalisierung in der Einrichtung erfordern, scheitere häufig daran, dass die digitale Infrastruktur nicht ausreichend ausgebaut sei. Eine nicht zur Verfügung stehende oder sehr schlechte Internetverbindung, nicht vorhandenes Equipment wie z.B. digitale Endgeräte und fehlendes technikaffines Personal würden die Durchführbarkeit bestimmter digitaler Maßnahmen in der Praxis einschränken. Nach Angaben der Einrichtungsleitungen würde die Umsetzung insbesondere mit finanzieller Unterstützung durch die Leistungsträger und die Sicherstellung einer entsprechenden digitalen Infrastruktur in den Einrichtungen erleichtert werden können.

Diskussion und Fazit

Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation haben besonders in Krisenzeiten alternative Angebote in der Rehabilitation entwickelt, die sich jedoch in der Umsetzung häufig problematisch gestalteten. Diese Schwierigkeiten sind maßgeblich in grundlegenden finanziellen, personellen und institutionellen Faktoren begründet. Diese müssen durch systemische Veränderungen im Rehabilitationswesen adressiert werden. Eine zeitnahe Einbindung von Leistungsträgern zur Anerkennung der digitalen Angebote ist notwendig. Außerdem braucht es eine grundlegende Aufklärung und Schulung sowohl der Rehabilitand*innen als auch des Personals in den Einrichtungen, wie digitale Angebote den Rehabilitationsalltag unterstützen und wie diese konkret angewendet werden können (Scharf et al., 2023). Nur so kann gewährleistet werden, dass digitale bzw. digital unterstützende Rehabilitationsangebote von allen Akteuren angenommen und adäquat genutzt werden können.

Take-Home-Message

Bestehende Schwierigkeiten bei der Umsetzung von digital unterstützenden Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der rehabilitativen Versorgung besonders in Krisenzeiten müssen durch die Ermittlung und die Vermittlung von Problemlagen und ihrer Gründe adressiert werden, um sich zukunftsorientiert aufzustellen und auch in Krisen eine adäquate rehabilitative Versorgung gewährleisten zu können.

Literatur

Kuckartz, U. (2012): Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Beltz Juventa.

Rauch, A.; Reims, N. (2024): Berufliche Rehabilitation in Zeiten der Covid-19-Pandemie. Rehabilitation. DOI 10.1055/a-2374-2467

Scharf, A.; Haug, S.; Ritthaler, M.; Raptis, G. (2023): Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung bei der Rehabilitation – Ergebnisse einer Befragung von Rehabilitationseinrichtungen. Rehabilitation 2023; 62: 299–307. DOI 10.1055/a-2123-1566

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Telerehabilitation für Post-COVID-Betroffene: Potenziale, Evidenz und Ansätze für eine bedarfsgerechte digitale Versorgung

Janna Klüver; Henrike Kordy; Stefan Dalichau

BG Ambulanz Bremen

Hintergrund und Zielstellung

Die Weiterentwicklung der Telerehabilitation, die ursprünglich zur Reduzierung von Krankenhausaufenthalten und Kosten eingeführt wurde, hat sich inzwischen zu einem breiteren, interdisziplinären Einsatzgebiet ausgeweitet. Die Integration von Telemedizin und

digitalen Therapieangeboten kann es ermöglichen, sowohl akute als auch langfristige Beschwerden effektiv zu behandeln, ohne dass die Betroffenen ihre gewohnte Umgebung verlassen müssen (Goldschmidt et al. 2021).

Da als häufigstes Symptom von Post-COVID die Fatigue beschrieben wird, erscheint auch hier der Einsatz von digitalen Maßnahmen sinnvoll. Therapieleitlinien empfehlen einen integrativen, multidisziplinären Ansatz zur Behandlung von PCS. Hierbei liegt der Fokus auf psychoedukativen Inhalten, die sich auf Aktivitäts- und Energiemanagement (Pacing) vor allem im Gruppensetting fokussieren (NICE, 2021). In der Praxis erschwert jedoch die geringe Verfügbarkeit wohnortnaher Therapieangebote sowie die eingeschränkte Mobilität bzw. Rehafähigkeit vieler Betroffener den Zugang zu einer entsprechenden Behandlung. Auch die geringeren Fallzahlen führen zu einem verminderten Angebot, vor allem bei gruppenbasierten Interventionen. Evidenzbasierte digitale Gesundheitsmaßnahmen können daher für Post-COVID-Betroffene hilfreich sein, da sie das Potenzial haben, den Zugang zur Versorgung zu verbessern, sie kosteneffizient sind, eine niedrige Schwelle haben und auch für größere Patientengruppen skalierbar sind. Ungeachtet der Vorteile einer digitalen Intervention, ist die Wirksamkeit entsprechender Maßnahmen bisher noch unklar. Im Rahmen dieser Arbeit soll die Evidenz zur Wirksamkeit digitaler Angebote bei Post-COVID-Betroffenen mittels eines systematischen Reviews geprüft und anhand der Ergebnisse eine bedarfsorientierte digitale Intervention konzipiert werden.

Methoden

Diese Übersichtsarbeit wurde entsprechend der PRISMA-Empfehlungen erstellt. Die Literatursuche fand zwischen August und September 2024 statt. Um relevante Studien zu identifizieren, wurden Suchkombinationen wie „Post-Covid AND Telerehabilitation“ verwendet. Für die Suche wurde die Datenbank PubMed genutzt. Zudem wurden die Literaturverzeichnisse relevanter Studien und bereits bestehender Reviews gesichtet.

In die Untersuchung eingeschlossen wurden Originalstudien in deutscher oder englischer Sprache, die eine Population mit mindestens drei Monaten Symptomdauer nach einer SARS-CoV-2-Infektion umfassten. Die Intervention sollte in Form eines digitalen Angebots stattfinden. Berücksichtigt wurden randomisierte kontrollierte Studien, kontrollierte Studien und einarmige Studien.

Ergebnisse

Nach Entfernen von Duplikaten ergab die Suche 403 Treffer. 353 Artikel konnten nach Sichtung der Abstracts ausgeschlossen werden, sodass 50 Volltexte auf Eignung geprüft wurden. Letztlich wurden 16 Studien in die qualitative Zusammenfassung aufgenommen. In 11 Studien wurde die Intervention ausschließlich über Videokonferenzen mit Therapeut*innen durchgeführt, in vier Studien erhielten die Proband*innen eine digitale Gesundheitsanwendung ohne Therapeutenkontakt. Eine Studie kombinierte beides. Der Inhalt der Interventionen umfasste vor allem aktive Therapieansätze wie Atem- und Bewegungstherapie, wobei in sieben Studien auch edukative Inhalte zu Schlaf, Ernährung und Selbstwirksamkeit behandelt wurden. Der Umfang der Interventionen variierte zwischen 3-6 Einheiten à 40-60 Minuten pro Woche, mit einer durchschnittlichen Dauer von 8,75 Wochen. In 15 der Studien konnten signifikante Verbesserungen in verschiedenen Dimensionen von T1 zu T2 nachgewiesen werden.

Diskussion und Fazit

Insgesamt zeigt sich, dass Post-COVID-Betroffene auch von digitalen Therapiemaßnahmen profitieren können. Die bisherigen Ergebnisse stehen dabei in Abhängigkeit zu der Symptomdauer sowie dem Anteil hospitalisierter Proband*innen. Obgleich die digitale Gesundheitsanwendung für das Krankheitsbild der Fatigue aufgrund der individuellen Durchführbarkeit als sehr geeignet angesehen werden kann, stellt die Adhärenz der Betroffenen ein Problem dar. So zeigten sich in den Studien mit digitalen Gesundheitsanwendungen ohne Therapeutenkontakt sehr geringe Effekte, die zumeist auf die nur geringe Nutzungszeit der Betroffenen zurückzuführen sind.

In Anbetracht der veröffentlichen Therapieleitlinien sowie den bisher durchgeführten Kohortenstudien, erscheint es sinnvoll eine Kombination aus digitaler 1:1-Betreuung sowie einer ergänzenden digitalen Gesundheitsanwendung mit sowohl edukativen als auch aktiven Inhalten anzubieten. Hierdurch lassen sich die ressourcenorientierten Vorteile einer digitalen Anwendung sowie die qualitativen Vorteile einer therapeutischen Betreuung vereinbaren, die den Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung für die heterogene Patientengruppe deutlich verbessert.

Take-Home-Message

Insbesondere im Hinblick auf die chronische Fatigue als zentrales Symptom der Post-COVID-Symptomatik ist eine Versorgung im Rahmen der Telerehabilitation nicht nur wirksam, sondern auch sinnvoll. Sie kann dazu beitragen, den Zugang zu einer flächendeckenden, adäquaten Versorgung für Betroffene zu verbessern.

Literatur

Goldschmidt, S., Bauer, N., Hacker, V. (2021): Telerehabilitation – Einsatzmöglichkeiten, Entwicklung & Wirksamkeit. Sportphysio, 9. 75-81.

NICE (2021): Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. NICE guideline (Oktober 2021). URL: www.nice.org.uk/guidance/ng206; Abruf: 07.11.2024.

Samper-Pardo, M., León Herrera, S., Oliván-Blázquez, B. Méndez-López, F., Domínguez-García, M., Sánchez-Recio, R. (2023): Effectiveness of a telerehabilitation intervention using ReCOVery APP of long COVID patients: a randomized, 3-month follow-up clinical trial. Scientific Reports, 13. 7943.

Universelle Benefits tablet-gestützter Interventionen bei kognitiven und sprachlichen Beeinträchtigungen in der Neurorehabilitation

Theresa Bloder; Mario Zusag; Laurin Wagner; Philipp Schöllauf

nyra health GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Eine erfolgreiche Neurorehabilitation nach einer Hirnverletzung erfordert ein hohes Maß an Individualität. Die Therapieinhalte müssen an die individuellen Symptome und den jeweiligen

Schweregrad der Störung angepasst werden (Jokinen et al., 2015). Es gibt zahlreiche Belege für positive Auswirkungen tablet-gestützter Interventionen (Godlove et al., 2019; Choi et al., 2016), die darauf hindeuten, dass moderne Technologien erfolgreich eine systematische, auf die individuellen Bedürfnisse jedes Patienten zugeschnittene Therapie ermöglichen. Obwohl der Schweregrad der Aphasie als negativer prognostischer Indikator für erfolgreiche Rehabilitationsergebnisse gilt (Pedersen et al., 2004), hat Kiran (2016) gezeigt, dass Personen mit einer schwereren Aphasie tatsächlich ein größeres Potenzial für eine Verbesserung haben, sofern sie eine angemessene Behandlung erhalten. Unerforscht bleibt, wie sich die Nutzung digitaler Therapieinhalte bei Patient:innen mit erworbener Hirnschädigung in Abhängigkeit vom Schweregrad ihrer Beeinträchtigung verändert und wie sich dies auf ihre Fortschritte auswirkt.

In der vorliegenden Studie wurde der „reale“ Verlauf einer unsupervidierten tablet-basierten Therapie mit der neuen, für den deutschsprachigen Kontext entwickelten Smart-Tablet-App myReha dokumentiert. Dabei wurden die Therapieintensität und der Leistungsfortschritt über einen Zeitraum von 8 Wochen gemessen und in Relation zum Schweregrad der Beeinträchtigung bewertet.

Methoden

137 Patient:innen mit erworbener Hirnschädigung nahmen an der Studie teil. Über einen Zeitraum von acht Wochen nutzten die Teilnehmer:innen die myReha-App, die ein Therapieschema bereitstellt, das sich dynamisch und automatisch an die Fähigkeiten und Fortschritte der Patient:innen. Individualisierte, auf künstlicher Intelligenz basierende Rückmeldungen unterstützen die Patient:innen bei der Durchführung der Übungen.

Ergebnisse

Insgesamt benötigen Patient:innen mit schwereren Beeinträchtigungen tendenziell mehr Zeit, um ihre Schwierigkeiten zu überwinden, als Teilnehmer:innen mit geringgradigen Beeinträchtigungen. Sie benötigen auch mehr Zeit, um eine Aufgabe abzuschließen, als Patient:innen mit mittelschweren und leichten Beeinträchtigungen (0,24 gegenüber 0,12 Minuten). Dennoch erledigten sie im Verlauf von 8 Wochen eine größere Anzahl von Aufgaben pro Woche als Patient:innen mit mittelschwerer und leichter Beeinträchtigung (318 vs. 228 Aufgaben/Woche). Nach 8 Wochen zeigten die verschiedenen Schweregradgruppen signifikant unterschiedliche Verbesserungen; $F(1,100) = 12,720$, $p < .001$). Generell wurden jedoch in allen Gruppen signifikante Fortschritte beobachtet; $F(1,100) = 17,012$, $p < .001$).

Diskussion und Fazit

Der Einsatz von intelligenten tablet-basierten Interventionen ermöglicht es Patient:innen, die Intensität ihres Therapieregimes zu kontrollieren und an ihre persönlichen Bedürfnisse anzupassen, wodurch sie ihr Rehabilitationspotenzial maximieren können. Der Einsatz digitaler tablet-basierter Interventionsmethoden, insbesondere der myReha-App, ist somit eine effiziente Option für eine effektive, langfristige und intensive Fortsetzung/Wartung der individuellen Neurorehabilitation über alle Schweregrade hinweg.

Take-Home-Message

Die tablet-basierte, KI-gestützte myReha-App ermöglicht eine flexible und intensive Neurorehabilitation für Patient:innen mit Hirnschädigung, unabhängig vom Schweregrad ihrer

Beeinträchtigung. Durch die individuelle Anpassung der Therapie an die Bedürfnisse der Nutzer:innen können auch schwer betroffene Patient:innen signifikante Fortschritte erzielen und ihr Rehabilitationspotenzial voll ausschöpfen.

Literatur

Choi, Y. H., Park, H. K., Paik, N. J. (2016). A Telerehabilitation Approach for Chronic Aphasia Following Stroke. Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association, 22(5), 434–440.

Godlove, J., Anantha, V., Advani, M., Des Roches, C., Kiran, S. (2019). Comparison of Therapy Practice at Home and in the Clinic: A Retrospective Analysis of the Constant Therapy Platform Data Set. Frontiers in Neurology, 10, 140.

Jokinen, H., Melkas, S., Ylikoski, R., Pohjasvaara, T., Kaste, M., Erkinjuntti, T., Hietanen, M. (2015). Post stroke cognitive impairment is common even after successful clinical recovery. European Journal of Neurology, 22(9), 1288–1294.

Kiran, S. (2016). How Does Severity of Aphasia Influence Individual Responsiveness to Rehabilitation? Using Big Data to Understand Theories of Aphasia Rehabilitation. Seminars in speech and language, 37(1), 48–60.

Pedersen, P. M., Vinter, K., Olsen, T. S. (2004). Aphasia after stroke: type, severity and prognosis. The Copenhagen aphasia study. Cerebrovascular diseases (Basel, Switzerland), 17(1), 35–43.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen geben eine finanzielle Verbindung zur myReha App an.

User Experience (UX) einer Smartphone-App zur Unterstützung einer Gesundheitsverhaltensänderung nach der stationären berufsdermatologischen Rehabilitation

Nele Ristow[1]; Annika Wilke[1]; Marc Rocholl[1]; Christoph Skudlik[1]; Swen Malte John[1]; Michaela Ludewig[2]

[1] Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, [2] Hochschule für Gesundheit, Bochum

Hintergrund und Zielstellung

Berufsbedingte Hauterkrankungen zählen zu den häufigsten berufsbedingten Erkrankungen in Deutschland (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, 2024). Bei der Behandlung von beruflichen Hauterkrankungen ist die langfristige Umsetzung von Hautschutzmaßnahmen wichtig, wobei die Änderung von Gesundheitsverhalten ein hohes Maß an Selbstmanagement der Betroffenen erfordert. Hierzu etablieren sich im Gesundheitswesen zunehmend Smartphone-Apps, z. B. zur Prävention und Unterstützung der Behandlung chronischer Krankheiten. Die MiA-App (Mein Hautschutz im Alltag) soll in Kombination mit einem individuellen Zielgespräch beruflich Hauterkrankte nach Teilnahme an einer dreiwöchigen, stationären berufsdermatologischen Rehabilitation in ihrem Selbstmanagement und bei der Umsetzung eines adäquaten Hautschutzverhaltens im beruflichen und privaten Alltag unterstützen. Die App umfasst sowohl informative Funktionen in Form von Texten, Videos

und Podcasts, als auch interaktive Funktionen (z. B. Tracking des Hautschutzverhaltens oder Fotodokumentation des Hautzustandes).

Für eine langfristige App-Nutzung ist die User Experience (UX) ein wichtiger Prädiktor. Die UX ist ein übergeordnetes Konstrukt und umfasst die emotionalen, kognitiven und physischen Erfahrungen, die Nutzer*innen in der Interaktion mit einer Software sammeln. In diesem Beitrag werden Ergebnisse aus einer Pilotstudie zur UX im Umgang mit der MiA-App vorgestellt (Ristow et al., 2024).

Methoden

Über einen Zeitraum von 10 Wochen wurden Teilnehmende einer stationären berufsdermatologischen Rehabilitation am iDerm Osnabrück rekrutiert. Während des stationären Aufenthalts nahmen die Teilnehmenden an einem individuellen Zielgespräch teil (Ludewig et al., 2023) und wurden bei der Inbetriebnahme der MiA-App begleitet. Nach der Entlassung erfolgte eine Nutzungsphase der MiA-App über 12 Wochen. Via App wurde ein Fragebogen freigeschaltet, der aus 20 Items besteht und die UX-Dimensionen Gefühle und Emotionen, Usability, Ästhetik, Inhalt und Vertrauen auf einer fünfstufigen Likert-Skala erhebt, wobei ein höherer Wert mit zunehmender Zustimmung verbunden ist.

Ergebnisse

Im Rekrutierungszeitraum konnten 42 von 79 (53 %) Personen in die Studie eingeschlossen werden (57 % männlich, 43 % weiblich; Alter (M)=49,5 Jahre, SD=13,1 Jahre). Alle 42 Teilnehmende nahmen an dem individuellen Zielgespräch teil und erhielten einen Zugang zur MiA-App. Zum Erhebungszeitpunkt nach 12 Wochen lag die Rücklaufquote für den Fragebogen bei 57 % (n=24).

Die Ergebnisse zeigen insgesamt hohe, d. h. positive Bewertungen auf den Stufen 4 und 5 in fast allen fünf UX-Dimensionen. Der Umfang der Interaktivität und Unterhaltsamkeit in der Dimension „Gefühle und Emotionen“ sowie die Usability werden im Vergleich zu den anderen Konstrukten niedriger bewertet.

Diskussion und Fazit

Die Studie zeigt generell hohe bis sehr hohe positive Bewertungen für fast allen Dimensionen, mit Ausnahme der Dimension „Gefühle und Emotionen“. Gamifizierte Apps könnten die Interaktion erhöhen, jedoch unterscheidet sich der Nutzen zwischen den Geschlechtern und nimmt mit dem Alter ab. Dies erschwert die Umsetzung gamifizierter Elemente in dieser heterogenen Studienpopulation. Dennoch könnte die App um weitere interaktive Funktionen erweitert werden, die es den Nutzer*innen zum Beispiel erlauben, die Schwere des Handekzems in der Fotodokumentation mittels künstlicher Intelligenz zu analysieren.

Die Ergebnisse zeigen auch einzelne Ausreißerwerte in Bezug auf die Usability. Aufgrund der kleinen Studienkohorte konnten keine Unterschiede zwischen der UX und soziodemografischen Merkmalen untersucht werden. Der Studienlage kann jedoch entnommen werden, dass die Nutzung der App neben App-spezifischen Faktoren auch von der digitalen Gesundheitskompetenz abhängen kann und durch persönliche Faktoren, wie z. B. Alter, Geschlecht, Bildungsstand und sozioökonomischer Status, beeinflusst werden kann. Zukünftig sollten die digitale Gesundheitskompetenz sowie der Einfluss auf die Nutzung der MiA-App weiter untersucht werden.

Als Limitation ist der geringe Rücklauf zu nennen, der keine endgültigen Aussagen über die UX von 18 Befragten zulässt.

Take-Home-Message

Die User Experience ist ein wichtiger Untersuchungsparameter in der Entwicklung von App-basierten Interventionen, um frühzeitig potentielle Barrieren in der Nutzung zu identifizieren.

Literatur

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2024): DGUV-Statistiken für die Praxis 2023. Aktuelle Zahlen und Zeitreihen aus der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. URL: https://publikationen.dguv.de/zahlen-fakten/ueberblick/4994/dguv-statistiken-fuer-die-praxis-2023 (Datum: 14.10.2024).

Ludewig, M., Wilke, A., Wilken-Fricke, L., Buse, A.-S., Bill, V., Skudlik, C., John, S.M., Ristow, N. (2023): Konzeption und Pilotierung individueller Zielgespräche zur Vorbereitung einer Veränderung von Gesundheitsverhalten in der berufsdermatologischen, stationären Rehabilitation. Dermatologie in Beruf und Umwelt 71 (3): 129.

Ristow, N., Wilke, A., Skudlik, C., John, S.M., Ludewig, M. (2024): User Experience (UX) of and adherence to a smartphone app to maintain behaviour change and self-management in patients with work-related skin diseases: Results of a multistep feasibility study. Under Review.

Förderung: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Vereinfachung des digitalen Reha-Antragsprozesses für Post-COVID-Betroffene: Verbesserung der Zugänglichkeit und Nutzerfreundlichkeit für postinfektiös Erkrankte (Pilotstudie)

Sarah Niedermeier[1]; Heike Saftenberger[1]; Dagmar Hindenburg[1]; Annegret Helle-Beyersdorf[1]; Madeleine Keßler[2]; Heiner Vogel[1]

[1] Universitätsklinikum Würzburg, [2] ZTM Bad Kissingen GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Postinfektiöse Erkrankungen wie das Post-COVID-Syndrom gehen häufig mit langanhaltenden Beeinträchtigungen der Alltagsbewältigung der Betroffenen einher. Insbesondere die Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung führen zu Einschränkungen der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit sowie der Lebensqualität der Erkrankten (vgl. Davis et al., 2021; Decker et al., 2023). Betroffene sehen sich häufig mit langen Wartezeiten auf Rehabilitationsplätze und Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme adäquater Unterstützung konfrontiert (vgl. Roder et al., 2024; Hammer et al., 2024). Der Zugang zu rehabilitativen Leistungen ist somit essenziell, wird jedoch durch komplexe Antragsverfahren erheblich erschwert.

Ziel der POSCOR-Pilotstudie ist es, durch eine App-basierte Intervention den Reha-Zugang für Post-COVID-Betroffene in Unterfranken zu erleichtern. Die digitale Unterstützung soll eine bedarfsgerechte und zeitnahe Rehabilitation ermöglichen und die Wartezeiten verkürzen.

Methoden

Im Rahmen der Pilotstudie wurden Studienteilnehmende während ihrer Wartezeit auf eine Rehabilitationsmaßnahme gezielt unterstützt, um ihr Symptommanagement zu verbessern, die Krankheitsakzeptanz zu fördern und ihre Lebensqualität zu steigern. In Zusammenarbeit mit der DRV Nord bietet die POSCOR-App eine benutzerfreundliche Möglichkeit zur Reha-Antragsstellung mit wenigen Klicks, bei der einige Daten bereits vorausgefüllt sind. Zusätzlich umfasst die App verschiedene Module, die gezielt auf die Bedürfnisse von Post-COVID-Betroffenen abgestimmt sind; dazu gehören Atemübungen, kognitive Trainings, Entspannungsübungen, Rezeptideen für eine ausgewogene Ernährung sowie sanfte Bewegungsprogramme.

In der Testphase (Juni-Juli 2024) wurde die App mit drei postinfektiös erkrankten Personen und einem interdisziplinären Projektteam aus zehn Fachkräften getestet. Die Evaluation der App erfolgte anhand standardisierter Feedbackbefragungen, die auf die Benutzerfreundlichkeit, die inhaltliche Relevanz und die technische Stabilität der Anwendung fokussiert waren. Die Auswertung zielte darauf ab, Erkenntnisse über die Akzeptanz und mögliche Optimierungspotenziale der App-basierten Intervention zu gewinnen.

Ergebnisse

Die App zeigte eine hohe technische Stabilität und wurde von den Betroffenen regelmäßig genutzt. Alle Teilnehmenden berichteten von einer spürbaren Erleichterung im Symptommanagement und einer verbesserten Krankheitsakzeptanz. Zudem erleichterte die App den Reha-Antragsprozess bei der DRV Nord und unterstützte die Krankheitsbewältigung durch praktische Tipps und Informationen. Es wurden jedoch vereinzelt technische Schwierigkeiten gemeldet, die insbesondere beim Laden größerer Datenmengen auftraten. Diese Herausforderungen konnten jedoch durch kleinere Anpassungen seitens des Projektteams schnell behoben werden. Zusammengefasst verdeutlichen die Ergebnisse, dass die POSCOR-App eine vielversprechende Unterstützung für Post-COVID-Betroffene bietet, um die Wartezeit auf die Reha sinnvoll zu überbrücken und den Zugang zur Reha zu erleichtern.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse (Hammer, Schmidt et al. 2024)unterstreichen das Potenzial einer digitalen Intervention für postinfektiös Erkrankte. Die positive Resonanz der Teilnehmenden auf die App zeigt, dass der digitale Zugang zur Rehabilitation eine wirksame Ergänzung zur traditionellen Versorgung sein kann. Durch die Vereinfachung des Zugangs zu Rehabilitationsleistungen und die Bereitstellung von alltagsnahen Hilfestellungen könnte die App die Versorgung erheblich verbessern. Weitere Studienphasen sind geplant, um die App für eine größere Zielgruppe zu optimieren und deren Wirksamkeit weiter zu überprüfen.

Take-Home-Message

Die digitale App erleichtert postinfektiös Erkrankten den Zugang zur Rehabilitation und bietet mit ihren umfangreichen Inhalten eine schnelle und bedarfsgerechte Unterstützung.

Literatur

Davis, H.E., Assaf, G.S., McCorkell, L., Wei, H., Low, R.J., Re'em, Y., Redfield, S., Austin, J.P., Akrami, A. (2021): Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. EClinicalMedicine, 0(0), 101019.

Decker, M., Fulda, C., Lange, M. (2023): Arbeiten mit Long COVID: Auswirkungen und Möglichkeiten der Arbeitsgestaltung. IW-Trends-Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung, 50(4). 97–116.

Hammer, S., Schmidt, J., Conrad, A., Nos, C., Gellert, C., Ellert, C., Nuding, U., Pochaba, I. (2024): „Der Reha-Gedanke muss bei dieser Erkrankung völlig neu gedacht werden“ – Qualitative Ergebnisse einer Online-Befragung zu Erfahrungen Betroffener mit stationärer Rehabilitation bei Long/Post-COVID. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 188. 14-25.

Roder, S., Mohacsi, L.M., Schmachtenberg, T. (2024): Erfahrungen von Menschen mit Long COVID bei ihrer ärztlichen Begleitung und im sozialen Umfeld. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 185. 27–34.

Förderung: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention

Was fördert die Nutzung digitaler Interventionen in der onkologischen Rehabilitation?

Heike Kähnert[1]; Birgit Leibbrand[2]

[1] Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney (IfR),
[2] Salzetalklinik der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

Hintergrund und Zielstellung

In den letzten Jahren haben digitale Angebote während und nach einer onkologischen Rehabilitation an Bedeutung gewonnen. Diese bieten die Möglichkeit, unabhängig von Zeit und Ort auf Informationen und Unterstützung zuzugreifen und Verhaltensänderungen zu fördern. Trotz positiver Bewertungen hinsichtlich Machbarkeit, Zufriedenheit und Usability zeigt sich jedoch eine geringe Bereitschaft der Rehabilitanden, digitale Angebote in Anspruch zu nehmen bzw. diese langfristig zu nutzen (Lin et al., 2018). Diese Sekundäranalyse untersucht, welche Online-Erfahrungen onkologische Rehabilitanden zu Beginn ihrer Reha mitbringen und welche Faktoren die Nutzung digitaler Angebote im onkologischen Rehabilitationssetting fördern.

Methoden

Die Analyse basiert auf Daten der Onko-Vital-Studie, die eine Website für die onkologische Reha-Nachsorge entwickelt und evaluiert hat (Kähnert, Leibbrand, 2023). Untersucht wurden quantitative Daten aus Fragebogenerhebungen zu Reha-Beginn (n=258) sowie qualitative Daten aus Gruppeninterviews (N=9; n=26) am Ende der Reha und Telefoninterviews (n=10), die zwei Monate nach Reha-Ende geführt wurden. Die Fragebögen erfassten den Medienzugang der Teilnehmenden und ihre Erfahrungen mit digitalen Angeboten. Die

Interviews analysierten Faktoren, die die Nutzung digitaler Angebote fördern. Die quantitativen Daten wurden deskriptiv und die qualitativen Daten inhaltsanalytisch angelehnt an Mayring (2015) ausgewertet.

Ergebnisse

Unter den Teilnehmenden (n=258) hatten 54,3% Brustkrebs, 12,8% einen gynäkologischen Tumor und 32,9% eine Leukämie- bzw. Lymphom-Erkrankung. Der Frauenanteil lag bei 82,6%, das Durchschnittalter bei 60,5±9,4 Jahren und der Anteil Erwerbstätige bei 55,4%.

Vor Beginn der Reha nutzten die Teilnehmenden einen Computer (90,7%) und/oder Smartphone bzw. Tablet (91%) und 50,8% bezeichneten sich als ‚sehr / eher' interneterfahren. Die Mehrheit nutzte E-Mails (90,3%), WhatsApp (92,6%) und Social Media Plattformen (38%). Während 64,3 % das Internet für Recherchen zu ihrer Erkrankung nutzten, nahmen nur wenige an einer Online-Beratung mit dem Arzt (n=6) oder Therapeuten (n=1) teil. Die Nutzung von Apps oder Websites zur Unterstützung eines gesunden Lebensstils war ebenfalls gering (Sport: 18,8%; Ernährung/Gewichtsreduktion: 10%; Entspannung: 13,4%; Unterstützung bei psychischen Problemen: 1,3%). Des Weiteren gaben 10% der Teilnehmenden an, Unterstützung durch Internet-Foren bzw. Chats erhalten zu haben.

Im Rahmen der Interviews konnte herausgearbeitet werden, dass der Stellenwert des Internets in den Therapien und im Klinikalltag gefördert werden muss, beispielsweise durch die Vermittlung qualitätsgesicherter Online-Angebote und Internetlinks für die Nachsorge. Auch geschulte, dem Internet gegenüber aufgeschlossene Mitarbeitende tragen maßgeblich zu einer Verbesserung der Nutzung digitaler Angebote bei. Eine funktionierende WLAN-Infrastruktur ergänzt durch die Bereitstellung von Medienräumen werden als notwendige Voraussetzungen gesehen. Ergänzend zu den (Freizeit-)Angeboten sollten Veranstaltungen sowie zielgruppenspezifisch angepasste Schulungen zum Internet / zur Onlinenutzung angeboten werden, um Wissen und Kompetenzen der Patienten aber auch der Mitarbeitenden zu fördern. Als ergänzende Alternative sollten die Reha-Vorträge in digitaler Form zur Verfügung gestellt werden, um diese zeitlich flexibel zu nutzen bzw. die Inhalte nachzuarbeiten. Die Einführung eines Chats oder einer Videosprechstunde für Fragen wird als nützlich erachtet, wobei der face-to-face-Kontakt zu den Therapeuten priorisiert wird. Für die langfristige Nutzung einer klinikinternen Nachsorge-App / Website ist entscheidend, dass die Inhalte an den Bedürfnissen der Zielgruppe angepasst, die Informationen seriös und weiterführende Links qualitätsgesichert sind. Die Inhalte sollten regelmäßig aktualisiert bzw. neue Inhalte eingestellt werden. Zudem muss die Bedienbarkeit leicht und überschaubar sowie die Kommunikation mit einem eCoach gewährleistet sein. Vor allem müssen die Teilnehmenden langfristig einen Nutzen durch den Gebrauch der App/Website erfahren.

Diskussion und Fazit

Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die Mehrheit onkologischer Patienten digitale Angebote für Kommunikation und Informationsbeschaffung zu ihrer Erkrankung genutzt hat. Digitale Gesundheitsleistungen in Form von Apps/ Website oder Online-Beratungen wurden von einer Minderheit der Teilnehmenden in Anspruch genommen. Faktoren wie ein internetaffines Rehabilitationsklima, die Anpassung der Inhalte an die Bedürfnisse der Teilnehmenden, qualitativ hochwertige Informationen und Schulungen zur Nutzung der digitalen Angebote bzw. des Internets tragen zur positiven Wahrnehmung bei.

Die Einbeziehung der Nutzenden in die Entwicklung digitaler Interventionen ermöglicht zudem eine flexible Integration in die Behandlung und den Alltag der Patienten.

Take-Home-Message

Die Einführung digitaler Angebote im Reha-Setting kann durch ein internetaffines Rehabilitationsklima, zielgruppenspezifische Schulungen und bedürfnisorientierte Interventionen langfristig gefördert werden.

Literatur

Kähnert, H., Leibbrand, B. (2023). Bewertung der Reha-Nachsorge Website Onko-Vital aus Sicht der RehabilitandInnen. DRV-Schriften Bd. 128: 337-339.

Lin, J., Faust, B., Ebert, D.D., Krämer, L., Baumeister, H. (2018). A Web-Based Acceptance-Facilitating Intervention for Identifying Patients' Acceptance, Uptake, and Adherence of Internet- and Mobile-Based Pain Interventions. J Med Internet Res. Vol. 20, Iss. 8, e244.

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12. Aufl.). Weinheim, Beltz.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Welche personenspezifischen Merkmale beeinflussen die Entscheidung für die Durchführung einer digitalen Reha-Nachsorge?

Sebastian Knapp; Jessica Huss; Frank Merten

GOREHA GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Ein festgestellter Nachsorgebedarf nach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kann aus persönlichen bzw. beruflichen Gründen sowie bei berechtigten Wünschen auch in digitaler Form durchgeführt werden (Deutsche Rentenversicherung, 2023). Digitale Reha-Nachsorgeformen bieten Vorteile für bestimmte Rehabilitandengruppen. Unterschiedliche soziale, gesundheitliche, berufliche und organisatorische Anforderungen der Patienten sowie ihre individuelle Lebenssituation haben einen Einfluss auf die Wahl der richtigen Nachsorgeform. Eine personalisierte Empfehlung der Nachsorgeform ist ein mögliches Erfolgskriterium für die erfolgreiche Umsetzung einer medizinischen Leistung zur Nachsorge. Es wurde untersucht, welche personenbezogene Merkmale mit den Beweggründen für die Durchführung einer digitalen Nachsorge assoziiert sind.

Methoden

Datengrundlage der Auswertung bildete der zum Ende der digitalen Reha-Nachsorge erhobene Online-Nachsorge-Survey der Deutschen Rentenversicherung (N=6.421; April 2020 bis Dezember 2023). Die Fragebogenbatterie beinhaltet u. a. personenbezogene Merkmale sowie Angaben zum Therapieerfolg und zur Behandlungszufriedenheit. Neben deskriptiven Analysen wurden Chi2-Test für kategoriale Daten durchgeführt.

Ergebnisse

Die Patienten waren zu 59,7 % zwischen “46-59 Jahren” alt, zu 63,7 % weiblich und zu 60,1 % ganztags berufstätig. Bei 76,1 % war die Diagnose der Patienten orthopädisch.

Getrennt nach Geschlecht zeigte sich, dass für Männer häufiger der Beruf und die Möglichkeit der Einzeltherapie ausschlaggebend die Wahl einer digitalen Nachsorge waren, hingegen Frauen häufiger die Familie und fehlende wohnortnahe Angebote angaben.

Patienten mit Migrationshintergrund nannten häufiger den Beruf und die Familie als Grund für die digitale Nachsorge. Patienten ohne Migrationshintergrund verwiesen öfter auf die fehlenden wohnortnahen Angebote.

Jüngere Patienten (< 46 Jahre) gaben häufiger berufliche und familiäre Gründe an. Dafür begründeten ältere Patienten (> = 46 Jahre) vermehrt mit der Möglichkeit der Einzeltherapie, den geringeren zeitlich/organisatorischen Aufwand sowie der fehlenden Wohnortnähe von Präsenzangeboten.

Ganztags Erwerbstätige nannten häufiger den Beruf als Grund für die digitale Nachsorge, hingegen Patienten, die halbtags oder weniger erwerbstätig waren, eher die Familie und fehlende wohnortnahe Angebote nannten.

Diskussion und Fazit

Die Begründung für die digitale Durchführung einer Reha-Nachsorge ist mit personenbezogenen Merkmalen, wie z.B. Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund oder Erwerbssituation assoziiert. Die Ergebnisse spiegeln mögliche soziale, kulturelle sowie organisatorische Verantwortungen und Aufgaben der Patienten wider. Berufliche Gründe werden häufiger von Männern angeführt, da diese öfter in Vollzeit eingebunden sein könnten. Frauen und Patienten mit Migrationshintergrund nennen häufiger die Familie als Begründung, da sie ggf. größere familiäre Verantwortung tragen.

Auch jüngere Patienten nennen häufiger den Beruf und Familie als Grund, da sie womöglich in einer Lebensphase stehen, in der Karriere und die Einbindung in eine junge Familie im Vordergrund stehen könnten. Der Wunsch nach Einzeltherapie älterer Patienten könnte mit individueller Betreuung von Komorbiditäten zusammenhängen.

Vollzeiterwerbstätige sehen sich womöglich verdichteter Arbeitszeit und Anwesenheit am Arbeitsplatz ausgesetzt und begründen die digitale Nachsorge daher mit dem Beruf. Patienten in Teilzeit haben meist höhere familiäre Verpflichtungen und geben daher die Familie als Begründung an.

Take-Home-Message

Im Rahmen der Nachsorgeberatung während der medizinischen Rehabilitation sollten personenspezifische Merkmale und individuelle Lebenssituationen berücksichtigt werden, um den Patienten ein passende Nachsorgeform zu empfehlen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2023): Digitale Reha-Nachsorge. Anlage 3 zum Rahmenkonzept „Reha-Nachsorge“. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Interessenkonflikt: Die Autoren sind Mitarbeiter der GOREHA GmbH.

Welche Reha passt zu mir? Wichtigkeit und Verständlichkeit einer Website zu Behandlungskonzepten der medizinischen Rehabilitation.

Paula Rubertus; Roland Küffner; Heiner Vogel; Matthias Lukasczik

Universitätsklinikum Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitand*innen sind eine multifaktoriell belastete Zielgruppe. 38 % weisen besondere berufliche Problemlagen auf, 27 % psychische Komorbiditäten (Streibelt et al., 2013). In zahlreichen Einrichtungen wurden daher Konzepte der medizinisch-beruflich orientierten (MBOR) oder der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation (VOR) implementiert. Grundvoraussetzung für die Wirksamkeit der Konzepte ist die Passung: Die „richtigen Patient*innen“ benötigen die „richtige Rehabilitation“. Da durch das Wunsch- und Wahlrecht die Rolle der Versicherten bei der Einrichtungswahl gestärkt wird, besteht ein vermehrter Bedarf an zielgruppengerechten Informationen über Inhalte und Ziele verschiedener Rehabilitationsmaßnahmen. Diese sollten sich an Menschen mir Reha-Bedarf selbst, aber auch an Gesundheitsfachkräfte wie Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen als Ansprechpersonen und an Mitarbeitende in Rehabilitationseinrichtungen richten. Vor diesem Hintergrund wurde die Website reha-passt.de entwickelt, die sowohl Patient*innen als auch Gesundheitsfachkräfte zu MBOR, VOR und zur Auswahl der Rehabilitationseinrichtung informiert. In einer zweistufigen formativen Evaluation werden Verständlichkeit, Usability, Relevanz und Nutzen der Website zur informierten Entscheidungsfindung untersucht.

Methoden

In der hier vorgestellten ersten Evaluationsphase wurden semi-strukturierte Interviews mit 24 Rehabilitand*innen zur Bewertung der beta-Version der Website durchgeführt. Ausgangspunkt waren die Patient*innen-Inhalte (Startseite, Patientenbereich, MBOR, VOR, Welche Reha passt?). Die Interviews beinhalteten eine Explorationsphase, in der Gedanken und Eindrücke offen rückgemeldet wurden, sowie eine Ratingphase, in der Parameter zur Verständlichkeit (Hamburger Verständlichkeitsmodell; Langer et al., 2019), Wichtigkeit der Website-Inhalte und zur Nutzerfreundlichkeit (PWU-G; Thielsch, 2008) beurteilt wurden. Zusätzlich wurde die digitale Gesundheitskompetenz (eHEALS; Soellner et al., 2014) erhoben.

Ergebnisse

An den Interviews beteiligten sich insgesamt 13 MBOR- und 11 VOR-Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Indikationen Orthopädie (n = 4), Kardiologie (n = 2), Neurologie (n = 6), Gastroenterologie (n = 5), Psychosomatik (n = 5) und Dermatologie (n = 2). 9 Interviews wurden vor Ort, 15 online geführt. Der Großteil der Teilnehmenden war weiblich (n = 19), die mittlere Altersgruppe lag bei 50 - 59 Jahren. 11 Rehabilitand*innen nutzten das Internet mindestens wöchentlich, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren, die digitale Gesundheitskompetenz lag im Normbereich (M = 32,3 (SD = 5), Skalenbereich: 0–40). 12 Personen fühlten sich vor der Rehabilitation insgesamt „schlecht“ oder „sehr schlecht“ informiert, 20 gaben an, die Website-Inhalte „sehr wichtig“ zu finden und bewerteten sie

insgesamt als „sehr gut“ oder „gut“. Alle Inhalte erfüllten nach vereinfachter Beurteilung die Kriterien des Hamburger Verständlichkeitsmodells, wobei je nach Unterseite 18 (Patientenbereich) bis 22 (VOR) Teilnehmende die Inhalte als „einfach“ oder „sehr einfach“ verständlich einstuften. Die Website wurde insgesamt als nutzerfreundlich (M = 5,5 (SD = 1,5) bewertet (7-stufige Likert-Skala von 1 (“stimme gar nicht zu”) bis 7 (“stimme voll zu“)).

Diskussion und Fazit

Die Website reha-passt.de wurde von den befragten Rehabilitand*innen positiv bewertet. Viele Teilnehmende fühlten sich im Vorfeld der Rehabilitation unzureichend informiert. Sie gaben gleichzeitig an, Gesundheitsinformationen über das Internet zu recherchieren, sodass eine Website als Informationsmedium gut geeignet scheint. Die erste Evaluationsphase ergab wichtige Hinweise zur Verbesserung der Website, unter anderem richtet sich die Startseite nun verstärkt an Versicherte (statt gleichermaßen an Versicherte und Gesundheitsfachkräfte) und die Gliederung wurde stärker an die berichteten Informationsbedürfnisse angepasst.

Eine zweite Evaluationsphase in Form einer Online-Befragung von Nutzer*innen der Website (Versicherte und Gesundheitsfachkräfte) läuft derzeit.

Die positive Resonanz in Bezug auf Verständlichkeit und Nutzerfreundlichkeit spricht dafür, dass die Website die Gesundheitskompetenz von Versicherten stärken und ihre Entscheidungsprozesse unterstützen kann. Die laufende zweite Evaluationsphase wird weitere Daten zu Nutzerbedürfnissen und zur Optimierung der Website liefern.

Take-Home-Message

Viele Versicherte fühlen sich unzureichend über die medizinische Rehabilitation und über Reha-Konzepte informiert – erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Website „reha - passt.de“ gut geeignet ist, um diese Informationslücke zu schließen.

Literatur

Langer, I., Schulz von Thun, F., Tausch, R. (2015): Sich verständlich ausdrücken (10. Aufl.). München: Ernst-Reinhard Verlag.

Soellner, R., Huber, S., Reder, M. (2014): The concept of eHealth literacy and its measurement. Journal of Media Psychology, 26, 1, 29-38. https://doi.org/10.1027/1864-1105/a000104

Streibelt, M., Weiler, U., Brünger, M., Spyra, K. (2013): MBOR - Alternative oder Ergänzung zu Verhaltensorientierter Rehabilitation (VOR)? Ein repräsentativer Zielgruppenvergleich. DRV-Schriften, Bd 101. 248-250.

Thielsch, M. T. (2008): Ästhetik von Websites. Wahrnehmung von Ästhetik und deren Beziehung zu Inhalt, Usability und Persönlichkeitsmerkmalen. Münster: MV Wissenschaft.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Bedarfsanalyse für die Entwicklung eines Nachhaltigkeitskonzepts, dem „Balanced Life Kit (BLK)“

Bettina Thauerer[1]; David Felder[2]; Andreas Salzer[3]; Ulrike Ziermann[4]; Monika Mustak-Blagusz[2]; Bibiane Steinecker-Frohnwieser[1]

[1] Ludwig Boltzmann Institut für Arthritis und Rehabilitation, [2] Pensionsversicherung (PV), [3] Rehabilitationszentrum Saalfelden der Pensionsversicherung (PV), [4] Rehabilitationszentrum Gröbming der Pensionsversicherung (PV)

Hintergrund und Zielstellung

Multidisziplinäre stationäre Rehabilitation spielt eine zentrale Rolle bei der Behandlung chronischer Erkrankungen, nach Operationen sowie nach lebensverändernden Ereignissen. Sie zielt darauf ab, die physischen, funktionellen und psychischen Gesundheitsaspekte ganzheitlich zu verbessern. Damit der Nutzen dieser Maßnahmen auch langfristig nach dem Reha-Aufenthalt gewahrt werden kann, sollten die neuen Verhaltensweisen und erreichten Rehaerfolge in den Alltag übertragen und gefestigt werden. Dabei stehen Patient*innen oft vor großen Herausforderungen.

Der „Balanced Life Kit (BLK)“ könnte eine innovative Lösung und Unterstützung sein, um nachhaltige Ziele zu erreichen und langfristig beizubehalten. Dabei sollte dieses „nach-Reha“ Programm den Übergang durch konkrete und personalisierte Trainings- und Unterstützungsangebote erleichtern, die Nachhaltigkeit in verschiedene Lebensbereiche integrieren und praktische Lösungen für einen ausgewogenen Lebensstil bieten. Die Integration der Digitalisierung in das Konzept würde dabei zahlreiche Möglichkeiten bieten, um die Menschen besser zu vernetzen, individuelle Verhaltensweisen zu analysieren und konkrete, datengestützte Empfehlungen zu geben. Die Patient*innen sollten durch eine ganzheitliche Herangehensweisen motiviert werden, ein ausgewogenes und verantwortungsbewusstes Leben zu führen, das auf langfristige Gesundheit abzielt, die Lebensqualität positiv beeinflusst und die Möglichkeit aktiv am Arbeitsleben teilzunehmen stärkt.

Ziel dieser Bedarfsanalyse ist es, die Bedürfnisse und Prioritäten der Zielgruppen zu verstehen und Lücken zu identifizieren, die der BLK füllen könnte.

Methoden

In der ersten Stufe wurde multizentrisch (RZ Saalfelden, RZ Gröbming) eine anonyme Online-Befragung von in der Reha aktiven Fachleuten (Ärzt*innen, Therapeut*innen, Psycholog*innen) durchgeführt, um deren Einschätzungen bezüglich der wichtigsten Punkte für die Zeit nach dem Reha-Aufenthalt zu erfassen. Diese Befragung ließ Ergänzungen, Adaptierungen und eine Prioritätenreihung zu. Basierend auf diesen Daten wurde ein Fragebogen erstellt, der die drei Hauptthemen Zufriedenheit, Rehabilitation und Unterstützung „nach-Reha“ umreißt. Dabei wurde im letzten Punkt erhoben, wie sich die

Patient*innen so ein Angebot vorstellen können, in welchem Format und welcher Art es zur Verfügung stehen sollte und welche wichtigsten Punkte abgedeckt werden sollten. Es wurde zusätzlich erfasst, ob und welche Erfahrungen (Nutzungsverhalten, Benutzerfreundlichkeit, Motivation und Engagement) bereits mit digitalen Gesundheitsportalen gesammelt wurden. Dieser Fragebogen wurde in der zweiten Stufe für eine anonymisierte Befragung von Patient*innen, mit Fokus vorerst auf Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates, eingesetzt.

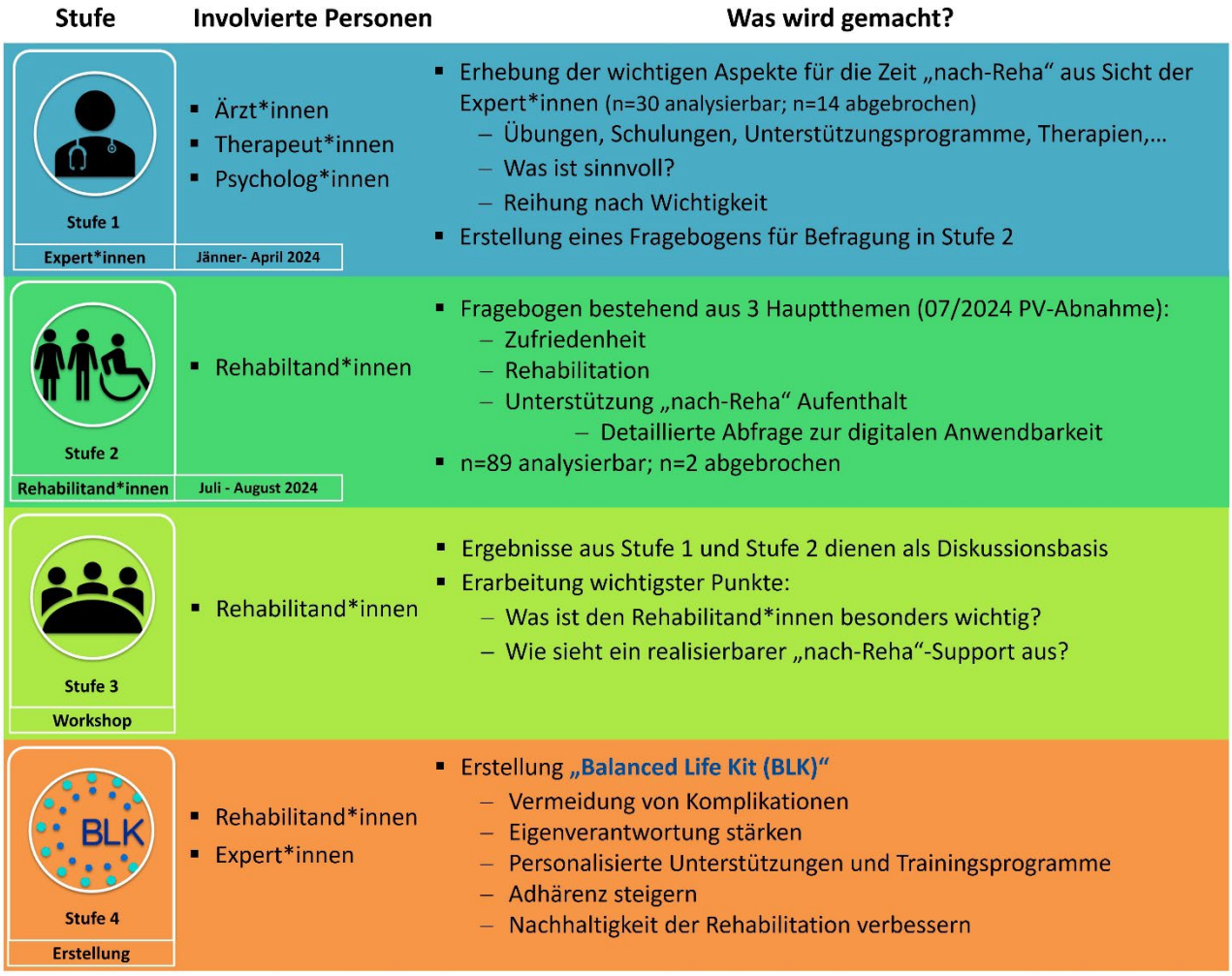


Abb. 1: Vorgehen

Ergebnisse

Für die befragten Fachleute (n=30) stellten bei der Auswertung der Prioritätenreihung die „Umsetzung des Erlernten“, gefolgt von „therapeutischer“ und „medizinischer Betreuung“ und „Symptomverbesserung“ die vier wichtigsten Punkte dar. Die Patient*innen (n=89) bewerteten die Verbesserung ihrer Symptome sowie das Erreichen der Rehaziele mit 8 von 10 Punkten auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 10 (sehr gut). Die Zufriedenheit mit dem Rehabilitationsangebot lag im oberen Bereich und nahezu alle Patient*innen waren der Meinung, das Erlernte umsetzen zu können. Dennoch erachteten die Befragten ein „nach- Reha“-Support als sehr wichtig. Ein personalisierter Trainingsplan sollte Text und Bilder kombinieren, um die jeweilige Übung (Art, Wiederholung, Frequenz) detailliert zu beschreiben. Die Analyse ergab, dass das Papierformat bei der Nutzung von

Gesundheitsinformationen bevorzugt wurde, gefolgt von der Nutzung verschiedener Gesundheitsportale und digitaler Angebote. Eine zusätzlich detailliertere Abfrage zu digitalen Anwendungen und deren Einsatzmöglichkeiten soll ein umfassendes Bild der aktuellen digitalen Nutzung, der Bereitschaft und Fähigkeit zur digitalen Transformation liefern.

Diskussion und Fazit

Dieses Projekt zeigt den Wunsch nach einer individuell zugeschnittenen und teilhabeorientierten Unterstützung für die Zeit „nach-Reha“. Die gewonnenen Erkenntnisse über die Bedürfnisse und Prioritäten sowie den Erfahrungen mit digitalen Gesundheitsportalen, die oft Tools zur Verwaltung von Gesundheit, Fitness und Wohlbefinden anbieten, könnten in die Entwicklung des „Balanced Life Kits (BLK)" einfließen.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass es einen klaren Bedarf an individualisiertem und leicht zugänglichem „nach-Reha“-Support gibt, der Patient*innen dabei unterstützt, das Erlernte langfristig in den Alltag zu integrieren, um Rehabilitationserfolge zu sichern, die Lebensqualität nachhaltig zu verbessern und die Teilhabe zu bewahren.

Literatur

-

Gesundheitsökonomische Evaluation der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in der Psychosomatik

Hannes Banaschak[1]; Miriam Markus[1]; Matthias Bethge[1], David Fauser[1]; Markus Bassler[2]; Andrea Budde[3]; Michaela Fleck[4]; Bernhard Koch[5]; Volker Köllner[6]; Frank Rosbiegal[7]

[1] Universität zu Lübeck, [2] Hochschule Nordhausen, [3] Klinik am Hainberg, [4] MEDICLIN Bliestal Kliniken, [5] Rehazentrum Oberharz, [6] Reha-Zentrum Seehof, Teltow, [7] Rehazentrum im Naturpark Aukrug

Hintergrund und Zielstellung

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) soll die Gesundheit und die berufliche Teilhabe von Personen mit besonderen beruflichen Problemlagen langfristig verbessern (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023). Die Wirksamkeit der MBOR bei psychischen Erkrankungen wurde kürzlich im Vergleich zur herkömmlichen psychosomatischen Rehabilitation (PR) in einer randomisierten kontrollierten Multicenterstudie untersucht. Die Ergebnisse zeigten keine Überlegenheit der MBOR im Vergleich zur PR in Bezug auf die berufliche Teilhabe zwölf Monate nach Rehabilitationsende. Vorteile zugunsten der MBOR waren jedoch auf dem Zielkriterium der körperlichen Rollenfunktion und bei interaktionellen Schwierigkeiten zu beobachten. Aufgrund dieser vergleichbaren Wirksamkeit sind bei Überlegungen zur strategischen Entwicklung der MBOR auch ökonomische Aspekte zu berücksichtigen. Das Ziel dieser Arbeit war daher, durch eine Kosten-Nutzwert-Analyse der MBOR weitere Informationen zur Entscheidungsfindung bereitzustellen.

Methoden

Es wurde eine Kosten-Nutzwert-Analyse aus gesellschaftlicher Perspektive auf Grundlage vollständiger Daten der Studie „Medizinisch-beruflich orientierte Re-habilitation bei psychischen Erkrankungen (MBOR-P)“ (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00023175) (Markus et al., 2021) durchgeführt. Der Nutzwert wurde anhand qualitätsadjustierter Lebensjahre (QALYs) mithilfe des SF-6D erfasst (Brazier et al., 2002). Als direkte Kosten wurden Kosten für die Interventionsbedingung, für Gesundheitsleistungen und für Medikamente berücksichtigt. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Medikamenteneinnahme wurden mit dem Fragebogen zur Erhebung von Gesundheitsleistungen im Alter erfasst (Seidl et al., 2014). Als indirekte Kosten wurde der durch Arbeitsunfähigkeitstage verursachte Produktionsverlust basierend auf dem Friktionskostenansatz berücksichtigt. Die Daten wurden für einen Zeitraum von zwölf Monaten erhoben.

Ergebnisse

Insgesamt wurden Daten von 985 Studienteilnehmenden in die Analysen eingeschlossen. Das Durchschnittsalter lag bei 51,4 Jahren. 62,3 % waren weiblich. Teilnehmende der MBOR hatten einen durchschnittlichen Zugewinn von 0,030 (95-%-KI: 0,025 bis 0,035) QALYs zwischen Rehabilitationsbeginn und 12-Monats-Nachbefragung. In der PR nahmen QALYs im Mittel um 0,024 (95-%-KI: 0,019 bis 0,029) Punkte zu. Der mittlere Unterschied zwischen MBOR und PR lag zwölf Monate nach Rehabilitationsende bei 0,006 Punkten (95- %- KI: - 0,001 bis 0,013). Die kalkulierten Gesamtkosten waren in der MBOR durchschnittlich 755,58 € (95-%-KI: -2.388,20 bis 877,04) geringer. Entsprechend ergab die Kosten-Nutzwert-Analyse eine Dominanz der MBOR.

Diskussion und Fazit

Beide Studienarme verbesserten sich in den QALYs zur 12-Monats-Nacherhebung. Zwar lagen die durchschnittlichen QALYs in der MBOR-Gruppe zur 12-Monats-Nacherhebung geringfügig höher, dieser Unterschied zwischen den Behandlungsarmen war jedoch statistisch nicht signifikant. Die Gesamtkosten fielen in der MBOR etwas geringer aus. Entsprechend deutet unsere Analyse darauf hin, dass die MBOR bei Patient*innen mit einer psychischen Erkrankung und einer besonderen beruflichen Problemlage auch aufgrund niedrigerer gesamtgesellschaftlicher Kosten eine nützliche Variante der herkömmlichen PR darstellt.

Take-Home-Message

Die MBOR stellt aus gesundheitsökonomischer Perspektive eine kosteneffektive Variante der psychosomatischen Rehabilitation dar.

Literatur

Brazier, J., Roberts, J., Deverill, M. (2002): The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. Journal of Health Economics 21. 271-92.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2023): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Berlin.

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. 225.

Seidl, H., Bowles, D., Bock, J.O., Brettschneider, C., Greiner, W., König, H.H., Holle, R. (2014): FIMA – Fragebogen zur Erhebung von Gesundheitsleistungen im Alter: Entwicklung und Pilotstudie. Das Gesundheitswesen 77. 46-52.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Lebensqualität und psychosoziale Belastung nach radikaler Zystektomie und Harnableitung - der Einfluss hochgradiger postoperativer Komplikationen

Guido Müller[1]; Mayumi Götte[2]; Marius Cristian Butea-Bocu[2]; Florian Roghmann[3]; Joachim Noldus[3]; Henning Bahlburg[3]

[1] Klinik Quellental, Urologisches Kompetenzzentrum für die Rehabilitation (UKR) der Kliniken Hartenstein GmbH

[2] Klinik Wildetal, Urologisches Kompetenzzentrum für die Rehabilitation (UKR) der Kliniken Hartenstein GmbH

[3] Marien Hospital Herne, Urologische Universitätsklinik, Ruhr-Universität Bochum

Hintergrund und Zielstellung

Nach einer radikalen Zystektomie aufgrund eines Harnblasenkarzinoms soll den Patienten gemäß der S3-Leitlinie die Durchführung einer Anschlussrehabilitation (AR) empfohlen werden (Deutsche Krebsgesellschaft et al., 2020). Zielsetzungen der AR sind u.a. die Verbesserung der Lebensqualität sowie die psychische Stabilisierung der Patienten. Es sollte nun untersucht werden, wie sich hochgradige Komplikationen (Clavien-Dindo-Klassifikation (CDC) ≥3) nach einer radikalen Zystektomie und Anlage einer Harnableitung auf die Lebensqualität und die psychosoziale Situation der Patienten auswirken.

Methoden

Die Studie stützt sich auf prospektiv erhobene Daten von Patienten, bei denen zwischen 04/2018 und 12/2019 eine stationäre AR nach einer radikalen Zystektomie und Harnableitung (Conduit bzw. Neoblase) erfolgte. Zu Beginn (T1) und am Ende (T2) der AR wurden die Lebensqualität (EORTC QLQ-C30) und die psychosoziale Belastung (QSC-R10) evaluiert. Postoperative Komplikationen wurden entsprechend der CDC stratifiziert. Es wurden multivariable lineare Regressionsanalysen durchgeführt, um Prädiktoren bezüglich der Lebensqualität und der psychosozialen Belastung zu ermitteln.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 842 Patienten (mittleres Alter 68 Jahre (Interquartilsbereich (IQR) 62 - 75) eingeschlossen. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen betrug etwa 4:1, und 53,1 % bzw. 46,9 % der Patienten erhielten ein Conduit bzw. eine Neoblase. Offene bzw. Roboter-gestützte Operationen wurden bei 89,0 % bzw. 11,0 % durchgeführt. Insgesamt traten bei

25,5 % der Patienten bis zum Beginn der AR (im Median 28 Tage nach der radikalen Zystektomie (Interquartilsabstand (IQR) 23-34) hochgradige Komplikationen auf - am häufigsten urogenitale Komplikationen (8,3 %) und Wundheilungsstörungen (12,5 %). Männer (27,4 % vs. 17,6 %; p=0,011) und Patienten mit einer Neoblase (28,9 % vs. 22,6 %; p=0,037) waren signifikant häufiger von einer hochgradigen Komplikation betroffen. Bei Patienten mit hochgradigen Komplikationen waren der selbst eingeschätzte globale Gesundheitszustand, die Rollenfunktion und die soziale Funktion signifikant niedriger, sowie die psychosoziale Belastung signifikant höher. Im Zuge der AR verbesserte sich bei diesen Patienten die gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikant (36,8 vs. 53,7, p < 0,001), bzw. reduzierte sich die psychosoziale Belastung signifikant von im Median 16 (IQR 9-25) auf im Median 11 (5-18,5); p < 0,001). Multivariable lineare Regressionsanalysen ergaben, dass durch hochgradige postoperative Komplikationen die Lebensqualität signifikant beeinträchtigt wird (Regressionskoeffizient r= -4,495, 95 % Konfidenzintervall (CI) -8,050 bis -0,939; p=0,013). Gleichzeitig erwiesen sich das Alter (r=-0,152, 95 % CI -0,243 bis -0,062; p=0,001), die Anlage einer Neoblase (r=-1,950, 95 % CI -3,584 bis -0,315; p=0,019) und hochgradige postoperative Komplikationen (r=2,098, 95 % CI 0,504 bis 3,691; p=0,01) als signifikante Prädiktoren hinsichtlich einer stärkeren psychosozialen Belastung. In unserem Modell zeigten hingegen das Geschlecht und das Tumorstadium keinen entsprechenden Zusammenhang.

Diskussion und Fazit

Die allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität und die psychosoziale Situation werden bei Patienten nach einer radikalen Zystektomie und Anlage einer Harnableitung durch das Auftreten hochgradiger postoperativer Komplikationen signifikant beeinflusst. Während der AR resultiert daraus ein erhöhter Betreuungsbedarf.

Take-Home-Message

Hochgradige postoperative Komplikationen beeinträchtigen die Lebensqualität und führen zu einer höheren psychosozialen Belastung. Im Zuge einer AR kommt es bei den betroffenen Patienten meist jedoch zu signifikanten Verbesserungen.

Literatur

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2020): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms, Langversion 2.0, 2020, AWMF-Registrierungsnummer 032/038OL, https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/harnblasenkarzinom/ (abgerufen am: 17.10.2024).

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2023): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen, Langversion 2.1, 2023, AWMF-Registernummer: 032-051OL https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/psychoonkologie/; Zugriff am 17.10.2024.

Förderung: Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung im Lande NRW

Psychokardiologische Rehabilitation – Ergebnisse einer sechsmonatigen Follow-up Studie

Martin Matzka[1]; Johann Mikl[2]; Reinhard Lenz[2]; Cathrin Köller-Janauschek[2]; Maria Neubauer[3]; Monika Mustak-Blagusz[1]

[1] Pensionsversicherung (PV), [2] Reha-Zentrum Felbring der Pensionsversicherung (PV), [3] DATA TECHNOLOGY Betriebsberatungs GmbH & Co KG

Hintergrund und Zielstellung

Kardiologische Rehabilitand*innen können eine ausgeprägte ängstliche und depressive Symptomatik aufweisen, die ihre Behandlung und Genesung beeinträchtigt (Rao et al., 2020) sowie auch Jahre nach der Rehabilitation fortbestehen kann (Meyer et al., 2019). Gleichzeitig sind in konventionellen kardiologischen Versorgungssettings, inklusive der Rehabilitation, nur begrenzte Ressourcen für psychosoziale Screenings, psychiatrische Diagnostik und psychologische bzw. psychotherapeutische Betreuung verfügbar. Aufgrund der komplexen Wechselwirkungen kardiologischer und psychischer Gesundheit wurden in Deutschland bereits erste psychokardiologische Rehabilitationsangebote für Rehabilitand*innen mit kardiologischen und psychiatrischen Erkrankungen geschaffen (Priegnitz et al., 2020).

Das erste stationäre psychokardiologische Rehabilitationsprogramm in Österreich wurde im Rehabilitationszentrum Felbring der österreichischen Pensionsversicherung (PV) entwickelt und von 2019 bis 2024 pilotiert. Das interdisziplinäre und teilhabeorientierte Programm setzt sich aus einem Grundmodul (4 Wochen) und einem Auffrischungsmodul (2 Wochen) zusammen, die im Abstand von einem bis sechs Monaten absolviert werden. Es vereint die zentralen Elemente kardiologischer Rehabilitation mit vertiefender psychologischer und psychiatrischer Diagnostik, Psychoedukation, psychosomatischen Visiten sowie wöchentlicher psychotherapeutischer Einzel- und Gruppentherapie. Zentrale Ziele des Programms sind es, die Rehabilitand*innen nachhaltig und ganzheitlich in ihrer individuellen Krankheitsverarbeitung und gesundheitsfördernden Lebensführung zu unterstützen, um psychische Belastung zu reduzieren und gesundheitsbezogene Lebensqualität zu fördern. Zur Beurteilung von diesbezüglich beobachtbaren Effekten wurde in der Pilotphase eine quantitative Ergebnisevaluation durchgeführt.

Methoden

Die Evaluation erfolgte mit einer prospektiven, monozentrischen, quantitativen Follow-up-Studie ohne Kontrollgruppe. Psychokardiologische Rehabilitand*innen im Reha-Zentrum Felbring wurden von Mai 2021 bis Oktober 2022 rekrutiert (Informed Consent). Bei der Aufnahme bzw. Entlassung des Grundmoduls (T0/T1) und erneuten Aufnahme für das Auffrischungsmodul (T2) erhobene Daten wurden aus dem digitalen Krankenakt-System der PV und psychologischen Testsystemen entnommen. Die postalische Follow-up-Befragung (T3) erfolgte 6 Monate nach der Entlassung aus dem Auffrischungsmodul.

Die primären Evaluationsparameter waren Veränderungen der herzbezogenen Ängste (Herzangstfragebogen), psychischen Belastung (SCL-90-S: Global Severity Index) und physischen/psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-12). Dabei wurde auch der Einfluss der bei der Aufnahme (T0) als therapierelevanter Einflussfaktor erhobenen

sozialen Integration (SAS-SR) geprüft. Deskriptive Statistiken und multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung (repeated measures MANOVA) inklusive Effektstärken (partielles Eta-Quadrat, η^2) wurden mit IBM SPSS Statistics, Version 28.0 (Armonk, NY, USA), berechnet.

Ergebnisse

Im Studienzeitraum konnten 90 Rehabilitand*innen (Ø-Alter: 53,6 ± 6,7 Jahre; ♂ = 65,6 %) das Reha-Verfahren vollständig absolvieren und an der Nachbefragung teilnehmen. Häufigste Aufnahmediagnosen nach ICD-10 waren ischämische Herzkrankheiten (I21-I25; 63,3 %) und sonstige Formen der Herzkrankheiten (I35-I51; 27,8 %). Die psychiatrischen Diagnosen waren den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F45; 53,3 %) und affektiven Störungen (F31-F33; 43,3 %) zuzuordnen. Drei Rehabilitand*innen wiesen Diagnosen aus beiden Formenkreisen auf.

Sechs Monate nach der Rehabilitation konnten gegenüber den Aufnahmewerten signifikante Reduktionen der herzbezogenen Ängste ($\eta p2$ = .144) und globalen psychischen Belastung ($\eta p2$ = .057) sowie eine Steigerung der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität ($\eta p2$ = .137) festgestellt werden (Abb. 1/2). Generell nehmen die ermittelten Effektstärken erwartungsgemäß über die Messzeitpunkte hinweg ab. Die physische gesundheitsbezogene Lebensqualität blieb über die Zeit annähernd konstant und war die Einzige der vier Zielvariablen, für die das Ausmaß der sozialen Integration keinen signifikanten prognostischen Faktor darstellte.

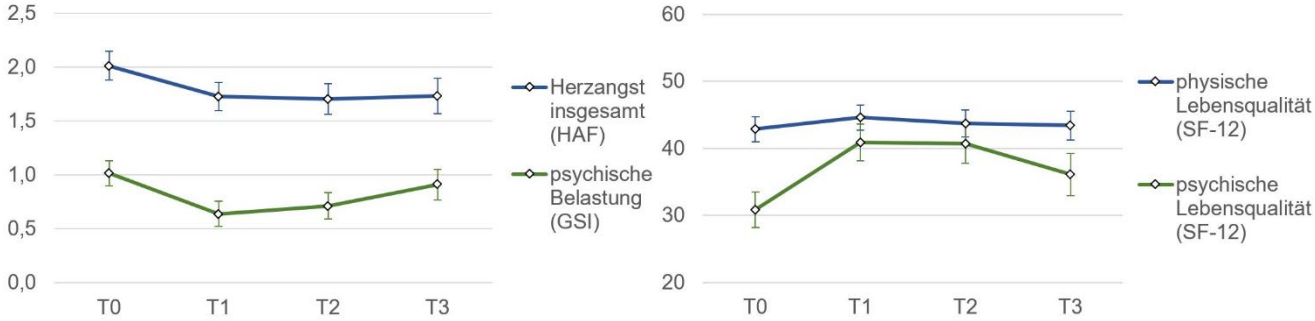


Abb. 1/2: Verlauf von Herzangst, psychischer Belastung und Lebensqualität (Mittelwertprofile mit 95% Schwankungsbereich)

Diskussion und Fazit

Unter Berücksichtigung der methodischen Limitationen der Studie sind ihre Ergebnisse als Indizien für längerfristige psychische Symptomreduktionen und Steigerungen der Lebensqualität nach der psychokardiologischen Rehabilitation zu werten. Eine frühzeitige und zielgerichtete Zuweisung zu psychokardiologischer Rehabilitation sowie bedarfs- und lebensweltorientierte Nachsorgeangebote erscheinen essenziell, um optimale therapeutische Ergebnisse für die Rehabilitand*innen zu erzielen und langfristig zu erhalten.

Take-Home-Message

Psychokardiologische Rehabilitationsprogramme sind wichtige integrative Angebote für Rehabilitand*innen, die aufgrund kardiologischer und psychiatrischer Erkrankungen einen komplexen Rehabilitationsbedarf aufweisen, dem in der konventionellen kardiologischen Rehabilitation nur schwer entsprochen werden kann.

Literatur

Meyer, M. L., Lin, F. C., Jaensch, A., Mons, U., Hahmann, H., Koenig, W., Brenner, H., Rothenbacher, D. (2019): Multi-state models of transitions in depression and anxiety symptom severity and cardiovascular events in patients with coronary heart disease. PloS one, 14(3), e0213334.

Priegnitz, J., Langheim, E., Rademacher, W., Schmitz, C., Köllner, V. (2020): Effektivität von psychokardiologischer Versorgung in der stationären Rehabilitation–ein Pilotprojekt. PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 70(05), 190-196.

Rao, A., Zecchin, R., Newton, P. J., Phillips, J. L., DiGiacomo, M., Denniss, A. R., Hickman, L. D. (2020): The prevalence and impact of depression and anxiety in cardiac rehabilitation: A longitudinal cohort study. European Journal of Preventive Cardiology, 27(5), 478-489.

Veränderungen in subjektiven und objektiven Parametern während einer dreiwöchigen gastrointestinalen Rehabilitation bei CED

Christoph Mauel[1]; Marina Kuzdas-Sallaberger[2]; Doreen Stöhr[2]; Benedikt Steininger[2], Monika Mustak-Blagusz[2]

[1] Reha-Zentrum Bad Aussee der Pensionsversicherung (PV), [2] Pensionsversicherung (PV)

Hintergrund und Zielstellung

Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen (CED), von welchen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa die häufigsten Vertreter sind, stellen sowohl für Patient*innen als auch für die Gesellschaft eine erhebliche Belastung dar. Rehabilitationsprogramme werden zunehmend als ergänzende Behandlung zu primären Interventionen in Betracht gezogen. Empirische Evidenz für die Wirksamkeit dieses Ansatzes ist jedoch bisher noch spärlich. Das Ziel der vorliegenden Studie war es somit, Veränderungen subjektiver patient-reported outcomes – und eines objektiven Biomarkers während einer dreiwöchigen stationären gastrointestinalen Rehabilitation zu untersuchen.

Methoden

Es wurde eine longitudinale, prospektive Beobachtungsstudie mit einem Pre-/Posttest-Design durchgeführt. Die Patient*innen füllten Fragebögen zu ihrer subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D-5L), psychischen Belastung (PHQ-4), subjektiven Belastung durch Krankheit (IBD Disk) und Arbeitsfähigkeit (WAI) aus. Zudem wurden Stuhlproben entnommen, um den Gehalt an fäkalem Calprotectin zu bestimmen. Änderungen in den Mittelwerten fokaler Studienvariablen wurden mittels t-Tests für wiederholte Messungen analysiert, während die differentiellen Veränderungen zwischen Patient*innen mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa varianzanalytisch verglichen wurden. Die Interpretation der Ergebnisse basierte auf geeigneten Effektstärkemaßen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 213 Patient*innen (50,7 % weiblich; durchschnittliches Alter = 46,9 Jahre) in die Studie eingeschlossen. Die subjektive Belastung durch Krankheit und die psychische

Belastung nahmen im Verlauf der Rehabilitation ab (respektive d = - 0,27 und - 0,39), während sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Arbeitsfähigkeit verbesserten (respektive d = 0,20 und 0,21). Die visuelle Analogskala des Fragebogens EQ-5D-5L zeigt eine Steigerung der Lebensqualität (d = 0,52). Der Gehalt an fäkalem Calprotectin stieg leicht an und stand in keinem bedeutsamen Zusammenhang mit den Veränderungen in der subjektiven Krankheitswahrnehmung. Es zeigten sich zudem keine durchgängig bedeutsamen differentiellen Änderungen in den fokalen Studienvariablen zwischen den zwei Krankheitsbildern.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass rehabilitative Maßnahmen effektive ergänzende Behandlungsmethoden bei CED darstellen. Im Verlauf der dreiwöchigen stationären gastrointestinalen Rehabilitation nahm die subjektive Belastung durch Krankheit ab, während verschiedene Aspekte des subjektiven Wohlbefindens zunahmen. Basierend auf den vorliegenden Ergebnissen scheint die Verwendung fäkalen Calprotectins als objektiven Biomarker zur kurzfristigen Überwachung der Krankheitsaktivität in Rehabilitationsprogrammen nicht gerechtfertigt. Obwohl diese Ergebnisse vielversprechend erscheinen, ist weitere Evidenz zu der Nachhaltigkeit dieser Effekte erforderlich, um ein tieferes Verständnis der Rolle der Rehabilitation bei der Verbesserung der subjektiven Belastung durch Krankheit, der psychischen Belastung, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Arbeitsfähigkeit der Patienten über einen längeren Zeitraum zu gewinnen.

Take-Home-Message

Die Studie zeigt, dass im Verlauf der Rehabilitation die subjektive Belastung durch Krankheit und die psychische Belastung bei CED-Patient*innen gesunken sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit gestiegen sind. Die Verwendung von fäkalem Calprotectin als kurzfristigen Biomarker wird nicht empfohlen.

Literatur

-

Interessenkonflikt: Die Urheber*innen der Studie sind bei der Pensionsversicherung angestellt.

Berufliche Rehabilitation bei blinden- und sehbehinderten Menschen – Erwartungen und Erfahrungen der TeilnehmerInnen

Lara Schu[1]; Heiner Vogel[1], Judith Faltl[2]

[1] Universitätsklinikum Würzburg, [2] Berufsförderungswerk Würzburg gGmbH

Hintergrund und Zielstellung

Der Wandel in der Arbeitswelt und gesellschaftliche Entwicklungen bedingen, dass sich auch die Angebote der beruflichen Rehabilitation weiterentwickeln müssen. Insbesondere gilt dies für Spezialangebote wie die Teilhabeleistungen für blinde und sehbehinderte Menschen. Aufgrund ihrer besonderen Beeinträchtigungen stellt die erfolgreich absolvierte berufliche Rehabilitation oft die wesentliche Chance zur Teilhabe am Arbeitsleben dar. Das Ziel dieser Arbeit war es, die Passgenauigkeit der beruflichen Rehabilitation für blinde und sehbehinderte Menschen in Deutschland zu untersuchen.

Durch Interviews mit Betroffenen sollte herausgefunden werden, wie sie die Zugänglichkeit zu Rehabilitationsmaßnahmen bewerten. Es wurde auch gefragt welche positiven und negativen Erfahrungen sie gemacht haben und welche Veränderungen bzw. Weiterentwicklungen sie anregen.

Methoden

Um einen Einblick in die Betroffenenperspektive zu erhalten, wurden halbstandardisierte Interviews mit sieben Personen aus zwei unterschiedlichen Gruppen durchgeführt: Vier ehemalige RehabilitandInnen, die sich für die Inanspruchnahme berufsbezogener Rehabilitationsmaßnahmen entschieden haben, und drei betroffene Personen, die sich gegen das Angebot einer Teilhabe-Maßnahme beim BFW entschieden haben. Es wurden halbstandardisierte Interviews anhand eines Interviewleitfadens geführt. Sie dauerten im Durchschnitt 68 Minuten (Schwankungsbereite 30-114). Die Interviews wurden anschließend transkribiert und mithilfe des Programms MaxQDA nach der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2010) ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass das Angebot der beruflichen Rehabilitation grundsätzlich geeignet ist, um blinde und sehbehinderte Menschen auf den Arbeitsmarkt vorzubereiten und ihre Lebensqualität zu erhöhen. Dies zeigt sich daran, dass sich die Befragten inhaltlich gut ausgebildet fühlen und auch rückblickend bekunden, das Gelernte sowohl beruflich als auch privat anwenden zu können. Zudem zeigt sich die Effektivität der Rehabilitationsmaßnahmen in den langfristigen beruflichen Erfolgen der Teilnehmenden in Form von stabilen und zufriedenstellenden Arbeitsverhältnissen.

Dennoch berichten fast alle der Befragten von einer langwierigen und frustrierenden Praktikums- und Arbeitssuche. Ein Grund dafür scheinen bestehende Unsicherheiten auf

Seiten der Arbeitgeber:innen zu sein, die bisher keine Erfahrung mit blinden oder sehbehinderten Arbeitnehmer:nnen gemacht haben.

Aber auch wenn sich Betroffene mit der Möglichkeit der beruflichen Reha auseinandersetzen, scheinen die Zugangsbarrieren für manche Personen erheblich zu sein. Das meistgenannte Hindernis ist die Ortsgebundenheit der beruflichen Teilhabeleistung für den gesamten Zeitraum der Reha. Dies bringt für Viele neben dem Problem, wie sie mit bestehenden Verpflichtungen in der Heimat umgehen sollen, auch emotionale Belastungen mit sich, denen nur schwer entgegengewirkt werden kann.

Als ein weiterer Faktor, der den Zugang zur beruflichen Reha sichtlich erschwert, konnten in den Ergebnissen außerdem die administrativen und formalen Anforderungen identifiziert werden, die von sehbehinderten und blinden Rehabilitand:innen nicht selten als überfordernd erlebt werden. Diese umfassen das häufige Einreichen von bestimmten Nachweisen, das Ausfüllen von komplizierten nicht-barrierefreien Formularen und lange Bearbeitungszeiten.

Diskussion und Fazit

Die erhobenen qualitativen Rückmeldungen sind naturgemäß nicht repräsentativ. Sie geben aber Hinweise auf mögliche Zugangsbarrieren und Erfolgshindernisse der Teilhabeleistungen, denen nachgegangen werden kann.

Wegen der Hürden beim Finden von passenden Arbeitsplätzen erscheint eine Sensibilisierung von Arbeitgeber:innen empfehlenswert. Hier gibt es bereits positive Entwicklungen bzw. Unterstützungsangebote, die auf jeden Fall stärker verbreitet werden müssen, wie beispielsweise die einheitlichen Ansprechstellen für Arbeitgeber (EAA), die Integrationsfachdienste (IFD) oder die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB). Zum anderen sollten auch die Betroffenen selbst auf den Umgang mit dieser Herausforderung vorbereitet werden, indem sie auf die Unterstützungsangebote aufmerksam gemacht werden, aber auch, indem entsprechende kommunikative Kompetenzen vermittelt werden.

Vielfach geht es um eine gewünschte verstärkte Individualisierung, der natürlich aus unterschiedlichen Gründen Grenzen gesetzt sind. Jedoch sollten bereits bestehende Ansätze verfolgt werden, um z.B. durch Blended Learning eine Verkürzung der Aufenthaltsphasen zu versuchen. Geprüft werden kann evtl. auch, wie die Angebote z.B. für Personen mit familiären Verpflichtungen zugänglicher werden können (räumliche Kapazitäten für Kinder und Angehörige). In begrenztem Rahmen wäre ggf. auch persönliches Coaching beim Antragstellen und im Behörden-Dschungel seitens der Kostenträger zu prüfen. Wichtig dürften im Weiteren auch nachhaltige Informationsstrategien sein, um die Potentiale der berufsbezogenen Reha-Maßnahmen bei Menschen, die von Erblindung und Sehbehinderung betroffen sind, und auch bei den entsprechenden Multiplikatoren zu verdeutlichen.

Take-Home-Message

Teilhabe- bzw. berufliche Rehabilitationsleistungen für Menschen mit besonderen Herausforderungen, wie sehbehinderte oder erblindete Menschen, leisten sehr erfolgreiche Arbeit, bedürfen aber – angesichts sich wandelnder Arbeitswelt und veränderter gesellschaftlicher Anforderungen – ständiger Weiterentwicklung. Die Einbeziehung der Betroffenenperspektive kann wertvolle Anregungen und Impulse liefern, um die Entwicklungen bedarfs- und bedürfnisgerecht zu gestalten.

Literatur

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (11. Auflage). Pädagogik. Beltz. https://doi.org/25533

Intensivierte Fallberatung in der medizinischen Rehabilitation: Formative Evaluation für ein optimiertes Übergangsmanagement

Clara Schwarze; Madeline Richter; Hans Wolf; Petra Seidel; Heiner Vogel

Universitätsklinikum Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Um den Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme nachhaltig zu sichern, sollte der Übergang zurück in den Beruf und Alltag bestmöglich gestaltet werden. So kann eine intensivierte Begleitung für Rehabilitand:innen mit komplexeren Problemlagen erforderlich werden. Eine Teilhabebegleitung während des gesamten Reha-Prozesses konnte bspw. im Projekt Bora TB (Abhängigkeitserkrankungen) erfolgreich umgesetzt werden (Ewertowski, Meyer-Feil, 2024). Dabei verdeutlichte das Projekt Bora TB, dass berufliche Teilhabe oft erst dann ermöglicht werden kann, wenn zuvor akute Alltagsprobleme angegangen wurden.

Ein ähnliches Teilziel verfolgte die Studie Übergangsmanagement in der medizinischen Rehabilitation, die durch eine intensivere Begleitung die Schnittstellen im Rehabilitationsprozess effizienter zu gestalten versuchte. Dazu wurde eine intensivierte Fallberatung mit einem ganzheitlichen Blick, gemäß dem bio-psycho-sozialen Modell, während der Rehabilitationsmaßnahme implementiert.

Methoden

Die in dieser Studie konzipierte intensivierte Fallberatung wurde an verbreitete Fallmanagementkonzepte angelehnt (bspw. Menzel, 2010) und in die Abläufe einer Kooperationsklinik eingebunden. Die Beratungen sollten u. a. den beruflichen und medizinischen Übergang sowie Lebensstilveränderungen und psychosoziale Faktoren fokussieren. Die siebenwöchige Erprobungsphase mit konsekutiver Rekrutierung von Teilnehmer:innen fand im Herbst 2023 statt.

Unter Verwendung einer eigenentwickelten Dokumentationshilfe (Screening) wurden Rehabilitand:innen zu Reha-Beginn mit erhöhtem Beratungs- bzw. Koordinationsbedarf im Rahmen einer Sozialberatung der intensivierten Fallberatung zugewiesen. Diese umfasste bis zu vier Termine pro Rehabilitand:in.

Für die anschließende formative Evaluation wurde ein Mixed-Methods-Design gewählt. Die Interventionsgruppe wurde vier Wochen nach Ende ihrer Rehabilitationsmaßnahme schriftlich befragt (geschlossene und offene Antwortformate). Der eigens entwickelte Fragebogen umfasste übergangsrelevante Bereiche wie Gesundheit, Beruf oder die Zeit nach der Rehabilitationsmaßnahme.

Zudem wurden mit der Interventionsgruppe leitfadengestützte Telefoninterviews durchgeführt. Schwerpunkte dabei waren die Betreuung im Rahmen der Fallberatung sowie

die Vorbereitung der Zeit nach der Rehabilitationsmaßnahme. Die vier beteiligten Sozialarbeiterinnen wurden zusätzlich mittels Gruppeninterview zu ihren Erfahrungen befragt.

Ergebnisse

An der intensivierten Fallberatung (für Rehabilitand:innen mit komplexeren Problemlagen) nahmen 13 Rehabilitand:innen im Alter von durchschnittlich 54,9 (SD = 9,6) teil (vier weiblich). Neben beruflichen kristallisierten sich hier vor allem gesundheitliche Problemlagen als zentrale Belastungsfaktoren heraus (Schwarze et al., 2024). Diese komplexeren Problemlagen wurden von den Sozialarbeiterinnen im Gruppeninterview bestätigt.

Die schriftlichen Befragungsergebnisse (n = 11) wurden mit einer Kontrollgruppe verglichen (vorangegangene Status-Quo-Erhebung, n = 65), die die Routineberatung erhalten hatten. Die Daten wurden deskriptiv-statistisch analysiert. In der schriftlichen Befragung fühlten sich die Teilnehmenden der intensivierten Fallberatung zur medizinischen Weiterbehandlung, zu konkreten beruflichen Veränderungen sowie zur Bewältigung ihrer persönlichen Situation tendenziell angemessener beraten. Weiterhin gaben sie an auf Hindernisse weniger angemessen vorbereitet worden zu sein. Die Mehrzahl wünschte sich einen weiteren Ansprechpartner. Insgesamt unterschieden sich die Befragungsergebnisse aber zwischen beiden Gruppen kaum.

In der telefonische Befragung (n = 5) beschrieben die Rehabilitand:innen die intensivierte Fallberatung als empathische Anlaufstelle. Die genannten Themen gehen über den beruflichen und sozialrechtlichen Kontext hinaus. Die Zeit nach der Rehabilitation ist von dem Risiko für gehäufte Arbeitsunfähigkeit und vermehrte Arbeitslosigkeit geprägt. Zudem wird sie von anhaltenden physischen und psychischen Beeinträchtigungen beeinflusst.

In 9 von 13 Fällen gab die Sozialberatung einen deutlich bzw. sehr viel höheren Arbeitsaufwand an. Durch die erweiterte Beratungszeit werde eine strategischere Abstimmung relevanter Besprechungsinhalte zwischen Fallberater:innen und Rehabilitand:innen ermöglicht, gleichzeitig wurde auch die Reflexion der Rehabilitand:innen gefördert. Die Erweiterung übergangsrelevanter Beratungsthemen führte wiederum gelegentlich zu Rollenkonflikten und wurde als unangenehme Zuständigkeitsüberschreitungen innerhalb des Reha-Teams empfunden. Ein Lösungsansatz hierfür sei die Einsetzung einer unabhängigen, im Klinikorganigramm verankerten Rolle mit erweiterten Zuständigkeiten.

Diskussion und Fazit

Trotz der kleinen Stichprobe können nicht zuletzt aufgrund der Triangulation der Daten erste Hinweise geliefert werden, dass Rehabilitand:innen mit komplexeren Problemlagen durch die intensivierte Fallberatung eine gleichwertige Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation ermöglicht werden kann. Die intensivierte Beratung scheint eine im Reha-Team und in der Klinikstruktur neu eingebettete Zuständigkeitskompetenz zu verlangen, z.B. Übergangsmanager:in. Um Versorgungslücken zu verhindern, sollte die intensivierte Fallberatung an ein nachfolgendes Fallmanagement anknüpfen können.

Take-Home-Message

Die intensivierte Fallberatung bietet eine Chance Rehablitand:innen mit komplexen Problemlagen einen gleichwertigen Übergang von der medizinischen Rehabilitation in den Alltag zu gewährleisten, wobei es sich empfiehlt eine Anschlussbegleitung anzubieten.

Literatur

Ewertowski, H., Meyer-Feil, T. (2024): BORA-TB: Was zeichnet die Studienteilnehmer*innen aus?. DRV-Schriften, Bd 130. 59-61.

Schwarze, C., Richter, M., Wolf, H., Seidel, P., Vogel, H. (2024): Individuelle Bedarfe in der Rehabilitation: Indikatoren für ein intensiviertes und nachhaltiges Übergangsmanagement [Poster]. 16. Reha-Symposium, Bad Brückenau.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Nutzen von Fallmanagement – Evaluation des rehapro-Modellprojekts „FaKT“

Madelaine Saalmann; Christopher Grobys; Julia Hille; Heike Ohlbrecht

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Hintergrund und Zielstellung

Im Rahmen des rehapro-Modellprojekts „FaKT – Fallmanagement im Kontext verminderter Erwerbsfähigkeit: Teilhabebezogene Unterstützung von Versicherten zur Rückkehr in Arbeit“ wird eine summative und formative Evaluation durchgeführt.

Versicherte, die aufgrund onkologischer oder neurologischer Erkrankungen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beziehen oder einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente stellen, erhalten durch das Modellprojekt ein individuelles, aufsuchendes Fallmanagement, das von den Berufsförderungswerken bereitgestellt wird. Ziel des Fallmanagements ist es, die bisher geringe Wahrscheinlichkeit einer Arbeitsreaktivierung von Versicherten mit Erwerbsminderungsrente zu erhöhen und einen individuell gangbaren Weg aus der Erwerbsminderung aufzuzeigen.

Im Fokus der Evaluationsforschung steht die Untersuchung des Fallmanagements hinsichtlich seines Erfolges und Nutzens – insbesondere für die teilnehmenden Versicherten.

Methoden

Das Forschungsdesign umfasst eine summative und formative Evaluation der Maßnahme Fallmanagement, welche verschiedene Perspektiven mit einbezieht (Teilnehmende, Fachkräfte der Berufsförderungswerke und Rehabilitationskliniken). Die Erhebung qualitativer Daten über leitfadengestützte Interviews (N=70), Familieninterviews (N=20), teilnehmenden Beobachtungen (N=50) und Expert:inneninterviews (N=25), die anschließend mit der Grounded Theory Methodologie ausgewertet werden, ermöglichen eine umfassende Beurteilung vom Erfolg und Nutzen des Fallmanagements ermöglichen. Darüber hinaus erfolgt im Rahmen der quantitativen Verlaufsstudie die Erhebung mittels Fragebögen

(N=420), die an die Teilnehmenden des Fallmanagements gerichtet und zu verschiedenen Zeitpunkten angesetzt sind. Die qualitative und quantitative Verlaufsstudie sind darauf gerichtet, den prozesshaften Verlauf und Einfluss des Fallmanagements hinsichtlich der Erwerbsmotivation und Arbeitsfähigkeit der Teilnehmenden zu erfassen, um so entsprechende Aussagen über die Maßnahmen, deren Nutzen und Erfolg, treffen zu können.

Ergebnisse

Die Studie zum Modellprojekt „FaKT“ kombiniert eine quantitative Kausal- und Wirkungsanalyse mit einer qualitativen Forschungslogik, wobei der Fokus weniger auf isolierten Effekten als vielmehr auf dem Gesamtnutzen der Maßnahme liegt. Während isolierte Wirkungen in einer quantitativen Teilstudie geprüft werden, erfolgt ergänzend eine tiefergehende Analyse der Zusammenhänge. Dadurch werden die Auswirkungen des Fallmanagements im Kontext individueller Erfahrungshorizonte und Sinnkonstruktionen erfasst (Ziegler et al., 2024). Ein qualitatives Forschungsdesign ermöglicht die Rekonstruktion individueller Erlebnisse und Bewertungen, um zu verstehen, wie Teilnehmende Erfahrungen wahrnehmen und verarbeiten.

Um einseitige Ergebnisse zu vermeiden, formuliert die Studie Annahmen über mögliche relevante Veränderungen (Gesundheit, Erwerbsfähigkeit, Arbeitsverständnis, etc.). Diese Annahmen sind bewusst offen gestaltet, um ein breiteres Spektrum an relevanten Entwicklungen zu erfassen und die Gesamtheit der Auswirkungen des Fallmanagements auf die Teilnehmenden umfassend zu beleuchten. Darüber hinaus werden die Perspektiven der Fachkräfte, die in den Prozess des Fallmanagement involviert sind, mit einbezogen.

Diskussion und Fazit

Das Fallmanagement im Kontext von „FaKT“ zielt zwar vordergründig darauf ab, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen (neurologischer oder onkologischer Art) in ihrer Arbeitsfähigkeit zu stärken und in die Erwerbstätigkeit (zurück) zu führen. Darüber soll die gesundheitliche Verfassung der teilnehmenden Versicherten verbessert werden. Das Fallmanagement nach „FaKT“ ist jedoch nicht nur im Kontext von Erwerbsarbeit von Bedeutung. Aus einer sozialarbeiterisch-soziologischen Perspektive heraus wird ein lebensweltlicher Ansatz (Lehmann, Petereit, 2024) verfolgt, der mehr als nur eine Verbesserung der Gesundheit (Ohlbrecht, 2022) in den Fokus rückt.

Take-Home-Message

Die Evaluation zu „FaKT“ untersucht den Nutzen individuellen Fallmanagements für Versicherte mit Erwerbsminderungen. Über qualitative und quantitative Methoden werden Auswirkungen auf Arbeitsfähigkeit und Erwerbsmotivation der Teilnehmenden erfasst.

Literatur

Lehmann, D., Petereit, J. (2024): Lebenswelt und Teilhabe konsequent im Blick. Forum Sozialarbeit + Gesundheit: Fachzeitschrift der Deutschen Vereinigung für DVSG Berlin, 12-17.

Ohlbrecht, H. (2022): Welche Arbeit braucht der Mensch? In: Dick, M., Freund, S., Ohlbrecht, H., Unger, T. (eds) Arbeit – Job – Beruf. Magdeburger Forschungen zu Bildungs-, Kultur- und Sozialwissenschaften. Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-36320-8_13.

Ziegler, H., Hille, J., Ochs, M. (2024): Wirkungen aufsuchender Familienhilfen. Wie sollen, dürfen, können sie (systemisch) beforscht werden? Familiendynamik, 49 (2), 92-100. https://doi.org/10.21706/fd-49-2-92.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 3. Förderaufruf „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“

Umsetzung partizipativer Forschung im Projekt „Aufgaben und Nutzen Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation“

Julia Seefeld; Silke Tophoven; Ruth Enggruber

Hochschule Düsseldorf

Hintergrund und Zielstellung

Auch in den Rehabilitationswissenschaften wird zunehmend für die Umsetzung partizipativer Forschung geworben. So wird dafür plädiert die partizipative Forschung als Forschungsstil auch im Bereich der Rehabilitationsforschung durchgängig zu verfolgen (Egbringhoff, Meyer, 2023). Verschiedene Aspekte gilt es dabei aber zu berücksichtigen.

Ilg und Schaal (2022) verweisen mit Blick auf partizipative Forschung auf das „Partizipations-Paradox“: Betroffene sollen aufgrund ihrer Expertise aus ihrer Lebenswelt heraus möglichst weitreichend mitwirken und befähigt werden. Jedoch können sie bei der Antragstellung noch gar nicht beteiligt werden, weil zu diesem Zeitpunkt die Projektfinanzierung noch ungeklärt ist. Deshalb sieht Flick (2022: 80) „gerade in dieser normativ so aufgeladenen Forschung die Gefahr des Paternalismus“. Denn den Betroffenen wird schließlich durch die Art der Forschungsförderung vorgegeben, welches Problem aus ihrer Lebenswelt sie mit welchem Arbeits- und Zeitplan miterforschen und zu was sie befähigt und ermächtigt werden sollen. Herausfordernd ist zudem die Aufforderung Betroffene „auf Augenhöhe“ an der Forschung zu beteiligen (Egbringhoff, Meyer, 2023: 3). Da bislang noch systematische – über subjektive Erfahrungsberichte hinausgehende – Evaluationen partizipativer Forschung fehlen und bislang trotz der Forderung nach partizipativer Forschung immer noch erst wenige Evaluationsergebnisse vorliegen (Meyer, Menzel-Begemann, 2022) ist noch offen, ob und inwieweit die mit partizipativer Forschung verbundenen erkenntnis- und demokratietheoretisch begründeten sowie anwendungs- und befähigungsbezogenen Erwartungen auch eingelöst werden können.

Vor diesem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen partizipativer Forschung, möchten wir auf Basis des Forschungsprojekts „Aufgaben und Nutzen Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation“ (ANSAB), das einen partizipativen Forschungsstil verfolgt, untersuchen, welche Beiträge partizipative Forschung zu aussagekräftigeren Erkenntnissen und zur Befähigung von beteiligten Betroffenen leisten kann.

Methoden

In ANSAB sollen berufliche Rehabilitand*innen im Sinne einer beratenden Beteiligung (Farin- Glattacker et al. 2020) im Projektbeirat mitwirken und hier eine Mehrheit bilden. Durch

die Umsetzung dieses partizipativen Forschungsstils und dessen umfassender Reflexion sowie zusätzlich narrativen Interviews mit sieben, der im Projektbeirat beteiligten beruflichen Rehabilitand*innen, können empirische Einblicke dazu gewonnen werden.

Ergebnisse

Durch den Einbezug Betroffener in den Projektbeirat konnten Erhebungsinstrumente gewinnbringend überarbeitet werden und die Perspektiven auf die gewonnen Forschungsbefunde sinnvoll ergänzt werden. Weiterhin zeigt sich, dass die beteiligten beruflichen Rehabilitand*innen durch ihre Tätigkeit im Projektbeirat befähigt werden und auch andere Betroffene im Sinne einer Peer-Beratung durch ihre Tätigkeit befähigen möchten. Im Sinne eines anwendungsorientierten Erkenntnisgewinns kann zur Verbesserung der beruflichen Rehabilitation für andere Rehabilitand*innen beigetragen werden, indem die beteiligten beruflichen Rehabilitand*innen mit ihrer lebensweltlichen Expertise zu den Forschungsprozessen in ANSAB beitragen. Herausfordernd ist, dass die relativ lange Projektdauer auf die biographischen Umbrüche trifft, die natürlicherweise mit beruflichen Rehabilitationsprozessen verbunden sind.

Diskussion und Fazit

Die gewonnen Ergebnisse und Erfahrungen durch die Umsetzung eines partizipativen Forschungsstils sind zunächst positiv einzuordnen. Andererseits verweisen diese jedoch auch klar auf die Limitationen dieses Forschungsstils. Die vorgestellten empirischen Belege dafür, dass es im Projekt ANSAB zumindest gelungen ist, sich der Einlösung des hohen normativen Anspruchs eines partizipativen Forschungsstils zu nähern, können nicht darüber hinwegtäuschen, dass die einführend genannten Paradoxien damit nicht überwunden werden. So wurden die Rehabilitand*innen, wie mit dem „Partizipations-Paradox“ (Ilg, Schaal, 2022) beschrieben, auch in ANSAB erst beteiligt, nachdem das Forschungsprojekt fertig konzipiert und bewilligt worden war. Weiterhin kann auch hier nur sehr begrenzt von einer gleichberechtigten Zusammenarbeit ausgegangen werden. So war die Mitwirkung der beruflichen Rehabilitand*innen im Projekt ANSAB auch beschränkt und stieß auf beiden Seiten auf begrenzte Ressourcen. Weiterhin kann nicht nachgewiesen werden, ob sich die Erkenntnisse des Projekts ohne die Umsetzung eines partizipativen Forschungsstils tatsächlich anders gestaltet hätten.

Take-Home-Message

Der partizipative Forschungsstil – im Besonderen umfangreiche Beteiligungsformen – sollte in den Rehabilitationswissenschaften noch weiter erprobt werden und Projektmittelgebende sollten die weitere Erprobung partizipativer Forschung ermöglichen.

Literatur

Egbringhoff, K., Meyer, T. (2023): Handlungsempfehlung für Partizipative Forschungsansätze in den Rehabilitationswissenschaften. https://www.umh.de/fileadmin/Einrichtungsordner/Institute/Rehabilitationsmedizin/Projekte/Handlungsempfehlung_Partizipative_Forschungsans%C3%A4tze_in_den_Rehabilitationswissenschaften_31.08.2023.pdf (letzter Zugriff: 08.11.2024)

Farin-Glattacker, E., Schlöffel, M., Schöpf, A.C. (2020): Partizipative Forschung in der Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. Die Weiterentwicklung der

Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. DRV Schriften. Berlin; 2020: 79–87.
Flick, S. (2022): Zu den Tücken partizipativer Forschung. Widersprüche 42: 75–85.
Ilg W., Schaal S. (2022): Das Partizipations-Paradox: Empirische Erkenntnisse aus einem Förderprogramm zur Jugendpartizipation. deutsche jugend 70: 209–218. doi:10.3262/DJ2205209
Meyer, T, Menzel-Begemann A. (2022): Teilhabe als Gegenstand der Rehabilitationsforschung. In: Wansing G, Schäfers M, Köbsell S, Hrsg. Teilhabeforschung – Konturen eines neuen Forschungsfeldes. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 105–123

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation: Aufgaben und Chancen des Sozialen Dienstes im Übergangsprozess

Julia Hille; Madelaine Saalmann; Christopher Grobys; Heike Ohlbrecht

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Hintergrund und Zielstellung

Der Soziale Dienst übernimmt in der medizinischen Rehabilitation eine zentrale Rolle, indem er Rehabilitand*innen bei der Sicherstellung ihrer finanziellen Stabilität unterstützt, ihre berufliche und soziale (Re-)Integration fördert und die Organisation nachsorgender Maßnahmen koordiniert (Knoop et al., 2022). Eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Sozialen Dienst der medizinischen Rehabilitation und den Fachkräften der beruflichen Rehabilitation ist essenziell, um einen reibungslosen Übergang der Rehabilitand*innen zurück ins Arbeitsleben zu gewährleisten (Knoop et al., 2024). Dabei koordiniert der Soziale Dienst Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und soll so eine nahtlose Versorgung sicherstellen.

Angesichts der wichtigen Funktion des Sozialen Dienstes im Übergangsprozess zur beruflichen Rehabilitation ist es von Interesse, dessen Rolle und die dahinterstehende Arbeitsauffassung genauer zu untersuchen. Im soziologischen Kontext ist Erwerbsarbeit nicht nur eine ökonomische Notwendigkeit, sondern bietet Struktur, Sinn und soziale Einbindung, was sie zu einem wichtigen Resilienzfaktor macht (Ohlbrecht, 2022). Besonders in Zeiten persönlicher oder gesundheitlicher Krisen kann Arbeit Stabilität bieten. Jedoch bringt die moderne Arbeitswelt auch Risiken mit sich: Der steigende Leistungsdruck, die zunehmende Unsicherheit und die ständige Erreichbarkeit im flexiblen Arbeitsmarkt können zu physischen und psychischen Belastungen führen (Ohlbrecht, 2022).

Vor diesem Hintergrund erscheint es lohnend, die Rolle des Sozialen Dienstes im Übergang zur beruflichen Rehabilitation näher zu untersuchen und dabei das zugrunde liegende Verständnis von Erwerbsarbeit der Fachkräfte des Sozialen Dienstes zu analysieren.

Methoden

Im Rahmen der Forschungsstudie „FaKT – Fallmanagement im Kontext verminderter Erwerbsfähigkeit: Teilhabebezogene Unterstützung von Versicherten zur Rückkehr in Arbeit" wird das innovative Modellprojekt der Deutschen Rentenversicherung evaluiert. Durch das Modellprojekt erhalten Versicherte aufgrund von onkologischen oder neurologischen Erkrankungen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beziehen oder einen Antrag auf Erwerbsminderungrente stellen, ein individuelles und aufsuchendes Fallmanagement, welches von den Berufsförderwerken bereit gestellt wird. Unter Verwendung der Grounded Theory (Strauss, Corbin, 2010) wurden 6 Expert*inneninterviews mit Mitarbeiter*innen im Sozialen Dienst in Rehabilitationskliniken in Mitteldeutschland analysiert, die im Rahmen von FaKT erhoben wurden.

Ergebnisse

Es zeigen sich Unterschiede in der Ausgestaltung der Rolle, abhängig davon, für welche Aufgaben die Mitarbeiter*innen im Sozialen Dienst sich zuständig fühlen und welches Verständnis von Erwerbsarbeit zugrunde gelegt wird. Dies ist von verschiedenen organisatorischen Bedingungen als auch die Zusammensetzung des interdisziplinären Teams innerhalb der Rehabilitationskliniken abhängig. Erwerbsarbeit, die zunehmend als bedeutender Resilienzfaktor gilt , wird von den Fachkräften selbst jedoch oft nicht in diesem Sinne wahrgenommen.

Diskussion und Fazit

In der beruflichen Rehabilitation kommt dem sozialen Dienst in den Rehabilitationskliniken eine zentrale Rolle zu. Trotz dieses entscheidenden Einflusses fehlt es den Fachkräften im sozialen Dienst häufig an Bewusstsein für die Tragweite ihrer Arbeit als Schlüsselfaktor in der beruflichen Rehabilitation.

Take-Home-Message

Der Soziale Dienst ist ein zentraler Akteur im Übergang von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation und beeinflusst maßgeblich die berufliche (Re-)Integration, jedoch fehlt den Fachkräften häufig das Bewusstsein für ihre Schlüsselrolle und die Bedeutung von Erwerbsarbeit als Resilienzfaktor.

Literatur

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 14, 389–404. https://doi.org/10.1007/s12592-022-00427-3

Knoop, T., Scheiblich, N., Dettmers, S., Meyer-Feil, T. (2024): Soziale Arbeit in der Rehabilitation: Praxis und Wirkmechanismen Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation . transcript Verlag.

Ohlbrecht, H. (2022): Welche Arbeit braucht der Mensch?. In: Dick, M., Freund, S., Ohlbrecht, H., Unger, T. (eds) Arbeit – Job – Beruf. Magdeburger Forschungen zu Bildungs-, Kultur- und Sozialwissenschaften. Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-36320-8_13

Strauss, A., Corbin, J. (1997): Grounded theory in practice. Sage.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, rehapro

Bedarfsorientierung in der Prävention - Inanspruchnahme des neuen Präventionsangebotes BeBePrä – Erreichung der Zielgruppe

Andrea Dehn-Hindenberg[1]; Iris Brandes[1]; Tobias Michael[2]; Yvonne Schulte[2]; Horst-Uwe Dreyer[2]; Marcel Schlüter[2]; Felix Behling[3], Alina Mazanke[3]

[1] Medizinische Hochschule Hannover, [2] Rehazentrum Bad Eilsen,
[3] Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Das von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (DRV BS-H) entwickelte Präventionsangebot BeBePrä zielt auf die Stärkung von Bedarfs- und Bedürfnisorientierung in der Prävention. Zielgruppe sind aktive im Erwerbsleben stehende Personen mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden können. Im Reha-Zentrum Bad Eilsen der DRV BS-H werden den Versicherten im Rahmen eines siebentätigen Aufenthaltes und eines dreitägigen Boosters verhaltenspräventive Leistungen zu den Handlungsfeldern Stressbewältigung, Ressourcenstärkung, Bewegungsförderung, gesundheitsbewusste Ernährung und Suchtprävention angeboten. Diese sind durch eine konsequente Ausrichtung an beruflichen Bedürfnissen gekennzeichnet. BeBePrä ergänzt das bundesweit etablierte Präventionskonzept RV Fit um eine zielgerichtete Akquise, den Einsatz eines Präventionscoaches zur persönlichen Beratung und Motivation, ein Präventionsbudget für die Eigenaktivitätsphase nach der Startwoche, ein Refresher-Angebot nach sechs Monaten sowie ein digitales (Begleit-)Angebot (App). Darüber hinaus wird eine berufsgruppenspezifische Maßnahme für Pflegekräfte angeboten. Das Präventionsangebot BeBePrä wird im Gegensatz zu den Angeboten von RV-Fit intensiv nachgefragt.

Ziele

Unmittelbare Projektziele sind die Erhöhung der Teilnehmerzahl, die Verringerung des Dropouts in der Eigenaktivitätsphase (Nachhaltigkeit) sowie die Verstetigung des Angebotes.

Inhaltlich zielt das Angebot auf die Förderung eines eigenverantwortlichen und gesundheitsbewussten Verhaltens in Bezug auf Ernährung und Bewegung sowie den Erwerb von Strategien im Umgang mit körperlichen und psychischen Belastungen.

Methoden

Es handelt sich um eine prospektive Längsschnittstudie mit Mixed-Methods-Design. Geplant ist eine Fallzahl von 1.650 Teilnehmenden. Zur Datenerhebung (Beginn und Ende der Startwoche, Refresher und ein Jahr nach der Startphase) wird ein Online-Tool genutzt, das die Eingabe per Smartphone ermöglicht. Im quantitativen Studienteil werden die Teilnehmenden zu Beginn der Maßnahme u.a. zur Soziodemographie, zu körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen und zur beruflichen Leistungsfähigkeit befragt (z.B. mittels

WKV, FEG, AVEM, WAI, SPE-Skala, IMET) und zu den späteren Messzeitpunkten zusätzlich zu der Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Alltag. Ergänzt werden diese Daten durch Interviewbefragungen einzelner Teilnehmender. Vorgestellt werden Ergebnisse des Studienteils zu Beginn und am Ende der Startwoche.

Ergebnisse

Die Nachfrage nach dem Präventionsangebot BeBePrä ist unerwartet hoch. Zwischenzeitlich musste die Aufnahme weiterer interessierter Versicherter gestoppt werden, da die Wartezeit 6 Monate überschritt. Die Informationsverbreitung erfolgt derzeit über die Homepage und Mundpropaganda von Teilnehmenden. Akquisebemühungen sind aktuell nur noch für die gezielte Ansprache von Beschäftigten aus der Pflegebranche erforderlich.

Durch die stark gestiegenen Antragszahlen für die Präventionsmaßnahme RV Fit konnten sehr viele Teilnehmende für das Modellvorhaben BeBePrä gewonnen werden Die Ergebnisse zur Charakteristik der Teilnehmenden basieren auf ca. 300 Fragebögen (Rücklaufquote 70%) bei Beginn der Startwoche. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden liegt bei 51 Jahren (22-67 Jahre), die zu 57% überwiegend geistige und zu 31% überwiegend körperliche Tätigkeiten ausüben. Knapp 50% der Teilnehmenden gab den Bildungsabschluss mit Fachhochschulreife und höher an. Der Anteil weiblicher Teilnehmerinnen liegt bei rund 55%.

Ihren allgemeinen Gesundheitszustand bewerten ein Zweidrittel mit „zufriedenstellend“ oder schlechter. Diese Beeinträchtigungen werden weniger auf körperlicher Ebene wahrgenommen sondern vielmehr scheint die psychische Arbeitsfähigkeit bei rund der Hälfte der Teilnehmenden eingeschränkt zu sein. Dabei sehen ca. 20% ihre Arbeitsfähigkeit als gefährdet an. Insgesamt wollen mehr als die Hälfte bis zum 60. - 64. Lebensjahr arbeiten und ca. 12% bis zu ihrem Renteneintrittsalter (65-67 Jahre). Die Ergebnisse belegen, dass sich rund 92% der Teilnehmenden gesundheitsbewusst verhalten.

Diskussion und Fazit

Die Analyse der Charakteristika der Teilnehmenden hat gezeigt, dass die gewünschte Zielgruppe in Bezug auf Alter, Geschlecht, Erwerbsprognose und gesundheitliche Beeinträchtigungen durch das Präventionskonzept erreicht wird. Es kann davon ausgegangen werden, dass die große Mehrheit der Teilnehmenden (ca. Zweidrittel) bereits erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweist (Lohmann-Haislah, Burr, 2020) Dennoch streben rund Dreiviertel der Teilnehmenden an, noch durchschnittlich weitere 10-15 Jahre erwerbstägig zu sein. Positiv ist die nahezu ausgewogene Geschlechterverteilung zu bewerten, da die männliche Bevölkerung insbesondere während der erwerbstätigen Lebensphase für präventive Angebote wenig zugänglich ist (Badura et al., 2020)

Die unerwartet hohe Nachfrage lässt darauf schließen, dass BeBePrä für die von den Teilnehmenden bereits wahrgenommenen Belastungen passende Maßnahmen anbietet. Die Studienpopulation ist jedoch durch einen Selektionsbias zugunsten gesundheitsbewusster und motivierter Personen gekennzeichnet.

Take-Home-Message

Das zielgruppenorientierte Präventionskonzept BeBePrä wird von einer großen Anzahl gesundheitsbewusster Versicherter nachgefragt, die nach konkreten und alltagstauglichen Anregungen und Angeboten zur Reduzierung gesundheitlicher Beeinträchtigungen suchen.

Literatur

Badura, B., Duck, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (2020): er, Klose, Meyer Hrsg. (2020): Fehlzeitenreport 2020; https://doi.org/10.1007/978-3-662-61524-9

Lohmann-Haislah, A., Burr H. (2023): Psychische Belastung und mentale Gesundheit bei körperlichen Tätigkeiten. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. baua: Fakten.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Chancen und Herausforderungen im Rahmen einer beruflichen Teilhabe mit Adipositas. Ergebnisse einer explorativen Umfrage im Rahmen des Projektes REHADAT.

Hannah M. Seichter; Philipp J. Trögeler

Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V.

Hintergrund und Zielstellung

Adipositas ist eine chronische Krankheit, die durch eine starke Ansammlung von Körperfett gekennzeichnet ist. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2024) liegt eine Adipositas ab einem BMI von 30 kg/m² oder mehr vor. Vor dem Hintergrund, dass die Anzahl der von Adipositas betroffenen Menschen weltweit kontinuierlich wächst (WHO, 2022), ergibt sich ein erhöhter Bedarf, auf die möglichen Herausforderungen, die Adipositas für Betroffene mit sich bringt, zu reagieren. Eine dieser Herausforderungen besteht in der Förderung beruflicher Teilhabe von Menschen mit Adipositas, die auf Grund ihrer Erkrankung gefährdet sein kann. Um mehr Transparenz im Bereich einer beruflichen Teilhabe von Menschen mit Adipositas zu schaffen, führte das Institut der deutschen Wirtschaft im Projekt REHADAT eine Umfrage zu Thema Adipositas im Arbeitsleben unter Berücksichtigung folgender Fragen durch:

- Zu welchen Herausforderungen im beruflichen Kontext kann Adipositas bei Betroffenen führen?
- Inwiefern ist es möglich, die Arbeit(-sumgebung) entsprechend einem Entgegentreten gegenüber diesen Herausforderungen anzupassen?

Methoden

Das IW führte im Zeitraum 22.04. bis 24.06.2024 die anonymisierte Online-Befragung „Adipositas im Arbeitsleben" durch, an der 333 Arbeitnehmende mit einer Adipositas teilnahmen.

Ergebnisse

Die Umfrageergebnisse zeigen, dass ihre Adipositas die Arbeit für die Mehrheit der Befragten beeinträchtigt. Mit neun von zehn Teilnehmenden war eine große Mehrheit von bis zu drei weiteren Erkrankungen betroffen. Beeinträchtigungen traten insbesondere innerhalb des Stütz- und Bewegungsapparat (52,3 Prozent) sowie Herz und Kreislauf (48,3 Prozent) auf.

Über die Hälfte der Betroffenen wurde bereits aufgrund der Adipositas operiert. Ihre Adipositas beeinträchtigte die Befragten in ähnlicher Weise im Beruf wie im Alltag. So fielen den Befragten körperliche Tätigkeiten wie bspw. Treppensteigen schwer. Darüber hinaus benannten die Teilnehmenden die An- und Abreise zur Arbeit sowie psychische Barrieren wie Mobbing oder Diskriminierung als belastend.

Ausgehend von den Umfrageergebnissen lässt sich das Phänomen des Präsentismus (Hägerbäumer, 2017) auch bei Adipösen feststellen: Trotz der oben benannten gesundheitlichen und psychischen Herausforderungen versäumten 58 % der Befragten nach eigenen Angaben in den vergangenen zwölf Monaten keinen einzigen Arbeitstag. Lediglich jede bzw. jeder zehnte Befragte fehlte krankheitsbedingt länger als sechs Wochen; 80 % arbeiteten in den letzten 12 Monaten trotz Beschwerden – vielfach auch trotz ärztlichem Abraten (64 %). 87 % der Befragten, die trotz Beschwerden am Arbeitsplatz erschienen waren, griffen auf Schmerzmittel zurück, um arbeiten zu können.

Die häufigsten Gründe für ein Arbeiten trotz Beschwerden bestanden in Dringlichkeit und einem hohen Aufgabenpensum. Von allen Befragten hatten 31 % einen anerkannten Grad der Behinderung (GdB), bei 50% mit einem GdB wurde eine amtlich anerkannte Schwerbehinderung festgestellt, allerdings hatte über die Hälfte (65 %) noch nie eine GdB-Feststellung beantragt. Ein Zusammenhang zwischen Höhe des BMI und GdB konnte nicht festgestellt werden. Erfreulicherweise zeigte sich, dass sich die wenigsten Betroffenen durch ihre Führungskraft schikaniert oder gar bloßgestellt (4 %) fühlten und die Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen als überwiegend gut bewertet wurde. Entsprechend waren 59 % mit ihrer aktuellen beruflichen Situation tendenziell zufrieden.

Betont wurde von den Betroffenen, die Wichtigkeit, gegenüber Adipositas als chronische Krankheit zu Sensibilisieren und Informieren sowie entsprechende Maßnahmen zur Unterstützung der Betroffenen am Arbeitsplatz zu implementieren.

Diskussion und Fazit

Insgesamt bewertete der Großteil der Befragten seine berufliche Situation bedingt durch die Adipositas als kritisch. Die vielfältigen Symptome sowie Begleit- und Folgeerkrankungen im Zuge der Adipositas der Befragten verdeutlichten die Komplexität der Erkrankung, die vielfältige Anpassungen und Unterstützung im Arbeitskontext nötig machen, damit eine Teilhabe gefördert werden kann.

Die Befragung ist explorativ und nicht repräsentativ. Einzelne enthaltene Aspekte können anhand der vorliegenden Daten ohne weitere Untersuchungen nur sehr eingeschränkt interpretiert oder verallgemeinert werden. Es handelt sich vielmehr um einen Situationsbericht. Die Ergebnisse liefern erste Hinweise auf relevante Auswirkungen und Zusammenhänge. Weitere Forschung zum Thema ist notwendig.

Take-Home-Message

Adipositas kann sich in vielfältiger Weise auf den Gesundheitszustand der Betroffenen sowohl im Privaten als auch im Arbeitskontext auswirken, weshalb eine Unterstützung der Betroffenen sowohl durch weitere Aufklärung zu dieser chronischen Erkrankung und deren Folgen unerlässlich ist, um das Arbeitsumfeld für die Situation der betroffenen Mitarbeitenden zu sensibilisieren, diese zu verstehen und zu unterstützen.

Literatur

Hägerbäumer, M. (2017): Risikofaktor Präsentismus. Hintergründe und Auswirkungen des Arbeitens trotz Krankheit. Wiesbaden: Springer.

World Health Organization (WHO) (2022): WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (WHO) (2024): Obesity and overweight. https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight, Abruf 13.09.2024.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Evaluation der Effekte von RV Fit - Längsschnittuntersuchung an QS-Daten der DRV

Franziska Schäffer[1]; Gert Krischak[2]

[1] ZAR Zentrum für ambulante Rehabilitation, [2] Nanz medico GmbH & Co. KG

Hintergrund und Zielstellung

Die immer weiter steigende Zahl an krankheitsbedingten Arbeitsausfällen (Statistisches Bundesamt, 2024) gepaart mit dem akuten Fachkräftemangel (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, 2024) stellen die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in Deutschland vor große Herausforderungen. Ersteres soll durch nachhaltige Präventionsmaßnahmen gestoppt werden. Unter Prävention versteht man die Reduktion der Krankheitslast in der Bevölkerung durch gezielte Maßnahmen. Sie beinhaltet alle Maßnahmen, welche mit dem Ziel durchgeführt werden, Erkrankungen zu vermeiden, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen (RKI, 2023). Die Deutsche Rentenversicherung bietet hierzu das Präventionsprogramm RV Fit an, welches nachweislich das Sportpensum der Teilnehmer*innen erhöhen, den Bauchumfang reduzieren und Ausdauer und Gleichgewicht steigern kann (Özen et al., 2024) und somit die Gesundheit verbessert. Um von diesen Effekten flächendeckend zu profitieren gilt es praxisrelevante Fragen zu beantworten. Wie RV Fit effektiv beworben wird, zu welchen Lebensstilveränderungen es führt und wie alltagstauglich das Programm tatsächlich in der Umsetzung ist, untersuchte eine Evaluation der Zentren für ambulante Rehabilitation (ZAR).

Methoden

Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements wurde das RV Fit Programm in acht ZARs aus Baden-Württemberg evaluiert. Fragebögen wurden zu zwei Messzeitpunkten (Start- und Auffrischungsphase) erhoben. Abgefragt wurden in der Startphase demographische Informationen, Kenntnis über RV Fit, Gesundheit und Leistungsfähigkeit heute, Arbeitsfähigkeit (WAI) und körperliche Fitness (FFB-MOT). Der Fragebogen der Auffrischungsphase beinhaltete ebenfalls die Fragen zu Gesundheit und Leistungsfähigkeit heute, Arbeitsfähigkeit (WAI) und körperlicher Fitness (FFB-MOT) und wurde um Fragen zur persönlichen Bewertung des RV Fit Programms und den Mehrwert für die eigene Person ergänzt.

Ergebnisse

Der/die „klassische“ RV Fit Teilnehmer*in ist im Alter zwischen 46 und 59 Jahren (50,4%), weiblich (66,5%), hat eine allgemeine/ fachgebundene Hochschulreife (37,7%) und ist Vollzeit berufstätig (74,1%). Dies geht aus den Angaben der 500 Evaluationsteilnehmer*innen der Startphase hervor. Auf RV Fit aufmerksam wurden die meisten über das berufliche und private Umfeld. Zwischen den Erhebungszeitpunkten konnten signifikante Unterschiede bei der Bewertung der eigenen Gesundheit ($p < .001$), der Leistungsfähigkeit im Alltag und in der Freizeit ($p < .001$) und der Leistungsfähigkeit im Beruf ($p < .05$) identifiziert werden. Die Arbeitsfähigkeit nach dem WAI verbesserte sich zwischen der Start- und Auffrischungsphase ebenfalls signifikant ($p < .05$), gleiches gilt für die körperliche Fitness nach dem FFB-MOT ($p < .05$). Die positiven Effekte wurden auch durch die Freitextangaben sowie die Bewertung des Programms der 249 Teilnehmer*innen in der Auffrischungsphase deutlich.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der RV Fit Evaluation in Zusammenhang mit der derzeitigen Lage am Arbeitsmarkt auf Grund der immer steigenden krankheitsbedingten Fehltagen und den bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen zum RV Fit Programm verdeutlichen einerseits die Wirksamkeit, aber auch die Notwendigkeit des Präventionsprogramms. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse, dass es noch Optimierungspotential gibt, damit die Teilnehmer*innen umfangreicher und nachhaltiger profitieren können und die Teilnehmerzahl selbst noch weiter ansteigt. Welchen langfristigen Effekt das RV Fit Programm für Teilnehmer*innen aber auch Arbeitgeber und Kostenträger, hat, bleibt nach Literaturrecherche und durchgeführter Evaluation offen. Gerade für die Bewerbung des RV Fit Programms aus Arbeitgebersicht ist dies jedoch relevant. Führt das RV Fit Programm auf den ersten Blick zu einem Ausfall von vier (ambulant) bis acht (stationär) Arbeitstagen wird die Frage nach dem Mehrwert groß. Dieser Mehrwert lässt sich derzeit auf lange Sicht noch nicht ausreichend belegen. Somit bedarf es weiterer Forschungsprojekte zum RV Fit Programm, welche neben dem kurzfristigen auch die langfristigen Effekte des Programms untersuchen.

Take-Home-Message

Das RV Fit Programm hat positive Effekte auf die Gesundheit und die damit verbundene Arbeitsfähigkeit der Teilnehmer*innen.

Literatur

Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2024): Fachkräfte für Deutschland. URL: https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Dossier/fachkraeftesicherung.html, Abruf: 30.07.2024.

Özen, E., Middel, S., Schmidt, J., Tepohl, L. (2024): Welche Ergebnisse erreichen die Teilnehmer während der 3-monatigen Trainingsphase im RV Fit-Präventionsprogramm der DRV? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 33. Rehabilitations-wissenschaftliches Kolloquium. Frankfurt am Main: Zarbock GmbH & Co. KG. 170-172.

Robert-Koch-Institut RKI (2023): Prävention. URL: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Praevention/Praevention_node.html#:~:text=Pr%C3%A4vention%20bedeutet%2C%20die%20Krankheitslast%20in,oder%20weniger%20wahrscheinlich%20zu%20machen, Abruf: 18.06.2024.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024): Krankenstand.
URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-2/krankenstand.html, Abruf: 23.07.2024.

Körperliche Einschränkungen als Prädilektionsfaktoren bei Rehabilitanden mit Adipositas und Diabetes in der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation

Jürgen Wagner; Thomas Helling; Jana Bohro

MEDICLIN Staufenburg Klinik GmbH & Co. KG

Hintergrund und Zielstellung

Adipositas führt zu schweren Folgeerkrankungen, insbesondere muskuloskelettale, Diabetes, psychische Belastungen etc., wird häufig jedoch nicht als eigenständige Erkrankung kodiert und ist in Alleinstellung keine Rehaindikation. Aufgrund der zahlreichen somatischen und psychischen Folgeerkrankungen ist jedoch mit Einschränkungen der beruflichen oder sozialen Teilhabe zu rechnen. Epidemiologische Untersuchungen weisen auf eine zunehmende Adipositasprävalenz bei Jüngeren hin. Wir haben daher an Rehabilitanden mit Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2 oder chron. Nierenerkrankungen, die aufgrund besonderer beruflicher Problemlagen in das MBOR Programm aufgenommen wurden, die Häufigkeit von Einschränkungen der Erbwerbsfähigkeit in der sozialmedizinischen Beurteilung untersucht.

Methoden

250 Patienten mit Adipositas (A.; n=65), Diabetes (D.; n=82) und chron. Nierenerkrankungen (CNI; n=103), die zur stationären Rehabilitation kamen, wurden in einer fortlaufenden Patientenkohorte in die Datenerhebung 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. 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. die statistische Analyse erfolgte deskriptiv.

Ergebnisse

66% der eingeschlossenen MBOR Patienten waren Männer und 34% Frauen im berufstätigen Alter. Patienten mit Adipositas waren tendenziell jünger (Mittelwert: 49 J.), mit Diabetes 53 J. und mit CNI 51 J. Der mittlere BMI lag bei A. bei 49±9,3, bei D. bei 34±11 und bei CNI bei 28±7,2. Arbeitslosigkeit bestand bei den Patienten mit Adipositas vorab in 37%, mit Diabetes in 28% und mit CNI in 27% der Fälle. AU bei Aufnahme bestand bei Patienten mit A. in 18%, D. in 23% und CNI 13%. Eine AU > 6 Mo wiesen Patienten mit A. in 34%, mit D. in 40% und mit CNI in 49% auf. Um die 50% waren vor der Reha jeweils noch in Vollzeit tätig. Die sozialmedizinische Beurteilung erbrachte nach Entlassung eine Einschränkung < 3 Stunden in 18-22% der Fälle. Eingeschränkt [< 3; 3-6] wurden Patienten mit A. in 37%, mit D. in 52%

und mit CNI in 66%. Die Ermittelung der Arbeitsweise zeigte ein körperliche Tätigkeit bei A. in 80%, mit D. in 72% und mit CNI in 80% vs. Bürotätigkeit. Eine SM- Einschränkung erfolgte bei Patienten mit A. und körperlicher Arbeit in 42% vs. Bürotätigkeit in nur in 15%, für D. in 56% vs. 43% und für CNI Patienten in 68% vs. 65%. 17% der Patienten mit A. hatten bereits vor Reha eine ambulante Psychotherapie und erhielten eine Empfehlung in 55% der Fälle für die Nachsorge. Bei 75% der adipösen Patienten bestand eine muskuloskelettale Miterkrankung, in 70% lumbosakrale Beschwerden, in 41% wurden Gonarthrosen genannt.

Diskussion und Fazit

Menschen mit Adipositas in MBOR weisen bereits eine deutliche Einschränkung der Teilhabe im sozialen und beruflichen Leben auf, eine VZ Tätigkeit besteht nur bei der Hälfte, ein Drittel ist arbeitslos und eine AU > 6 Mo besteht bei über einem Drittel der Fälle. Der Großteil der Patienten ist körperlich tätig, dies bedingt einen erheblich höheren Grad der Einschränkung der beruflichen Teilhabe bei über 42% der Patienten im Gegensatz zur Bürotätigkeit (15%). Der wesentliche Treiber in diesem Bereich scheinen muskuloskelettale Erkrankungen zu sein, die in der weiten Mehrzahl dieser Patienten bestehen. Bei Patienten mit CNI, die hohe Raten der EM aufweisen, spielt die Art der Tätigekeit dagegen kaum eine Rolle für die Einschränkung. Bei Patienten mit Adipositas sollte eine Rehabilitation vor MBOR ansetzen, da zu diesem Zeitpunkt bereits erhebliche körperliche und psychische Belastungen vorliegen und häufig nur noch eine Einschränkung festgestellt, aber kaum behoben werden kann.

Take-Home-Message

Patienten mit ausgeprägter A. sind Hochrisikopatienten und sollten frühere, ggf. präventive Massnahmen für eine Gewichtsreduktion erhalten, um die hohen Raten insbesondere an orthopädischen Folgekrankheiten zu vermeiden. Hierzu zählt, auch die Adipositas als Krankheit wahrzunehmen und nicht nur das muskuloskelettale Endstadium oder den Diabetes.

Literatur

Aberle, J., Blüher, M., (2022): Gesundheitsbericht Diabetes 2022. Deutsche Diabetes Gesellschaft. S. 42–47.
Internet: https://www.ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitsbericht.

Ensenauer, R., (2023): PEACHES Studie – Programming of Enhanced Adiposity Risk in CHildhood – Early Screening. UPDATE Ernährungserhebung. Internet: https://www.openagrar.de/receive/openagrar_mods_00087678.

Trauerbewältigung und Teilhabe: Risikofaktoren und persönliche Ressourcen

Julia Brenner; Jens Knispel; Veneta Slavchova; Viktoria Arling

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Der Verlust eines geliebten Menschen stellt für manche Personen eine besonders große psychosoziale Belastung dar. Betroffene einer „Prolongierten Trauerstörung“ (World Health

Organization, 2019) empfinden starken emotionalen Schmerz über längere Zeit und sind häufig von komorbiden Störungen wie einer Depression betroffen (Eisma et al., 2023). Mit Blick auf das Berufsleben kommt es dadurch zu einer unmittelbaren Gefährdung der beruflichen Teilhabe (von verstärkten Fehlzeiten bis frühzeitiger Renteneintritt; Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Um Menschen davor zu schützen, dass ihre Trauer pathologisch wird, sind dementsprechend geeignete Präventions- und Interventionsmaßnahmen erforderlich.

Zur Identifikation gefährdeter Personen kann laut Eisma et al. (2023) die Todesart (erwartet/unerwartet) herangezogen werden, da ihre Untersuchung zeigte, dass unerwartete Verluste eine stärkere Trauerreaktion verursachten als erwartete Verluste. Darüber hinaus stellten sie fest, dass die Fähigkeit, Gedanken neu zu bewerten und dadurch seine Gefühle zu ändern eine Strategie zur Bewältigung von Verlusten und Vermeidung pathologischer Trauerreaktionen darstellte.

Ziel dieser Studie war es zu überprüfen, ob die Todesart und kognitive Neubewertung relevant für die Trauerintensität von Hinterbliebenen sind sowie den Zusammenhang von Depressivität und Trauerintensität zu untersuchen. Daraus ergeben sich drei Fragestellungen: 1) Geht ein unerwarteter Verlust mit einer höheren Trauerintensität einher als ein erwarteter Verlust? 2) Geht hohe kognitive Neubewertung mit geringer Trauerintensität einher? 3) Geht hohe Trauerintensität mit hoher Depressivität einher?

Methoden

Das Untersuchungsvorhaben wurde mittels eines Online-Fragebogens durchgeführt. Von den 210 Teilnehmenden waren 181 (86.2 %) weiblich (Durchschnittsalter: 37.74 Jahre, SD = 12.87 Jahre; Verlustzeit: 6 Monate – 43 Jahre).

Es wurden validierte Messinstrumente zur Erfassung der Trauerintensität, Depressivität und kognitiven Neubewertung eingesetzt. Beispielsweise wurde die Trauerintensität mittels des Inventory of Complicated Grief – Deutsch (Lumbeck et al., 2013) operationalisiert (Beispielitem: „Ich will noch immer nicht wahrhaben, was passiert ist.“, fünfstufige Likertskala von 0 = nie bis 4 = immer). Die Todesart wurde durch ein dichotomisiertes Item erfasst („Handelte es sich bei der für Sie bedeutsamen verstorbenen Person um einen erwarteten oder plötzlichen Tod?“; 1 = erwarteter Tod und 2 = unerwarteter Tod).

Ergebnisse

Über die Hälfte der Teilnehmenden berichteten von einem unerwarteten Verlust (n = 112, 53.3 %). Hinterbliebene eines unerwarteten Verlustes hatten eine höhere Trauerintensität als Hinterbliebene eines erwarteten Verlustes (M = 1.66, SD = 0.78 versus M = 1.23, SD = 0.76; d = 0.53, t(208) = 3.82, p < .001).

Die durchschnittliche Trauerintensität war eher gering. Kognitive Neubewertung wurde durchschnittlich im mittleren Bereich (neutral) eingeschätzt. Depressivität lag im Schnitt zu einem gewissen Grad oder manchmal vor. Umso mehr kognitive Neubewertung angewendet wurde, desto geringer war die Trauerintensität. Je höher die Trauerintensität war, desto stärker war die Depressivität. Für Deskriptionen und Interkorrelationen, siehe Tab. 1.

Tab. 1: Deskriptionen und Interkorrelationen der Trauerintensität, Depressivität und kognitiven Neubewertung

Konstrukt	*M (SD)*	Spanne	1.	2.	3.
1. Trauerintensität[1]	1.47 (0.80)	0.00 – 3.21	(.93)		
2. Depressivität[2]	0.93 (0.79)	0.00 – 3.00	.69***	(.91)	
3. Kognitive Neubewertung[3]	4.22 (1.22)	1.00 – 7.00	-.18**	-.29***	(.85)

Anmerkung: N = 210. Pearson-Korrelation (einseitig): *** $p < .001$, ** $p < .01$. Hohe Werte entsprechen einer hohen Ausprägung auf dem jeweiligen Konstrukt. [1] Trauerintensität: 0 = *nie* bis 4 = *immer*. [2] Depressivität: 0 = *traf gar nicht auf mich zu* bis 3 = *traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit*. [3] Kognitive Neubewertung: 1 = *stimmt überhaupt nicht* bis 7 = *stimmt vollkommen*.

Diskussion und Fazit

Die Studie zeigt, dass starke Trauerintensität mit ausgeprägter Depressivität verbunden ist. Daher ist die Prävention und frühzeitige Intervention bei drohender Trauerfolgestörung wichtig, um die berufliche Teilhabe Hinterbliebener zu sichern und vor einem frühzeitigen Renteneintritt zu schützen. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass die Todesart als Indikator für gefährdete Personen dienen kann, weshalb diesen vom Unternehmen nach dem Verlust einer nahestehenden Person gezielt Hilfe angeboten werden sollte. Die Ergebnisse zeigten zudem, dass eine vielversprechende Strategie zur Verringerung der Trauerintensität die Förderung kognitiver Neubewertung ist. Deshalb sollten Workshops und Trainings angeboten werden, um Mitarbeitenden zu helfen, diese zu erlernen bzw. zu stärken. So können potenziell gefährdete Personen bereits vor einem Verlust besser geschützt werden.

Take-Home-Message

Unerwartete Todesfälle können intensive Trauer begünstigen, während die kognitive Neubewertung als möglicher Schutzfaktor wirkt.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit. (2023): Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Bundesministerium für Gesundheit. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/gesundheit-und-wohlbefinden-am-arbeitsplatz.html, Abruf: 14.10.2024.

Eisma, M. C., Janshen, A., Huber, L. F. T., Schroevers, M. J. (2023): Cognitive reappraisal, emotional expression and mindfulness in adaptation to bereavement: A longitudinal study. Anxiety, Stress, and Coping, 36, 577–589.

Lumbeck, G., Brandstätter, M., Geissner, E. (2012): Erstvalidierung der deutschen Version des „Inventory of Complicated Grief" (ICG-D). Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 41, 243–248.

World Health Organization (2022): ICD-11: International classification of diseases (11. Revision). URL: https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1183832314, Abruf: 14.10.2024.

Entwicklung und Bewertung eines generischen Reha-Outcome-Sets: Relevanz und Veränderungspotential der Domänen aus Expert*innensicht

Gregor Liegl; Claudia Zensen; Mia Grote; Claudia Hartmann; Alexander Obbarius; Felix Fischer; Matthias Rose

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Das übergeordnete Ziel des Projekts „Reha-Toolbox II“ liegt in der methodischen und inhaltlichen Überarbeitung der Rehabilitand*innenbefragung im Rahmen des Reha-Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung. Als Ergebnis soll ein praktikables, aussagekräftiges und flexibles Instrumentarium zur Erhebung der Ergebnisqualität in allen relevanten Indikationsbereichen der medizinischen Rehabilitation zur Verfügung stehen. Das erste Teilziel war die Konzeption eines indikationsübergreifenden Befragungssystems zur Beurteilung des subjektiven Behandlungserfolgs. Das Befragungssystem soll als onlinebasierte Prä-Post-Erhebung konzipiert werden und auf den Selbstberichtsinstrumenten der Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®) Initiative basieren (Cella et al., 2007). PROMIS nutzt moderne testtheoretische Verfahren zur erkrankungsübergreifenden und internationalen Standardisierung von patientenberichteten Ergebnisparametern und ermöglicht eine computer-adaptive Itemauswahl zur ressourcenarmen und gleichsam präzisen Ergebnismessung. Basierend auf einer Recherche von internationalen Initiativen zur Standardisierung von relevanten Domänen der Ergebnisqualität (z.B. ICHOM; siehe Terwee et al., 2021) wurde ein indikationsübergreifendes „Core-Set" als Basis für das Befragungssystem entwickelt. Der erste Entwurf dieses generischen Reha-Outcome-Sets umfasst 9 Domänen für Erwachsene und 10 für Kinder und Jugendliche: soziale Teilhabe (einschließlich beruflich/schulisch), Selbstwirksamkeit im Umgang mit der Erkrankung, körperliche Funktion, kognitive Funktion, Schmerzbeeinträchtigung, Schlafstörungen, Erschöpfung/Fatigue, Depressivität, Ängste/Sorgen und emotionaler Stress/Wut (nur Kinder- /Jugendbereich). Der nächste Entwicklungsschritt, auf den sich der vorliegende Beitrag konzentriert, war die Bewertung des Core-Sets hinsichtlich der Passung für die einzelnen Indikationsbereiche sowie die Identifikation weiterer indikationsspezifischer Outcome-Domänen. Dies erfolgte unter Einbindung von Fachexpert*innen im Rahmen von Workshops.

Methoden

Insgesamt wurden sieben indikationsspezifische Online-Workshops á drei Stunden mit jeweils 8 bis 10 Fachexpert*innen durchgeführt. Die Teilnehmenden repräsentierten 13 verschiedene Rehabilitationsbereiche: zwölf Indikationsbereiche der Erwachsenenrehabilitation (Orthopädie, Kardiologie, Onkologie, Neurologie, Pneumologie, Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie, Abhängigkeitserkrankungen, Innere Medizin, HNO und

psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation) sowie den Bereich der Kinder- und Jugend-Rehabilitation. Teilweise waren mehrere thematisch ähnliche Indikationsbereiche (beispielsweise Orthopädie und Rheumatologie) in einem gemeinsamen Workshop vertreten. Die interdisziplinären Gruppen setzten sich aus mehreren Berufsgruppen zusammen, darunter mindestens eine/ein Fachärztin/Facharzt pro Indikationsbereich. In den Workshops wurden die einzelnen Outcome-Domänen des Core-Sets hinsichtlich der Relevanz und des Veränderungspotentials im jeweiligen Indikationsbereich diskutiert. Die Bewertung der Relevanz umfasste (a) die allgemeine Relevanz des Outcomes in der jeweiligen Indikationsgruppe (Skala 0 bis 10) sowie (b) den Anteil der Zielgruppe, für den das Outcome besonders bedeutsam ist. Die Bewertung des Veränderungspotentials wurde im Hinblick auf (a) die grundsätzliche Veränderbarkeit innerhalb von 3 bis 6 Monaten (Skala 0 bis 10) und (b) die Beeinflussbarkeit durch die Rehabilitation (Skala 0 bis 10) eingeschätzt. In einem zweiten Schritt diskutierten die Fachexpert*innen mögliche zusätzliche Outcome-Domänen, um das Core-Set indikationsspezifisch zu ergänzen.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 60 Fachexpert*innen an den Workshops teil: 15 Ärztinnen, zehn Psychologinnen/Psychotherapeutinnen, sieben Physiotherapeutinnen, sieben Ergotherapeutinnen, ein Logopäde, eine Sportwissenschaftlerin, vier Ernährungswissenschaftler*innen, sechs Sozialdienstmitarbeitende, sechs Pflegekräfte und drei Qualitätsmanagementbeauftragte. Die Relevanzbewertungen der Outcome-Domänen ergaben über alle Indikationsbereiche hinweg durchschnittliche Werte zwischen 6,0 (kognitive Funktion) und 9,4 (soziale Teilhabe). Das Veränderungspotential wurde ebenfalls in allen Domänen als grundsätzlich gegeben eingeschätzt, wobei die Domäne Schlafstörungen mit einem Durchschnittswert von 5,5 für Veränderbarkeit und 5,4 für Beeinflussbarkeit am niedrigsten und die Domäne Selbstwirksamkeit mit 7,1 in beiden Subskalen am höchsten bewertet wurde. Sowohl für den Kinder- und Jugendbereich als auch in den spezifischen Indikationsgruppen der Erwachsenen-Rehabilitation wurde festgestellt, dass soziale Teilhabe und Selbstwirksamkeit als besonders relevante und beeinflussbare Outcomes angesehen werden können. Als weiteres Ergebnis wurde die „Symptombelastung“ als zusätzliche Domäne in das Set aufgenommen, da spezifische Symptome (z.B. Juckreiz, Druck auf der Brust) in einzelnen Indikationsbereichen (z.B. Dermatologie, Kardiologie) als fehlende Outcomes identifiziert wurden.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse bestätigen das Potenzial des Reha-Core-Sets zur indikationsübergreifenden Erhebung des Behandlungserfolgs. Insbesondere die Relevanz und Beeinflussbarkeit der Domänen soziale Teilhabe und Selbstwirksamkeit spiegeln die zentralen Zielstellungen der medizinischen Rehabilitation wider. Die Ergänzung um eine Domäne zur Symptombelastung kann die Aussagekraft des Core-Sets weiter erhöhen. Im nächsten Schritt erfolgt die Finalisierung des onlinebasierten Befragungssystems, das in der anschließenden Feldphase empirisch erprobt werden soll.

Take-Home-Message

Das entwickelte Reha-Outcome-Set bietet ein vielversprechendes Instrument zur Sicherung der Ergebnisqualität in der Rehabilitation und lässt indikationsübergreifend eine hohe Relevanz und ein großes Veränderungspotential erwarten.

Literatur

Cella, D., Yount, S., Rothrock, N., Gershon, R., Cook, K., Reeve, B., Ader, D., Fries, J.F., Bruce, B., Rose, M. (2007): The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS): progress of an NIH Roadmap cooperative group during its first two years. Medical Care 45(5 Suppl 1):S3-S11.

Terwee, C.B., Zuidgeest, M., Vonkeman, H.E., Cella, D., Haverman, L., Roorda, L.D. (2021): Common patient-reported outcomes across ICHOM Standard Sets: the potential contribution of PROMIS®. BMC Medical Informatics and Decision Making 21:1-13.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Implementierung von „PROMS“ Ergebnismessungen zur verbesserten Therapiesteuerung in der stationären Rehabilitation

Tobias Ohmann; Heithem Ben Abdallah; Christian Schmitz

BG Klinikum Duisburg

Hintergrund und Zielstellung

Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zielen darauf ab, eine patientenzentrierte Versorgung zu erleichtern, indem zusätzlich zu objektiven Parametern auch subjektive Einschätzungen der Patienten und Patientinnen herangezogen werden. Der mehrdimensionale Charakter vieler PROMs, der z.B. verschiedene Domänen der Lebensqualität vergleichbar macht, eignet sich während der stationären Rehabilitation unter anderem zur Therapiesteuerung. Zudem dienen PROMs als Qualitätsindikator und können somit positive motivierende Effekte für Patienten, Therapeuten und Ärzte haben.

Im BG Klinikum Duisburg werden stationäre Rehabilitationspatienten zu Beginn und zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme mit PROMs befragt. Angelehnt an die Initiative für Qualitätsmedizin (IQM) wurden jeweils ein gelenknahes bzw. verletzungsnahes Assessment sowie ein Fragebogen zur Erfassung der generischen Lebensqualität genutzt. Ziel der therapiebegleitenden Befragung ist eine gezieltere Therapiegestaltung mit Hinblick auf das Bio-psycho-soziale Modell.

Methoden

In diese Untersuchung wurden bereits mehr als 1000 stationäre Patienten des BG Klinikum Duisburg einbezogen. Die Patienten wurden in drei Gruppen, je an Lokalisation der Verletzung, entweder am Rücken, der oberen oder unteren Extremität unterteilt. Sämtliche Patienten beantworteten den PROMIS-29 für die generische Lebensqualität. Für die untere Extremität wurde der Western Ontario und McMaster Universities Osteoarthritis Index

(WOMAC) verwendet. Der DASH-Score wurde zur Erfassung der subjektiven Funktion der oberen Extremitäten verwendet. Für Verletzungen am Rücken verwendeten wir den Extremity Core Outcome Measures Index (COMI-back). Die Daten werden kontinuierlich seit Anfang 2023 erhoben. Wir stellen hier Teildaten von 337 (168 UE, 141 OE, 28 Rücken) Patienten vor, die beide Assessments zu Beginn der Rehabilitation (T0) und zum Ende der Maßnahme (T1) vollständig ausgefüllt hatten.

Ergebnisse

Die Analysen der Teildaten zeigte eine erwartbare Verbesserung in allen drei Sets. Der DASH verbesserte sich von 49,2 ± 19,6 auf 43,5 ± 20,1. Der Womac-Score zeigte ebenfalls eine leichte Verbesserung (45,2 ±16 auf 43,2 ± 21,2) und auch der Comi-Score (6,2 ±1,6 auf 6,8 ± 1,5) zeigte ein leichte Verbesserung. Zurzeit werden die Daten in tiefe analysiert. So werden die drei Subgruppen noch feiner differenziert. Zudem wollen wir uns den Einfluss psychischer Faktoren gemessen am PROMIS-29(Domänen Angst und Depression) auf den Heilungsverlauf untersuchen. Zum Zeitpunkt der Postervorstellung rechnen wir mit einem Datensatz von ca. 1500 Patienten.

Diskussion und Fazit

Unsere begleitende Forschung zielt darauf ab, den Therapieverlauf von BG Patientinnen und Patienten genauer zu verstehen und wohlmöglich steuern zu können. So könnten in Zukunft Patienten, die Auffälligkeiten in einer der Domänen des PROMIS-29 zeigen gezielter therapiert werden.

Zudem helfen uns die Daten Therapieversager zu erkennen und rechtzeitig gemäß dem bio-psycho-sozialen Modell zu adressieren.

Take-Home-Message

Die automatisierte Implementierung und die Analyse von PROMs bei Rehabilitationspatienten während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme und darüber hinaus (follow-up) erlaubt uns eine gezieltere Therapiebegleitung sowie die Vorhersage von Therapieerfolgen.

Literatur

Heinemann, A. W. et al. 2022: Implementing patient-reported outcome measures in inpatient rehabilitation: challenges and solutions. Archives of physical medicine and rehabilitation 103, S67-S77 (2022).

Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL): Ausdrucksstärke und Vereinfachungspotential ?

Rainer Kaluscha[1]; Markus Thiede[2]; Lisa Hertrich[1]; Nadine Schmidt[2]; Anke Mitschele[2]

[1] Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm),
[2] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) ist eine wichtige Grundlage für die Qualitätssicherung in der Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung, 2015). Sie soll eine

differenzierte Darstellung des therapeutischen Geschehens in den Rehabilitationseinrichtungen ermöglichen, ohne bei der Dokumentation der erbrachten Leistungen unnötigen Aufwand zu verursachen. Daher stellte sich die Frage, ob die vorliegende Klassifikation ausdrucksstark genug ist, um etwa bei unterschiedlichen Erkrankungen auch unterschiedliche Therapieschwerpunkte widerzuspiegeln. Ferner wurde geprüft, ob Spielraum für weitere Vereinfachungen, z.B. durch Zusammenlegung ähnlicher Kodes, vorhanden ist, um einen möglichst übersichtlichen Leistungskatalog zu erhalten (Gaus, 2005).

Methoden

Anlässlich der laufenden Überarbeitung der KTL-Version 2015 erfolgen daher weitere Analysen der bisherigen Nutzung (Kaluscha et al., 2023).

Eingeschlossen wurden anonymisierte Daten zu 1.030.229 Rehabilitationsmaßnahmen der Jahre 2019 – 2022, die einem der fünf häufigsten Reha-Therapiestandards (d.h. Brustkrebs, chronischer Rückenschmerz, Depression, KHK= koronare Herzkrankheit, TEP= Gelenkersatz) zugeordnet waren und die zwischen 14 und 42 Tage dauerten.

Untersucht wurde zum einen die Variation der Therapie zwischen unterschiedlichen Erkrankungen und zum anderen die Variationsbreite innerhalb des gleichen Krankheitsbildes.

Ergebnisse

Insgesamt wurden in der Stichprobe 407 unterschiedliche KTL-Kodes verwendet, innerhalb der einzelnen Therapiestandards waren es zwischen 292 (Brustkrebs) und 374 (Depression).

Bei den fünf Therapiestandards zeigen sich bereits auf der Ebene der KTL-Kapitel unterschiedliche Therapieschwerpunkte (Abb. 1).

Innerhalb der einzelnen Therapiestandards zeigt sich eine deutliche individuelle Variation (vgl. z.B. die Interquartilsabstände der Therapieminuten bei Physiotherapie in Tab. 1).

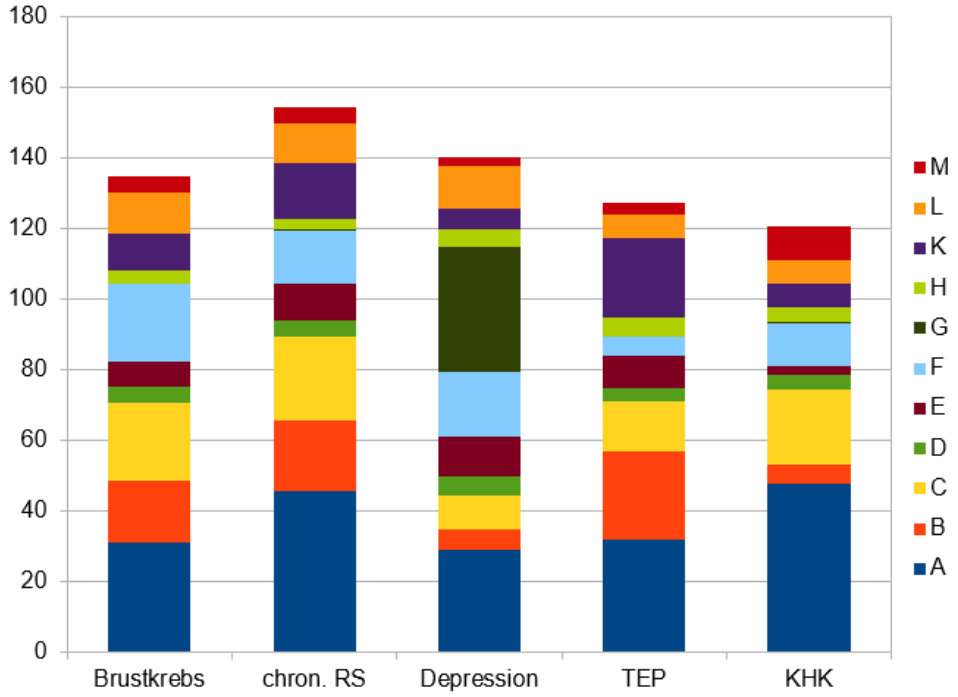


Abb. 1: Durchschnittliche tägliche Therapiedauer (in Minuten) nach KTL-Kapitel und Reha-Therapiestandard

Tab. 1: Therapieminuten Kapitel B (Physiotherapie) während gesamter Reha nach Reha-Therapiestandard (jeweils 5., 25., 50., 75. und 95. Perzentil)

Reha-Therapiestandard	KTL-Kapitel	Perzentile 5%	25%	50%	75%	95%
Brustkrebs	B	90	270	420	570	870
chron. RS	B	120	330	510	720	1.105
Depressionen	B	0	0	180	360	690
TEP	B	230	470	630	840	1.200
KHK	B	0	0	90	240	495

Diskussion und Fazit

Das breit gefächerte Therapieangebot in der medizinischen Rehabilitation zeigt sich auch beim Vergleich der Therapien zwischen den fünf Reha-Therapiestandards. Dabei zeigt jeder ein eigenes Muster mit Therapieschwerpunkten wie z.B. die Psychotherapie bei Depression. Aber auch beim Vergleich der beiden orthopädischen Therapiestandards zeigen sich Unterschiede: bei TEP sind Physiotherapie (Kap. B) und Physikalische Therapie (Kap. K) stärker betont, während beim chronischen Rückenschmerz Bewegungstherapie (Kap. A) und Information/Schulung (Kap. C) stärker genutzt werden.

Beim Vergleich innerhalb eines Therapiestandards zeigt sich erwartungsgemäß wegen der damit verbundenen Vorgaben eine relativ geringe Variationsbreite bei den Kerninhalten, während andere Leistungen gemäß individuellen Bedarfen, z.B. aufgrund von Komorbiditäten, stärker variieren. Dies zeigt sich z.B. bei der Physiotherapie (Kap. B). Beim Gelenkersatz (TEP) oder dem chronischen Rückenschmerz gehört sie zum Kernbereich und wird fast immer eingesetzt, während die Schwankungsbreite der Therapiedauer in diesem Bereich bei Depressionen oder koronarer Herzkrankheit (KHK) deutlich größer ist.

Die Ausdrucksstärke der KTL 2015 reicht also bereits auf Kapitelebene aus, um relevante Unterschiede im Therapiegeschehen abzubilden. Insofern besteht Potential für weitere Vereinfachungen, wie z.B. Zusammenfassungen ähnlicher Leistungen innerhalb eines Kapitels.

Take-Home-Message

Ein Blick in die bisherige Dokumentationspraxis der KTL 2015 zeigt, dass bereits bei einer Betrachtung auf Kapitelebene Unterschiede im Therapiegeschehen bei unterschiedlichen Krankheitsbildern erkennbar werden und somit bei den Einzelkodes Spielraum für Vereinfachungen besteht.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2015): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Ausgabe 2015.

Gaus, W. (2005): Dokumentations- und Ordnungslehre. Theorie und Praxis des Information Retrieval. 5. Aufl. Berlin: Springer.

Kaluscha, R., Thiede, M., Kranzmann, A., Mitschele, A. (2024): Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL): Nutzung und Kodierungsverhalten in den Jahren 2019–2022. In: Tagungsband „33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium“, DRV-Schriften 130, S. 530 – 532.

Interessenkonflikt: Rainer Kaluscha und Lisa Hertrich sind beim Auftragnehmer für die KTL-Überarbeitung (IFR Ulm) beschäftigt; Markus Thiede, Nadine Schmidt und Anke Mitschele bei deren Auftraggeber (Deutsche Rentenversicherung Bund).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Lehrküchen in der Reha – eine Bestandsaufnahme (im Rahmen von LeKER)

Sigrid Hahn[1]; Anne Schumacher[1]; Andrea Reusch[2]; Christian Toellner[3]; Felicitas Härlin[4]

[1] Hochschule Fulda, [2] Zentrum für Patientenschulung und Gesundheitsförderung e.V., [3] Frankenland-Klinik, [4] Fachklinik Sonnenhof

Hintergrund und Zielstellung

Lehrküchen werden von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV-Bund) als strukturrelevant angesehen (DRV Bund 2023b). In der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, DRV Bund 2015) sind Lehrküchen als indikationsspezifische (M621) und indikationsübergreifende (M622) Gruppenveranstaltungen verankert. Konkrete Vorgaben für die Lehrküchenausstattung und Durchführung der Lehrküchenveranstaltungen (LKV) fehlen – auch international. Das Forschungsprojekt „Lehrküchen - Bestandsaufnahme und Empfehlungen für standardisierte Konzepte in der medizinischen Rehabilitation (LeKER)“ schließt diese Lücke. In einem mehrstufigen Forschungsprozess (Literaturrecherche, bundesweite Befragung und Expert:innen-Delphi-Prozess) werden erstmals Empfehlungen für die LKV erarbeitet.

Ziel der hier vorgestellten Untersuchung ist die Ermittlung des Status Quo der LKV in Rehabilitationseinrichtungen.

Methoden

Es wurde ein standardisierter Fragebogen mit 79 (geschlossenen und offenen) Fragen mit acht Themenfeldern entwickelt: Allgemeine Angaben und strukturelle Merkmale, Raum und Ausstattung, Qualitätsmerkmale, Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung, Abschließende Einschätzung sowie Soziodemographische Angaben.

Über die DRV-Bund wurde der Link zum Online-Fragebogen an 1.479 Einrichtungen versandt. Auf den Internetseiten der Hochschule Fulda sowie der Berufsverbände VDD und VDOE wurde zusätzlich auf die Umfrage hingewiesen. Teilnehmen konnten alle Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kinder- und Jugendlichenrehabilitation sowie Abhängigkeitserkrankungen. Der Erhebungszeitraum war vom 15.09. bis 24.10.2024.

Ergebnisse

Der Link wurde 412-mal aufgerufen, 127 Fragebogen wurden ausgefüllt, 116 konnten in die Auswertung einbezogen werden (Rücklaufquote < 10 %). Häufigste Indikationen in den Einrichtungen waren Orthopädie 29 %, Psychosomatik 19 %, Onkologie 13 % und Kardiologie 12 % (Mehrfachnennung (MN)). Die Rehabilitanden erhalten überwiegend eine bis drei Stunden Ernährungstherapie. Die Gruppengröße in der LKV liegt meist unter neun

Rehabilitanden und die Zuweisung erfolgt in 84 % der Fälle auf Wunsch der Rehabilitanden (MN). In 46 % der Fälle ist die LKV nicht zwingend mit weiteren ernährungstherapeutischen Maßnahmen verknüpft. Bei 90 % umfasst die LKV das Kochen und gemeinsame Essen (MN). 78 % der LKV sind indikationsübergreifend. Die häufigsten Themen (MN) sind gesunde Alltagsernährung (87 %), Gewichtsreduktion (79 %) und gesunde Ernährung im Berufsalltag (73 %). Krankheitsspezifische Inhalte wie Gicht/Harnsäure (25 %), Allergien/Unverträglichkeiten (20 %), Mangelernährung oder chronisch entzündliche Darmerkrankungen (je 10 %) werden deutlich seltener genannt (MN). Nur 52 % der Befragten formulieren konkrete LKV-Ziele. Didaktisch wird sowohl der praktischen Küchentechnik als auch der Kommunikation und Motivation eine hohe Bedeutung zugesprochen. Das gemeinsame Essen, in der Regel mit den Ernährungsfachkräften, wird von 81 % als Bestandteil des Lehrküchenkonzeptes gesehen und zur Beurteilung der Rezepte (89 %; MN) genutzt (n = 111). Die für die einzelnen Prozessschritte zur Verfügung stehende Zeit wird insbesondere im Bereich der Evaluation und Dokumentation als nicht ausreichend beschrieben. Entsprechend erfolgt bei 30 % keine Evaluation der LKV durch die Rehabilitanden. Durch Anleitende wird die LKV selten (27 %) oder nie (33 %) evaluiert. Die Geräteausstattung wird überwiegend als ausreichend bis gut beschrieben. In 17 % der Fälle fehlen Arbeitsplätze für Personen mit Beeinträchtigung und in 25 % der Fälle zielgruppengerechte Arbeitsmaterialien.

Diskussion und Fazit

Trotz eines Rücklaufs von unter 10 % stimmt die Häufigkeit der Indikationen in den teilnehmenden Einrichtungen mit der Reihung des Reha-Berichts 2023 überein (DRV Bund 2023a). Allgemeine Angaben zu ernährungstherapeutischen Angeboten decken sich mit den Ergebnissen aus dem Projekt SErFo (Meng et al., 2020). Raum und Ausstattung der Lehrküchen werden überwiegend als gut bewertet. Im Bereich der Strukturen und Prozesse bestehen offensichtlich große Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Dies gilt für die Indikationen, die Zuweisung und ausdrücklich für die Einbindung der LKV in das Reha-Therapiekonzept. Kritisch zu diskutieren, ist die seltene Evaluation und Dokumentation aufgrund fehlender Zielformulierung und zeitlichen Limitationen erklären. Indikationsübergreifende Veranstaltungen und fehlende Einbindungen in ein größeres ernährungstherapeutisches Konzept erschweren zudem eine Zielformulierung. Folglich ist die Entwicklung strukturierter, lehrzielorientierter Konzepte für die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der LKV dringend erforderlich. Hier können die Empfehlungen für die strukturierte Konzeption, Zielformulierung, Evaluation und Dokumentation einen wichtigen Beitrag leisten.

Take-Home-Message

Die LKV ist ein handlungsorientierter, therapeutischer Ansatz, der in Rehabilitationseinrichtungen regelmäßig durchgeführt wird – es fehlt den Einrichtungen jedoch häufig ein strukturiertes Konzept.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung [DRV] Bund (Hrsg.) (2015): KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Klassifikationen-und-Dokumentationshilfen/klassifikationen_dokumentationshilfen.html, Abruf: 10.10.2024.

Deutsche Rentenversicherung [DRV] Bund (Hrsg.) (2023a): Reha-Bericht 2023. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2023.html, Abruf: 10.10.2024.

Deutsche Rentenversicherung [DRV] Bund (Hrsg.) (2023b): Strukturqualität von Reha-Fachabteilungen. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_strukturqualitaet/strukturqualitaet_reha_fachabteilungen.html, Abruf: 10.10.2024.

Meng, K.; Klemmt, M.; Toellner, C.; Reusch, A. (2020): Ernährungsbezogene Gruppenangebote in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. In: Die Rehabilitation 59: 78–86. URL: https://doi.org/10.1055/a-0956-5799, Abruf: 17.10.2024.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Physiotherapeutische Stellenschlüssel im stationären Bereich deutscher Universitätskliniken. Ein Benchmark auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Christoph Egen; Andrea Bökel

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Physiotherapie in Krankenhäusern hat eine hohe Relevanz sowohl für den Genesungsprozess von Patient*innen als auch für eine Reduzierung der Verweildauer (Schweickert et al., 2009, Schallert et al., 2016, Mahesh et al., 2022). Trotzdem spiegelt sich diese medizinische und ökonomische Relevanz im derzeitigen Vergütungssystem der Diagnosis Related Groups (DRG) nicht adäquat wider. Aus diesem Grund ist der physiotherapeutische Stellenschlüssel in Universitätskliniken häufig Gegenstand von Controlling-Gesprächen. Die Berechnung eines adäquaten Stellenschlüssels stellt eine Herausforderung dar, da Case-Mix-Punkte, Fachgebiete und Anzahl von Intensivbetten sicher einen signifikanten Einfluss haben. Ein Benchmark, welches diese Einflussfaktoren berücksichtigt, konnte aufgrund der Komplexität bislang nicht realisiert werden. Eine niederschwellige Alternative zu Datengewinnung bieten dafür die vom Gemeinsamen Bundesausschuss jährlich veröffentlichten Qualitätsberichte der Krankenhäuser.

Methoden

Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser enthalten unter anderem Angaben zum stationären physiotherapeutischen Personal sowie zur Gesamtbettenzahl der jeweiligen Krankenhäuser. Es erfolgte eine systematische Datenerfassung aus den Qualitätsberichten von 35 im Verband Deutscher Universitätsklinika (VUD) organisierten Universitätskliniken in Deutschland durch zwei unabhängige wissenschaftliche Mitarbeitende. Um die physiotherapeutische Kapazität innerhalb der verschiedenen Universitätskliniken miteinander vergleichen zu können, wurde die durchschnittliche Zahl der Vollzeitkräfte (VK) des Jahres 2022 mit Hilfe der entsprechenden Bettenanzahl auf 100 Betten normiert

(Egen et al., 2020, Egen et al., 2024). Die Darstellung der durchschnittlichen Personalkapazität erfolgt deskriptiv durch Angabe des Mittelwerts, der Standardabweichung und des Median.

Ergebnisse

Im Durchschnitt (MW) haben die analysierten Universitätskliniken 3,10 VK pro 100 Betten im physiotherapeutischen Einsatz – bei einer Standardabweichung von 0,98. Der Median liegt bei 3,03 VK (Egen et al., 2024). Den höchsten Stellenschlüssel hat die Universitätsklinik Essen mit 5,97 VK den niedrigsten Stellenschlüssel verzeichnete die Universitätsklinik Rostock mit 1,02 VK auf 100 Betten.

Diskussion und Fazit

Das hier vollzogene Benchmark anhand der öffentlich einsehbaren Qualitätsberichte kann eine erste Orientierungsgrundlage über die unterschiedlichen physiotherapeutischen Stellenschlüssel für Klinikleitungen geben. Allerdings ist die Qualität der Datenerhebung der Krankenhäuser für diese Berichte bislang sehr heterogen, so dass viele Limitationen bei der Interpretation zu berücksichtigen sind. Dabei sind sowohl unbeabsichtigte Falschangaben und als auch eine teils fehlende Trennung von stationärem und ambulantem Personal mögliche Fehlerquellen.

Perspektivisch könnte eine Benchmark-Erhebung, die auch Case-Mix-Punkte, jeweilige Fachgebiete und Fallzahlen mit in der Auswertung berücksichtigt die Ergebnisqualität deutlich verbessern.

Take-Home-Message

Die Qualitätsberichte bieten bei entsprechender Datenqualität prinzipiell eine gute Grundlage für ein Benchmark der Krankenhäuser bezüglich ihrer Stellenschlüssel verschiedener Gesundheitsberufe.

Literatur

Egen, C., Schäfer, P., Gutenbrunner, C., Sturm, C. (2020): Therapeutische Situation von Universitätskliniken. Eine Analyse der Qualitätsberichte 2018. das Krankenhaus 2020; 10. 889-896.

Egen, C., Sturm, C., Schiller, J., Gartmann, J., Bökel, A. (2024): Physiotherapeutische Kapazität im stationären Bereich deutscher Universitätskliniken. Ein Benchmark auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2022. Phys Med Rehab Kuror. DOI: https://doi.org/10.1055/a-2375-3987

Mahesh, A.H., Mahadevan, R., Krishnararo, C.S. (2022): Impact of Physiotherapy on Functional Status and Length of Stay of Patients Admitted to Intensive Care Unit. Current Respiratory Medicine Re-views, 18(4). 267-274.

Schallert, S., Anstey, M., Blobner, et al. (2016): Early, goal-directed mobilization in the surgical intensive care unit: a randomized controlled trial. Lancet, 388. 1377-1388.

Schweickert, W.D., Pohlman, M.C., Pohlman, A.S., et al. (2009): Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. Lancet, 373. 1874-1882.

Bedarfsgerechte Rehabilitationsvorbereitung für langzeiterkrankte Versicherte: Erste Nutzungsdaten einer hybriden Intervention

Bettina Begerow; Linda Richter; Paula zu Klampen; Natalie Schüz

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Hintergrund und Zielstellung

Langzeiterkrankte Personen, die ihre medizinische Rehabilitation aufgrund einer Aufforderung durch ihre Krankenkasse oder die Agentur für Arbeit antreten, profitieren laut Reha-Statistik weniger von der Reha als Personen mit eigeninitiierten Antragsverfahren (Krischak, et al., 2018). Die Auflagen zur Antragsstellung treffen bei Personen mit gesundheitlichen und Teilhabeeinschränkung oftmals auf Ängste, Unsicherheit oder Unmut und überschatten einen motivierten Reha-Antritt oder eine gezielte Reha-Vorbereitung. Das rehapro-Projekt BASE adressiert diese Problematik mit einem hybriden adressaten-orientierten Vorbereitungsangebot. Die interaktive Onlineplattform mico wird begleitet durch persönliche Reha-Coachings und bietet eine differenzierte und ressourcenorientierte Reha-Vorbereitung. Teilnehmende erhalten Informationen, werden in ihrer Reflexion und Ziel-formulierung sowie in ihrem Selbstwirksamkeitserleben unterstützt. Seit Februar 2024 werden aufgeforderte Versicherte von drei DRVen zur Teilnahme eingeladen. Die Versichertengruppe beschrieb sich in einer Pilotstudie als psychisch und somatoform beschwerdereich (Baur et al., 2024), und es ist von einem erhöhten Risiko für Erwerbs-minderung auszugehen. Erste Nutzungsauswertungen prüfen, ob sich diese mehrfachbelastete Zielgruppe mit einem freiwilligen, digitalen Angebot erreichen lässt und ob ein zeit- und ortsunabhängiger Onlinezugang mit Option auf persönliche Begleitung die Nutzungs-motivation stärkt. Digitale Interventionen für psychische Gesundheit lassen sich gerade dann als vielversprechend bewerten, wenn sie durch persönliche Interaktionen begleitet wer-den (Fuhr et al., 2024). Ziel ist es, langfristig Online- und Hybridangebote in den Leistungen der DRV zu platzieren.

Methoden

Über die Administrationsebene der Onlineplattform mico werden Nutzungsdaten protokolliert. So wird die Nutzung der Inhalte, die Verweildauer, die Antworten im Eingangs-Assessment und die gewählte Sprache auf mico sichtbar. Die Nutzungsdaten der Interventionsgruppe wurden deskriptiv ausgewertet und vier Nutzungsgruppen identifiziert: hybrid Nutzende (intensive Plattformnutzung und persönliche Interaktion mit Coaches; n= 239), Besuchende (kurze Verweildauer, Nutzung weniger Bausteine; n= 551), Plattformer (intensive Nutzung der Plattform; n= 727), Chatter (ausschließliche Chatnutzung; n= 20). Nicht berücksichtigt wurden n= 170, die das Assessment nicht abgeschlossen haben.

Die Gruppen wurden hinsichtlich der Antworten im Assessment sowie der Nutzung der Bausteine beschrieben und mit den Merkmalen Geschlecht, Alter, Aufforderungs-Paragraph sowie zuständigem Träger verknüpft. Die Gruppe der hybrid Nutzenden wird nachfolgend beleuchtet.

Ergebnisse

Von 18.076 eingeladenen Versicherten haben sich 2.756 Versicherte auf mico angemeldet und wurden 2:1 randomisiert (Kontrollgruppe n= 1.049, Interventionsgruppe n= 1.707), das entspricht einer Teilnahmequote von 15 %. Die hybrid Nutzenden wurden zu 64 % von ihrer Krankenkasse aufgefordert, sind im Median 53 Jahre alt und zu 67 % weiblich. Ein Großteil der hybrid Nutzenden geben im Assessment an, dass sie nicht gern weg von Zuhause und von fremden Menschen umgeben sind. Ebenso weiß der größere Anteil nicht, wie die Reha bei der Bewältigung der gesundheitlichen Situation helfen kann und 72 % sind unsicher oder haben keine Idee, was sie selbst zur Verbesserung ihrer Situation beitragen können. Über die Hälfte der hybrid Nutzenden geben an, dass sie unsicher mit ihrem Reha-Ziel sind oder noch kein Ziel haben.

Diskussion und Fazit

Die Daten geben erste Hinweise zu einer bislang wenig untersuchten, belasteten Zielgruppe. Das Baukastensystem der Intervention ermöglicht eine individuelle bedarfsgerechte Nutzung. Eine beson-ders aktive Nutzungsgruppe nutzt sowohl die informativen und reflektiven Anwendungen der Onlineplattform mico als auch das persönliche Reha-Coaching. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass Selbstwirksamkeitsempfinden eine Rolle bei der Nutzung von digitalen Interventionen spielt (Boucher et al., 2021). So könnte die persönliche Beratung Teilnehmende mit verminderter Selbstwirksamkeit darin unterstützen, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken und so eine aktive Beschäftigung mit den Plattforminhalten begünstigen. Diese Personen profitieren dann möglicherweise besonders von der hybriden Konzeption der Intervention.

Take-Home-Message

Die hybride Intervention wird von der Zielgruppe genutzt und die angestrebte Nutzungsquote konnte bislang sogar überschritten werden. Die im Assessment erfassten Bedarfe einer teilhabegeminderten Versichertengruppe können durch die hybride Intervention gedeckt werden.

Literatur

Baur, C. et al. (2024): Wenn die medizinische Rehabilitation aufgrund gesetzlicher Bestimmungen veranlasst wird: Befürchtungen und Motivation zur Antragstellung Aufgeforderter. DRV-Schriften. 2024, Bd. Band 130, S. 385-387.

Boucher, E. M. et al. (2021): Artificially intelligent chatbots in digital mental health interventions: a review. Expert Review of Medical Devices. 18(sup1), 2021, S. 37-49.

Fuhr, D.C. et al. (2024): Digitale Technologien zur Verbesserung der psychischen Gesundheit. Bundesgesundheitsbl. 2024, Bd. 67, S. 332-338.

Krischak, G. et al. (2018): Abschlussbericht: Adjustierung und Modifikation der Rehabilitandenbefragung (ADMO-1). 2018.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, rehapro

Erprobung eines Algorithmus zur Analyse von Krankenversicherungsdaten: Erkenntnisgewinne aus der formativen Evaluation des Rehapro-Projekts ZAR

Wolfgang Schömig; Madeline Richter; Karoline Mertens; Heiner Vogel

Universitätsklinikum Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Chronische Rückenschmerzen sind ein verbreitetes Gesundheitsproblem mit erheblichen Auswirkungen auf Lebensqualität und Erwerbsfähigkeit der Betroffenen. Studien haben gezeigt, dass der Risikoindex für Erwerbsminderungsrenten einen signifikanten Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit der Entwicklung chronischer Erkrankungen, einschließlich Rückenschmerzen, aufweist (Kröger et al., 2019, Wolff et al., 2020). Der Einsatz eines Algorithmus zur Identifizierung von Risikokonstellationen kann entscheidend sein, um frühzeitig in Chronifizierungsprozesse einzugreifen. In der Studie ZAR wird ein Algorithmus evaluiert, der spezifische Risikofaktoren für chronische Rückenschmerzen erfasst und einen Fokus auf einen möglichen Rehabilitationsbedarf bzw. das Risiko auf Erwerbsminderungsrente legt. Dieser wird an den Versichertendaten der AOK Bayern erprobt.

Die Studie wird im Rahmen einer formativen Evaluation durchgeführt, um fortlaufend Rückmeldungen und Erkenntnisse zur Optimierung und Verstetigung dieses Rehazugangsweges zu gewinnen.

Methoden

Um die Prozessqualität und die Effektivität des Algorithmus zu bewerten, kommt ein Methodenmix zum Einsatz. Studienteilnehmende erhalten zu Beginn, nach der Rehabilitation sowie zu zwei weiteren Zeitpunkten einen Fragebogen. Neben standardisierten Erhebungsinstrumenten wurden eigene Items entwickelt (offene und geschlossene Antwortformate). Zudem wurden qualitative Interviews mit den Prozessbeteiligten der AOK und Rentenversicherung durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Die Implementierung des Algorithmus und dessen erste Anwendung auf den Datenbestand der AOK erfolgte im Frühjahr 2024. Insgesamt sind drei Anwendungen des Algorithmus geplant, um für die Interventionsgruppe 500 Personen rekrutieren zu können. Die ersten identifizierten Versicherten wurden randomisiert der Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen und im Frühsommer 2024 von der AOK angeschrieben. Während die Interventionsgruppe eine Reha-Empfehlung erhielt, wurde die Kontrollgruppe auf einen möglicherweise vorliegenden chronischen Krankheitsverlauf hingewiesen. Nach diesem ersten Informationsschreiben wurden bei vorliegender Interessensbekundung alle relevanten Unterlagen (z. B. Antrag auf Rehabilitation) in einem zweiten Schreiben beigelegt. Durch den Einsatz des Algorithmus kann ein verkürztes Antragsverfahren DRV-seitig durchgeführt werden (z. B. Wegfall ärztlicher Befundbericht und der Prüfung des medizinischen Dienstes der DRV). Alle nachfolgenden Prozessschritte werden im Sinne einer möglichen Verstetigung im Routinebetrieb von AOK, DRV Nordbayern und von orthopädischen Rehakliniken bearbeitet.

Ergebnisse

Im Zuge des Beitrags werden erste Befragungsergebnisse aus der Ausgangsbefragung der Interventions- und Kontrollgruppen vorgestellt. Außerdem werden wesentliche Erkenntnisgewinne aus dem oben dargelegten Prozessablauf mit Hinblick auf Verstetigungspotenzial dargestellt.

Die ersten Befragungsergebnisse lassen erkennen, dass das Verfahren durch die Versicherten durchweg positiv wahrgenommen wird. Sie stehen der Analyse der Daten durch einen Algorithmus zum Zweck der Erkennung von Risikofaktoren positiv gegenüber. Der Gesundheitszustand sowie der gewählte Zeitpunkt werden als zutreffend beschrieben. Mit der verwendeten Herangehensweise scheinen die Versicherten ebenfalls zufrieden zu sein.

Die Erkenntnisse der prozessbeteiligten Sozialversicherungsträger lassen sich in studienspezifische Einsichten und allgemeine Überlegungen für eine mögliche Verstetigung unterteilen. Im Kontext der Studie wurden lediglich Versicherte der DRV Nordbayern berücksichtigt. Es zeigte sich, dass anhand des bisher gewählten Vorgehens keine eindeutige und ressourcenschonende Zuordnung zum Rentenversicherungsträger möglich ist. Lediglich durch eine schnittstellenübergreifende Zusammenarbeit konnte diese Zuordnung getroffen werden.

Im Hinblick auf eine spätere Verstetigung gilt es herauszuarbeiten, wie und ob die Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bei der alleinigen Anwendung des Algorithmus auf die Krankenkassendaten gewährleistet werden kann. Dies gilt insbesondere für das Kriterium des Zeitpunktes der letzten Rehabilitationsleistung. Eine entscheidende Rolle spielt hier die Aktualität des Datenbestandes der Krankenkasse. Es empfiehlt sich den Algorithmus auf den aktuellen Bestand anzuwenden, um unrealistische Erwartungen bei den Versicherten zu vermeiden.Ebenso müssen datenschutzkonforme Wege der Kommunikation und Übermittlung von notwendigen Informationen beachtet werden (z. B. Leitdiagnose).

Diskussion und Fazit

Aufgrund der begrenzten Stichprobengröße und des noch laufenden Studienprozesses sind die bisherigen Ergebnisse vorläufig und lassen keine endgültigen Schlussfolgerungen zu. Dennoch liefern die bisherigen Ergebnisse bereits wertvolle erste Erkenntnisse, die für die weitere Forschung und Optimierung des Verfahrens von Bedeutung sind.

Im Falle einer Verstetigung könnte ein Verfahren etabliert werden, das einen ressourceneffizienten Einsatz von vorhandenen Daten ermöglicht, die auf medizinischer Expertise u.a. aus dem ambulanten Bereich basieren. Die enge Zusammenarbeit beider Versicherungszweige ist dann zwingend. Sie kann sodann eine potenzielle Verschlankung des Rehazugangsprozesses begünstigen sowie Beteiligte entlasten (z. B. Hausärzt:innen und medizinische Dienste) und insbesondere dazu beitragen reha-bedürftige Personen sehr früh zu erreichen.

Take-Home-Message

Die formative Evaluation des Projekts ZAR liefert erste positive Rückmeldungen der Versicherten zur Akzeptanz des Algorithmus und verdeutlicht das Potenzial, den Rehabilitationszugang durch einen ressourceneffizienten Einsatz von Versichertendaten zu erleichtern.

Literatur

Kröger, H., Schulz, P. (2019): Zusammenhänge zwischen Rückenschmerzen und Erwerbsminderungsrente. München: Elsevier.

Wolff, A., Müller, B. (2020): Der Risikoindex der Erwerbsminderungsrente als Indikator für gesundheitliche Risiken. Berlin: Springer.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Prävalenz und Risikofaktoren eines Parental Burnouts in Deutschland

Dorothee Noeres; Deborah Hauser; Monique Förster; Claudia Kirsch, Julia Habermann

Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

Hintergrund und Zielstellung

In den letzten 15 Jahren ist das Parental Burnout vermehrt ins Interesse der internationalen Forschung gerückt, es kann mit schwerwiegenden Folgen für den betroffenen Elternteil, nächste Angehörige und Kinder verbunden sein. Es wird als Ergebnis eines dauerhaften Ungleichgewichts zwischen Stressoren und Ressourcen zu Lasten der letzteren aufgefasst und beschreibt vier Hauptsymptome: 1. die Erschöpfung hinsichtlich der elterlichen Rolle, 2. den Kontrast zum früheren elterlichen Selbst, 3. ein Gefühl der Überdrüssigkeit und 4. die emotionale Distanzierung von den eigenen Kindern (Roskam et al., 2022). Für Deutschland liegen bislang kaum Ergebnisse zum Parental bzw. elterlichen Burnout vor. Die vorliegende Studie untersucht 1. die Prävalenz und 2. Risikofaktoren für ein elterliches Burnout.

Methoden

Die vorliegende Arbeit stellt den deutschen Studienteil einer zweiten internationalen Studie zum Parental Burnout durch das Internationale Forschungskonsortium „International Investigation of Parental Burnout“ (IIPB) dar. Seit Dezember 2023 erheben 51 Länder Daten von jeweils mindestens 100 Müttern und Vätern zum elterlichen Burnout, den deutschen Studienteil übernahm der Forschungsverbund Familiengesundheit an der Medizinischen Hochschule Hannover. Auf der Basis von Stichprobenziehungen mit zufälliger Auswahl durch 13 Einwohnermeldeämter aus Hannover und nördlich von Hannover gelegenen ländlichen Gebieten wurden 1.023 Väter und 551 Mütter zur Studie eingeladen, 122 Väter und 101 Mütter übermittelten gültige Fragebögen. Es handelt sich um eine Online-Befragung mit einem Erhebungszeitpunkt, eingeschlossen wurden Mütter und Väter mit mindestens einem im Haushalt lebenden Kind unter 18 Jahren. Elterliches Burnout wurde mit dem Parental Burnout Assessment (PBA) anhand von 23 Items gemessen (Roskam et al., 2022), Einschränkungen durch die elterliche Rolle wurden durch den Parenting Stress Questionnaire (Vermulst et al. 2011) erfasst. Neurotizismus, als Merkmal für die Stressfähigkeit eines Menschen, wurde anhand von zwei Items aus dem Ten-Item Personality Inventory (TIPI) erhoben (Gosling et al., 2003). Logistische Regressionen wurden durchgeführt.

Ergebnisse

Der Großteil der befragten Eltern lebt mit einem (44,1 %) oder mit zwei Kindern (44,6 %) im Haushalt, 14,9 % sind alleinerziehend, 11,3 % haben ein oder mehrere Kinder mit besonderem Förderbedarf, 12,6 % haben bereits eine stationäre Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen. Bei 5,8% der Eltern liegt ein elterliches Burnout (1,3 %) bzw. ein Risiko (4,5 %) dafür vor.

Das Regressionsmodell zur Ermittlung von verstärkenden Faktoren eines elterlichen Burnouts war statistisch signifikant, $\chi^2(6) = 114.46$, $p < .001$, mit einer Varianzaufklärung von Nagelkerkes $R^2 = .435$. Von den fünf Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, waren Neurotizismuswerte ($p < .001$) und Einschränkungen durch die elterliche Rolle ($p < .001$) signifikant, während Geschlecht ($p = .432$), Alter des jüngsten Kindes ($p=.177$), und der gesellschaftlich vorgegebene elterliche Perfektionismus ($p = .250$) keinen signifikanten Einfluss auf die Vorhersagekraft des Modells hatten. Insbesondere die wahrgenommenen Einschränkungen durch die elterliche Rolle hatten eine verstärkende Wirkung auf das elterliche Burnout mit einem Odds von 3,450 (95 %-KI[2,075, 5,736]), sowie die erhöhten Neurotizismuswerte mit einem Odds von 1,573 (95 %-KI[1,236,2,001]).

Diskussion und Fazit

Unter einer Reihe von möglichen Risikofaktoren für ein elterliches Burnout konnten in dieser Stichprobe zwei identifiziert werden, 1. die als stark erlebten persönlichen Einschränkungen durch die elterliche Rolle und 2. mangelnde Stressregulierungsfähigkeiten, die sich in erhöhten Neurotizismuswerten ausdrückten. Beides sind Faktoren, auf die in therapeutischen Settings beratend eingegangen werden kann. Somit liefert diese Studie wertvolle Hinweise u.a. für stationäre Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen, von denen anzunehmen ist, dass sich dort vermehrt Väter und Mütter mit einem elterlichen Burnout einfinden

Take-Home-Message

Bei 5,8 % der Eltern fanden wir ein (Risiko für) elterliches Burnout vor. Die gefundenen Risikofaktoren bieten mögliche Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen, die unter anderem in stationären Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen erfolgen können.

Literatur

Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., Swann, W. B., Jr. (2003): A Very Brief Measure of the Big Five Personality Domains. Journal of Research in Personality, 37, 504-528.

Roskam, I., Bayot, M., Mikolajczak, M. (2022): Parental Burnout Assessment (PBA). In: Medvedev, O.N., Krägeloh, C.U., Siegert, R.J., Singh, N.N. (eds) Handbook of Assessment in Mindfulness Research. Springer, Cham.

Vermulst, A. A., Kroes, G., De Meyer, R. E., Veerman, J. W. (2011): Parenting Stress Questionnaire OBVL for parents of children aged 0 to 18. Nijmegen: Praktikon bv.

Reha-Zugang mit dem Rehakompass: Welches Setting steuert welche Rehabilitand*innen in die Reha?

Natalie Schüz; Annette Baimler-Dietz; David Ittekkot; Maike Kothe; Laura Tolle; Janina Wintjen; Aike Hessel

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Hintergrund und Zielstellung

Das proaktive Zugehen auf Versicherte mit potentiellen Rehabedarfen stellt einen zentralen Baustein im DRV Strategiepapier zur Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation dar (DRV Bund, 2023). Im Rehakompass, der aus den rehapro-Projekten SEMRES (Sucht) und SEMPRE (Psychosomatik) besteht, findet regionale Netzwerkarbeit statt, um Menschen mit potentiellem Rehabedarf in den Indikationen Sucht und Psychosomatik in ihren Lebenswelten zu identifizieren und einen möglichst rechtzeitigen Zugang in die medizinische Rehabilitation zu bahnen. Dafür werden u.a. Multiplikator*innen in verschiedenen Settings darin geschult, entsprechende Bedarfe zu erkennen und Menschen den Rehakompass zu empfehlen. Über diese Workshops, aber auch bei Projektvorstellungen, über öffentlichkeitswirksame Kanäle wie Flyer, Zeitungsartikel oder den Internetauftritt, sowie immer mehr auch über Mund-zu-Mund Propaganda können sich Betroffene zudem selbst identifizieren und für den Rehakompass anmelden. Im Rehakompass findet ein ausgiebiges Beratungsgespräch sowie eine medizinische Abklärung des Rehabedarfs statt und es besteht die Möglichkeit, an zwei aufeinanderfolgenden Tagen verschiedene rehabilitative Maßnahmen und Inhalte in einer Rehabilitationseinrichtung kennenzulernen. Am Ende der zwei Tage besteht die Möglichkeit, mit entsprechender Empfehlung und Unterstützung direkt vor Ort einen Rehaantrag auszufüllen und einzureichen.

Methoden

Die vielgestaltigen Zugangswege zum Rehakompass wurden in Kategorien von Zugangssettings eingeteilt. Berücksichtigt wurden sowohl die Zugänge zum suchtspezifischen Projektteil (SEMRES) als auch zum psychosomatischen Projektteil (SEMPRE), als auch jene, bei denen die Indikation vorab ungeklärt war. Nach der Kategorisierung wurde deskriptiv ausgewertet, welche soziodemographischen Charakteristika bei Teilnehmenden in den unterschiedlichen Zugangssettings vorherrschten und ob die Zugangssettings mit unterschiedlichen Befunden in den Reha-Entlassberichten von Versicherten der DRV Oldenburg-Bremen einhergingen.

Ergebnisse

Zwischen Mitte März 2021 und Mitte Oktober 2024 nahmen 820 Menschen Kontakt zum Rehakompass-Team auf. Von diesen erfüllten 667 die Einschlusskriterien und erhielten eine Beratung. Die Zusteuerung erfolgte aus über 100 verschiedenen Kanälen, diese wurden in acht grobe Zugangssettings kategorisiert. Die meisten Teilnehmenden (N=190) wurden über die kooperierenden Jobcenter rekrutiert, gefolgt von Teilnehmenden aus dem betrieblichen Kontext (N=121), Suchtberatungsstellen (N=102) und von Krankenkassen (N=98). Bei der Steuerung über die Suchtberatungsstellen und den betrieblichen Kontext erfüllten die meisten Interessent*innen die Einschlusskriterien. Bei Zusteuerung aus dem betrieblichen Kontext war

der Anteil derjenigen, die die Maßnahme regulär beendet haben am höchsten, die vorzeitige Abbruchrate war bei Zusteuerung aus den Jobcentern, den Suchtberatungsstellen und dem persönlichen Umfeld am höchsten. Zur Rehaantragstellung kam es v.a. bei Teilnehmenden, die über das persönliche Umfeld angesprochen wurden. Das Durchschnittsalter von Teilnehmenden war mit 47 Jahren am höchsten im betrieblichen Setting (Krankenkasse: 44 Jahre; Jobcenter: 41 Jahre; Suchtberatungsstellen: 37 Jahre).

Für 88 Versicherte der DRV Oldenburg-Bremen lag zum Auswertungszeitpunkt ein Entlassbericht vor. Bei Vermittlung über die Krankenkassen war der Anteil derjenigen, die in den letzten 12 Monaten Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten) von mehr als sechs Monaten hatten deutlich höher, als bei Vermittlung aus dem betrieblichen Kontext. Hinsichtlich des Leistungsvermögens gab es kaum Unterschiede zwischen den Zugangssettings, hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit bei Entlassung ist auffallend, dass Teilnehmende, die über öffentliche Kanäle auf den Rehakompass aufmerksam wurden und Teilnehmende aus den Jobcentern eher arbeitsfähig entlassen wurden als aus den anderen Settings. Versicherte, die aus dem betrieblichen Kontext, aus der ambulanten Versorgung und von den Krankenkassen zugesteuert wurden, werden fast ausschließlich regulär von der Reha entlassen, bei Zusteuerung über die DRV Oldenburg-Bremen, öffentliche Kanäle, das persönliche Umfeld, die Suchtberatungsstellen und die Jobcenter kam es auch zu Entlassungen ohne ärztliches Einverständnis.

Diskussion und Fazit

Die Zusteuerung in den Rehakompass erfolgte über eine Vielzahl verschiedener Kanäle und Settings. Die rein deskriptive Auswertung der Daten und die teilweise geringe Zellbesetzung bei der Auswertung der Entlassberichte stellen Limitationen dar. Nichtsdestotrotz können die Ergebnisse wichtige Hinweise liefern, welche Settings für die Identifizierung von Menschen mit potentiellen Rehabedarfen vielversprechend sein können. Insgesamt stellte sich der betriebliche Kontext als geeigneter Zugangsweg in die medizinische Rehabilitation dar. Auch die Krankenkassen konnten passgenau Menschen mit Rehabedarf identifizieren, allerdings wiesen diese sehr häufig AU-Zeiten von mehr als sechs Monaten vor der Reha auf. Der Zugang über kommunale Settings, z.B. in den Quartieren funktionierte im Projekt kaum, könnte aber bisher unterversorgte Zielgruppen ggf. gut erreichen.

Take-Home-Message

Im Rehakompass ist es gut gelungen, durch regionale Netzwerkarbeit Akteure im betrieblichen Kontext und andere Sozialleistungsträger zu aktivieren, Menschen mit Rehabedarf zu identifizieren und in eine medizinische Rehabilitation zu steuern.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2023): Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/Strategie_Rehabilitation_Praevention_DRV_2023.pdf?__blob=publicationFile&v=4. Zugegriffen: 04. November 2024.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Vom Erstkontakt zur Reha - Zwischenergebnisse der zweiten Erhebungsphase einer Prozessevaluation im Psychosomatischen Rehakompass (SEMPRE)

Elena Brushinski; Ronja Denkena; Anna Levke Brütt

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Hintergrund und Zielstellung

Ein häufiges Problem in der Bevölkerung stellen psychische Erkrankungen dar, welche oft zu Einschränkungen der Lebensqualität und Teilhabe führen (Jacobi et al., 2014). Die Inanspruchnahme von psychologischen Versorgungsleistungen geschieht hingegen häufig zu spät (Kivelitz et al., 2015). Erschwert wird dies durch verschiedene Barrieren, darunter Schnittstellenprobleme zwischen zuständigen Institutionen. Das Modellprojekt Psychosomatischer Rehakompass (SEMPRE) der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen (DRV OL-HB) zielt darauf ab, Menschen mit psychischen Erkrankungen frühzeitig zu identifizieren und bedarfsgerecht zu unterstützen. Innerhalb der Intervention werden potenzielle Teilnehmende durch Netzwerkpartner*innen wie z.B. durch Jobcenter oder durch Krankenkassen angesprochen und über den Rehakompass informiert. Entscheiden sich die Angesprochenen für eine Kontaktaufnahme zum Rehakompass, folgt die Lots*innenberatung der DRV OL-HB, um u.a. die bedarfsgerechte Versorgung abzuklären. Im zweitägigen Psychosomatischen Rehakompass (PRK), der neben dem Assessment auch ein Kennenlernangebot zum Reha-Ablauf bietet, erhalten die Teilnehmenden eine Vorstellung über eine Reha-Maßnahme und werden bei Bedarf in der Antragsstellung unterstützt. Das Projekt gliedert sich in zwei Innovationsphasen.

Die Evaluation des Projekts wird durch insgesamt vier Teilstudien realisiert. Mithilfe der Prozessdokumentation wird evaluiert, wie die Umsetzung der Intervention verlief: Wie viele psychisch belastete Personen wurden in das Projekt vermittelt? Wie viele Projektteilnehmende haben eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen? Durch qualitative Interviews wird u.a. erörtert, wie zufrieden die Teilnehmenden mit der Intervention sind.

Methoden

Die Prozessdokumentation umfasst ausgewählte Kennzahlen und wird durch die DRV OL-HB in aggregierter und anonymisierter Form übermittelt. Es wurden Daten von Interessent*innen aus der zweiten Projektphase einbezogen, die im Zeitraum von 06/2022 bis 12/2023 in den Erstkontakt mit dem Modellprojekt getreten sind. Der Nachbeobachtungszeitraum beträgt sechs Monate nach Erstkontakt. Die entsprechenden Daten werden je nach Format deskriptiv oder qualitativ ausgewertet.

Im Rahmen einer qualitativen Teilstudie werden halbstrukturierte Interviews unter anderem mit Teilnehmenden der Intervention geführt. Das Datenmaterial wird nach Kuckartz und Rädiker (2022) ausgewertet.

Ergebnisse

Der auswertbare Datensatz umfasst insgesamt 160 Personen, die sich im definierten Zeitraum erstmals an das Projekt gewandt haben. Von diesen Interessent*innen haben 86,9%

(n=139) anschließend die Lots*innenberatung in Anspruch genommen. Der Anteil der Beratenen, die anschließend am zweitägigen PRK teilnahmen, beträgt 65,5% (n=91). Unter Einbezug des Nachbeobachtungszeitraums haben 67,0% (n=61) der PRK-Teilnehmenden einen Reha-Antrag gestellt.

Der Anteil der Personen, die innerhalb von sechs Monaten nach dem Erstkontakt eine Reha begonnen haben, beträgt 31,3% (n=50). Die Dauer zwischen dem Erstkontakt und dem Beginn der Reha beläuft sich im Median auf 163 Tage (IQR 125-226) mit einem Minimum von 81 Tagen und maximal 366 Tagen. Die Interviews (n=10) liefern Informationen darüber, inwieweit die Teilnehmenden mit der Intervention zufrieden sind.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Prozessevaluation aus der laufenden zweiten Phase zeigen, dass die Intervention von Personen in einer psychischen Problemlage in Anspruch genommen wird und fast ein Drittel (31,3%) der Personen, die in den Erstkontakt mit dem Projekt getreten sind, in den folgenden sechs Monaten eine Rehabilitation beginnen. Als Auswertungszeitraum wurden sechs Monate ab dem Erstkontakt gewählt, um einschätzen zu können, ob eine frühzeitige Vermittlung in eine Reha-Maßnahme stattfand. Ein späterer Reha-Antritt wird in dieser Auswertung nicht berücksichtigt. Durch Verzögerungen in der Informationsübermittlung besteht die Möglichkeit, dass nicht alle Daten zum Reha-Beginn vorliegen. Die zweite Projektphase wird Mitte 2025 beendet.

Take-Home-Message

Erste Auswertungen zur zweiten Phase des Psychosomatischen Rehakompasses zeigen, dass die Intervention von psychisch belasteten Personen angenommen wird und 31,3% der Erstkontakt-Suchenden innerhalb von sechs Monaten eine Rehabilitation beginnen.

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.

Kuckartz, U., Rädiker, S. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz Juventa.

Förderung: rehapro - Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Behandlungserfahrungen von Post-COVID-betroffenen Gesundheitsfachkräften in der medizinischen Rehabilitation

Laura Luedtke[1]; Julia Haller-Wolf[1]; Uwe Koch-Gromus[1]; Levente Kriston[1]; Martin Härter[1], Albert Nienhaus[2]

[1] Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
[2] Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Hintergrund und Zielstellung

Aktuellen Prävalenzschätzungen zufolge sind ca. 0.5-13.3% (u.a. Lundberg-Morris, 2023) der SARS-CoV-2-Infizierten von einem Post-COVID-Syndrom (PCS) betroffen. Gesundheitsfachkräfte infizierten sich insbesondere in der frühen Pandemiephase überdurchschnittlich häufig (Wahrendorf, 2023). Angesichts einer fehlenden kurativen Behandlung von PCS kommt der umgesetzten Behandlung der Betroffenen eine zentrale Rolle bei der Bewältigung anhaltender Beschwerden und der Integration in den Alltag zu. Das BMBF-geförderte LoCoVHCW-Projekt verfolgt u.a. das Ziel, die anhaltende Symptomatik, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Behandlungserfahrungen bei PCS- Betroffenen aus dem Gesundheitswesen und der Wohlfahrtspflege zu erfassen.

Methoden

2023 und 2024 wurde eine Kohortenstudie mit zwei Messzeitpunkten im Abstand von 12 Monaten durchgeführt. Zur Folgebefragung wurden über N= 2.400 im Gesundheitswesen tätige Personen eingeladen, die bei der Basisbefragung (April 2023) PCS-Symptome angaben. Berichtet werden die aktuellen PCS-Symptome (PCS-Score; Bahmer, 2022), Einschränkungen der beruflichen Teilhabe, die Inanspruchnahme ärztlicher und therapeutischer Behandlungsmaßnahmen sowie deren Bewertung durch die Betroffenen (ZUF-8, Schmidt, 1989; EPAT, Christalle, 2022).

Ergebnisse

Die 920 Teilnehmenden (Rücklaufquote: 38.3%) berichten eine im Mittel schwer ausgeprägte Symptomatik (PCS-Score: M = 28.5, Range 0-59). Trotz fortbestehender Symptomatik haben nur 20.1% der Betroffenen eine medizinische Rehabilitation genutzt, 32.9% davon zwischen der Basis- und der Folgebefragung. Rehabilitanden berichten im Vergleich mit denjenigen, die keine medizinische Rehabilitation absolviert haben, eine signifikant höhere Symptombelastung (M = 38.3, SD = 12.4 ggü. M = 26.0, SD = 16.0) und Einschränkung der beruflichen Teilhabe (M = 24.3, SD = 10.2 ggü. M = 35.2, SD = 7.9), doppelt so viele Konsultationen mit verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen (M = 4.0, SD = 2.1 ggü. M = 1.7, SD = 1.6) und eine vierfach erhöhte Inanspruchnahme therapeutischer Behandlungen (M = 4.4, SD = 2.5 ggü. M =1.1, SD = 1.4). Hinsichtlich der Symptomatik erlebten besonders schwer Betroffene auch nach der Rehabilitationsbehandlung Symptomkonstanz. Die Zufriedenheit mit der Wahl des rehabilitativen Behandlungsschwerpunkts unterschied sich dabei signifikant

zwischen den Fachrichtungen – Pulmo-, Kardio- und Neurologie wurden als passender bewertet als Psychosomatik oder Orthopädie ($p < .001$). Die Zufriedenheit mit der rehabilitativen Behandlung (ZUF-8 M = 24.1, SD = 6.8) und mit der erlebten Patient:innenorientierung gestaltete sich insgesamt eher positiv.

Diskussion und Fazit

Unsere Ergebnisse liefern Hinweise dafür, dass bislang eher wenige, eher die schwer belasteten PCS-Betroffenen aus dem Gesundheitswesen eine medizinische Rehabilitation absolvierten. Auch bei fehlender Symptomlinderung und unterschiedlicher Zufriedenheit mit dem Behandlungsschwerpunkt wurden die Behandlungserfahrungen insbesondere hinsichtlich der Patient:innenorientierung dennoch als positiv erlebt.

Take-Home-Message

Die Behandlungserfahrungen PCS-betroffener Gesundheitsfachkräfte zeigen, dass eine Diskrepanz zwischen Symptomatik und damit einhergehenden Einschränkungen einerseits und der Inanspruchnahme von Behandlung andererseits besteht. Unklar ist bislang, welche Faktoren die Inanspruchnahme beeinflussen und welche Bedarfe die Betroffenen angesichts von Symptomkonstanz an Behandlung und Integration in den Alltag haben.

Literatur

Bahmer, T., Borzikowsky, C., Lieb, W., Horn, A., Krist, L., Fricke, J., Scheibenbogen, C., Rabe, K. F., Maetzler, W., Maetzler, C., Laudien, M., Frank, D., Ballhausen, S., Hermes, A., Miljukov, O., Haeusler, K. G., Mokhtari, N. E. E., Witzenrath, M., Vehreschild, J. J., Krefting, D., Pape, D., Montellano, F. A., Kohls, M., Morbach, C., Störk, S., Reese, J. P., Keil, T., Heuschmann, P., Krawczak, M., Schreiber, S.; NAPKON study group. (2022): Severity, predictors and clinical correlates of Post-COVID syndrome (PCS) in Germany: A prospective, multi-centre, popula-tion-based cohort study. EClinicalMedicine 51:101549. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101549. PMID: 35875815; PMCID: PMC9289961.

Christalle, E., Zeh, S., Hahlweg, P., Kriston, L., Härter, M., Zill, J., Scholl, I. (2022:. Development and content validity of the Experienced Patient-Centeredness Questionnaire (EPAT)—A best practice example for generating patient-reported measures from qualitative data. Health Expectations, 25(4), 1529-1538.

Lundberg-Morris, L., Leach, S., Xu, Y., Martikainen, J., Md, A., Gisslén, M., Li, H., Nyberg, F., Bygfdell, M. (2023): Covid-19 vaccine effectiveness against post-covid-19 condition among 589 722 individuals in Sweden: population based cohort study. BMJ, 383: p. e076990.

Schmidt, J., Lamprecht, F., Wittmann, W.W. (1989): Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psycho-ther med Psychol, 39, 248-255.

Wahrendorf, M., Schaps, V., Reuter, M., Hoebel, J., Wachtler, B., Jacob, J., Aibone, M., Dragano, N. (2023): Berufsbedingte Unterschiede bei COVID-19-Morbidität und -Mortalität in Deutschland. Eine Analyse von Krankenkassendaten von 3,17 Mio. Versicher-ten. Bundesgesundheitsbl 66, 857–868. https://doi.org/10.1007/s00103-023-03738-9

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Die Bedeutung von Avoidance/Endurance beim Post-COVID Syndrom – Sind dysfunktionale Muster veränderbar?

Alexa Kupferschmitt[1]; Monika Hasenbring[2]; Volker Köllner[1,3]

[1] Reha-Zentrum Seehof, Teltow,
[2] Ruhr Universität Bochum,
[3] Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Bei chronisch verlaufenden Erkrankungen scheinen neben somatischen Faktoren auch psychische und verhaltensbezogene Aspekte eine entscheidende Rolle zu spielen (Fröhlich- Rüfenacht et al., 2013). Das Post-COVID Syndrom ist ein Krankheitsbild, dass häufig chronisch verläuft. Das Avoidance-Endurance Modell (Hasenbring, Verbunt, 2010) ist ein aus der Schmerztherapie entliehenes Konzept, das sich nach ersten klinischen Erfahrungen gut eignet, um Krankheitsverhalten, welches beim PCS modulierend wirken könnte, abzubilden. Das Avoidance-Endurance Modell unterscheidet zwischen vier verschiedenen Bewältigungsmustern: Das Ängstliche Vermeiden (Fear-Avoidance-Reaction – FAR), das Eustress-Durchhaltemuster (Eustress-Endurance-Reaction – EER), das Distress-Durchhaltemuster (Distress-Endurance-Reaction – DER) und die adaptive Schmerzreaktion (AR). Die Reaktionsmuster FAR und DER stellen maladapative Bewältigungsmuster dar.

Methoden

Multicenter-Studie mit vier PCS-Indikationen: Duale Reha, Neurologie, Pneumologie, Psychosomatik; N = 721; Prä-Post Erhebung von Krankheitsverhalten nach dem Avoidance- Endurance Modell (Hasenbring et al., 2009). Häufigkeitsanalysen, Chi²-Test, Sankey-Diagramm.

Ergebnisse

Zu Rehabeginn weisen etwa 68% der PCS-Patienten ein dysfunktionales Krankheitsverhalten auf, wobei hiervon 45.5% dysfunktionale Durchhalter (DER) sind. Über den Reha-Verlauf verschieben sich die Verhaltensmuster um 22% hin zu mehr funktionalen Typen (Tab. 1). Zu Reha-Beginn liegen in der Pneumologischen PCS-Reha signifikant weniger DER-Muster vor, gegen Reha-Ende lassen sich keine Unterschiede mehr feststellen. Innerhalb der einzelnen AEQ-Typen können sich sowohl dysfunktionale Muster zu Gunsten funktionaler Muster als auch funktionaler Muster zu dysfunktionalen Mustern verändern (Abb. 1).

Tab. 1: AEQ-Typen bei Aufnahme und bei Entlassung

	Aufnahme % (n)	Entlassung % (n)
Gesamt N	100% (721)	98% (708)
FAR Fear Avoidance Response	161 (22.3%)	102 (14.4%)
DER Distress Endurance Response	328 (45.5%)	224 (31.6%)
EER Eustress Endurance Response	156 (21.6%)	228 (32.2%)
AR Adaptive Response	76 (10.5%)	154 (21.8%)

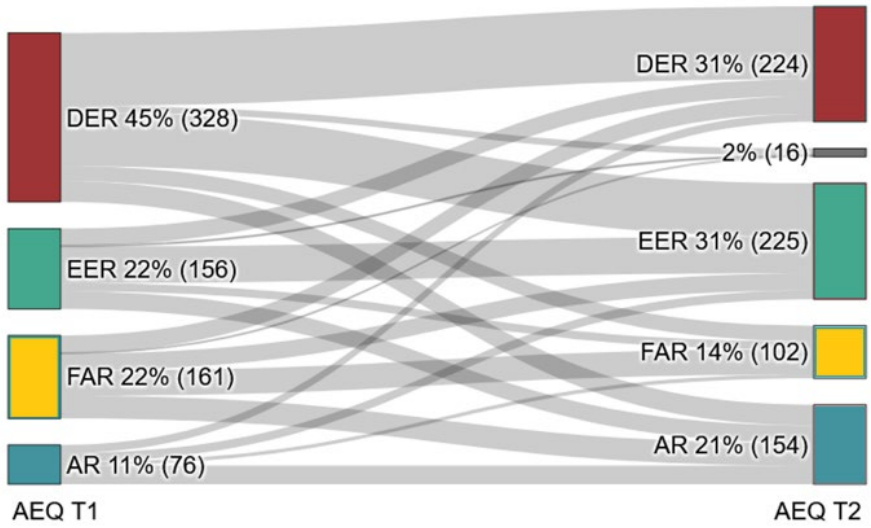


Abb. 1: Veränderungen der AEQ-Typen über den Reha-Verlauf

Diskussion und Fazit

Die Bewältigungsstilen nach dem Avoidance-Endurance Model konnten bei PCS-Patienten nachgewiesen werden. Das Überwiegen an Endurance-Typen stützt die Hypothese, dass insbesondere das Durchhaltemuster bei PCS besonders bedeutsam ist. Insgesamt zeigte sich im Rehaverlauf eine deutliche Verschiebung hin zu prognostisch günstigeren Verarbeitungsmustern. Die Veränderungen über den Rehaverlauf zeigen aber auch, dass auch auf zu Beginn funktionale Typen therapeutisch achtgegeben werden muss, um einer Verschiebung zu dysfunktionalen Mustern vorzubeugen.

Take-Home-Message

Bei PCS sind insbesondere Durchhaltemuster bedeutsam; hier vor allem der distress-endurance Typ. Dieses Muster verändert sich über die Reha zu prognostisch günstigeren Verarbeitungsmustern.

Literatur

Fröhlich-Rüfenacht, S., Rousselot, A., Künzler, A. (2013): Psychosoziale Aspekte chronischer Erkrankungen und deren Einfluss auf die Behandlung. In Schweiz Med Forum (Vol. 13, Issue 10).

Hasenbring, M. I., Hallner, D., Rusu, A. C. (2009): Fear-avoidance- and endurance-related responses to pain: Development and validation of the Avoidance-Endurance Questionnaire (AEQ). European Journal of Pain, 13(6), 620–628. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.11.001

Hasenbring, M. I., Verbunt, J. A. (2010): Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: New models of behavior and their consequences for clinical practice. Clinical Journal of Pain, 26(9), 747–753. https://doi.org/10.1097/AJP.0B013E3181E104F2

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Studienprotokoll SCOPE-CARE: Symptomverlauf, psychosoziale Aspekte und Behandlungserfahrungen in der Akut- und rehabilitativen Versorgung bei Post-COVID

Laura Luedtke[1]; Levente Kriston[1]; Martin Härter[1], Albert Nienhaus[2]

[1] Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
[2] Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Hintergrund und Zielstellung

Prävalenzschätzungen zufolge sind bis zu 13.3% der SARS-CoV-2-Infizierten vom Post-COVID-Syndrom (PCS) betroffen (Lund, 2021). Überdurchschnittlich häufig infizierten sich Personen, die im Gesundheitswesen tätig und damit zentral für die erfolgreiche Bewältigung der Pandemie und ihrer Folgen waren (Wahrendorf , 2023). Die Erfahrungen von Behandelnden und PCS-Betroffenen im Kontext der Organisation und Inanspruchnahme von Versorgungs- und Rehabilitationsleistungen, zeigen eine große Varianz und werden oft als herausfordernd erlebt (Schulze, 2024).

Im Rahmen des BMG-geförderten SCOPE-CARE-Projekts (Laufzeit 11/2024-10/2027) werden die PCS- Symptomatik, psychosoziale Komponenten und die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sowie deren Beurteilung durch die Betroffenen aus dem Gesundheitswesen und der Wohlfahrtspflege erhoben.

Methoden

SCOPE-CARE führt die 2023 begonnene LoCoVHCW-Studie (Lüdtke, 2024) fort und erforscht multimethodal die anhaltende oder neu auftretende Symptomatik nach einer Akutinfektion mit SARS-CoV-2 bei randomisiert ausgewählten Personen, die im Arbeitskontext im Gesundheitswesen erkrankten. Zu diesem Zweck wird von Mai 2025 bis Juli 2026 eine Kohortenstudie mit zwei Messzeit-punkten (Follow-up nach 12 Monaten) durchgeführt. Zusätzlich wird ein ecological momentary assessment (N=30) über drei Monate und eine Routinedatenanalyse durchgeführt. Qualitativ werden (N=30) die Versorgungspfade im Allgemeinen und die Versorgungserfahrungen von PCS-Betroffenen mit erhöhter psychischer Belastung (N=30) erfasst. Das Projekt wird durch einen Betroffenenbeirat beraten und in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege durchgeführt.

Ergebnisse

Durch das Projekt werden die PCS-Symptomatik und verschiedene psychosoziale Aspekte im Lang-zeitverlauf in Ausprägung und Intensität erfasst. Zudem werden förderliche und hinderliche Faktoren für die Inanspruchnahme und die Bewertung von Akut- und rehabilitativen Behandlungen durch Betroffene mit unterschiedlicher Leitsymptomen erhoben.

Diskussion und Fazit

Ein tieferes Verständnis für die Symptomentwicklung, die Auswirkungen von PCS auf verschiedene psychosoziale Aspekte, sowie der Gestaltung von Versorgungspfaden bei Betroffenen mit unterschiedlicher Leitsymptomatik bedarf weiterer Forschungsanstrengungen.

Take-Home-Message

Angesichts von anhaltender Unsicherheit im Kontext der Diagnostik und Behandlung von PCS-Betroffenen durch Behandelnde und Betroffene soll diese Studie dazu beitragen, den Krankheitsverlauf besser zu verstehen und die Passung und Qualität von Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen zu verbessern.

Literatur

Lüdtke, L., Haller-Wolf, J., Kriston, L., Koch-Gromus, U., Nienhaus, A., Härter, M. (2024): Post-COVID in health care workers and its consequences on quality of life, activities, participation, need for rehabilitation, and care experiences: protocol of a cohort study. BMJ Open..

Lund, L.C., Hallas, J., Nielsen, H., Koch, A., Mogensen, S.H., Brun, N.C., Christiansen, C.F., Thomsen, R.W., Pot-tegård, A. (2021): Post-acute effects of SARS-CoV-2 infection in individuals not requiring hospital admission: a Danish population-based cohort study. Lancet Infect Dis. 2021 Oct;21(10):1373-1382. doi: 10.1016/S1473-3099(21)00211-5.. PMID: 33984263; PMCID: PMC8110209.

Schulze, J., Lind, L., Rojas, A., Lüdtke, L., Hensen, J., Bergelt, C., Härter, M., Pohontsch, N.J. (2024):. German general practitioners' experiences of managing post-COVID-19 syndrome: A qualitative interview study. Eur J Gen Pract. 2024 Dec;30(1):2413095. doi: 10.1080/13814788.2024.2413095..

Wahrendorf, M., Schaps, V., Reuter, M., Hoebel, J., Wachtler, B., Jacob, J., Alibone, M., Dragano, N. (2023): Berufs-bedingte Unterschiede bei COVID-19-Morbidität und -Mortalität in Deutschland. Eine Analyse von Krankenkassendaten von 3,17 Mio. Versicherten. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 66(8):857-868. German. doi: 10.1007/s00103-023-03738-9.. PMID: 37466654; PMCID: PMC10371894.

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit

Wie erleben Rehabilitand:innen und Mitarbeitende die Post-COVID-Rehabilitation – Ergebnisse qualitativer Interviews

Anna Völkel[1]; Sanny Witt[1]; Anna Levke Brütt[1], Magnus Friepörtner[2]; Jörg Heimsoth[2]; Claas Unverferth[2]; Aike Hessel[3]; Natalie Schüz[3]

[1] Carl von Ossietzky Universität, [2] Rehazentrum Oldenburg GmbH,
[3] Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Hintergrund und Zielstellung

Ist aufgrund eines Post-COVID-Syndroms die Erwerbsfähigkeit gefährdet, ergibt sich ein Anspruch auf Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. Die Bedarfslage für eine Post-COVID-Rehabilitation ist wegen der vielfältigen Symptomatik allerdings sehr komplex (Ahmad et al., 2022). Das Rehazentrum Oldenburg hat ein Post-COVID-Rehabilitationskonzept zur Behandlung von Betroffenen entwickelt. Ziel ist es herauszufinden, inwieweit die Post-COVID-Rehabilitand:innen und Mitarbeitenden mit dem Post-COVID-Konzept des Rehazentrums Oldenburg zufrieden sind.

Methoden

Im Rahmen der Mixed-Methods-Studie Post-COVID-Rehabilitation wurden neben einer Fragebogenerhebung halbstrukturierte Einzelinterviews mit Rehabilitand:innen und Mitarbeitenden des Rehazentrums Oldenburg durchgeführt. Die Interviews mit den Mitarbeitenden haben im August 2024 face-to-face im Rehazentrum Oldenburg stattgefunden. Aufgrund der bundesweit verteilten Wohnorte wurden die Interviews mit den Rehabilitand:innen spätestens etwa drei Monate nach der Rehabilitation im September und Oktober 2024 telefonisch durchgeführt.

Die Auswahl der Rehabilitand:innen ist auf Basis einer Zwischenauswertung der Fragebogenerhebung erfolgt. Es wurden Personen aus unterschiedlichen Rehabilitationskohorten ausgewählt, die sich hinsichtlich ihrer subjektiven Lebensqualität verschlechterten (n=2), bei denen keine Veränderung eintrat (n=2) und die sich verbesserten (n=4). Bei den Mitarbeitenden wurden, wenn möglich Berufsgruppe, Alter und Geschlecht berücksichtigt.

Es wurden zwei Interviewleitfäden erstellt. Die Rehabilitand:innen sollten schildern, wie sie die Rehabilitation erlebt haben. Die Mitarbeitenden wurden zur Umsetzung des Konzeptes befragt. Die Interviews wurden aufgezeichnet und pseudonymisiert transkribiert. Die Auswertung ist deduktiv-induktiv inhaltlich-strukturierend in Anlehnung an Kuckartz und Rädiker (2022) und mithilfe der Software MAXQDA erfolgt. Das Consolidated Framework for Implementation Research wurde als Grundlage für die Hauptkategorien (Charakteristika des Konzepts, Umgebung des Konzepts, Handlungsort des Konzepts, Charakteristika der am Konzept Beteiligten und Implementierungsprozess des Konzepts) verwendet (Waltz et al., 2019).

Ergebnisse

Die Rehabilitand:innen sind im Mittel 41,8 (Range 21-59) und die Mitarbeitenden 43,3 (Range 26-62) Jahre alt sowie die Rehabilitand:innen zu 75,0% (n=6) und die Mitarbeitenden zu 66,7% (n=4) weiblich. Bei den Mitarbeitenden sind Personen aus der Psychologie, der

Ärzteschaft, der Physio- und Ergotherapie, der Pflege und der Belegungssteuerung/ Administration vertreten.

Die Rehabilitand:innen berichten überwiegend positiv von der Rehabilitation. Hinsichtlich der Charakteristika des Rehabilitationskonzepts heben sie das Erlernen des Umgangs mit der Erkrankung sowie des Pacings hervor, ebenso wie den durch das Gruppenangebot ermöglichten Austausch. Positiv erwähnt werden außerdem das Verständnis und die Empathie der Mitarbeitenden, was ein entscheidendes Charakteristikum der am Rehabilitationsprozess Beteiligten sei. Eine noch stärkere Individualisierung der Angebote und mehr psychologische Betreuung werden sich gewünscht.

Die Mitarbeitenden sind von dem Konzept überzeugt und beschreiben eine gute Zusammenarbeit innerhalb des Post-COVID-Rehabilitationsteams, was den Handlungsort des Rehabilitationskonzepts für die Mitarbeitenden attraktiver gestaltet. Auch seitens der Mitarbeitenden wird bei den Charakteristika des Rehabilitationskonzepts viel Wert auf das Pacing gelegt und darauf, wenn möglich jederzeit Anpassungen am Therapieangebot oder den Rahmenbedingungen wie beispielsweise Essenszeiten vorzunehmen. Es fehle jedoch häufig an personellen und zeitlichen Ressourcen und finanziellen Rahmenbedingungen, beispielsweise höhere Tagessätze für die Rehabilitand:innen, um weitere Wünsche der Rehabilitand:innen zu erfüllen. Darüber hinaus bestehe bei den am Rehabilitationskonzept Beteiligten Bedarf an Post-COVID-spezifischen Schulungen. Die Mitarbeitenden berichten außerdem von besonderen Herausforderungen mit den Rehabilitand:innen, die unter anderem in der sehr heterogenen Gruppe, den unterschiedlichen Symptomatiken, den verschiedenen Belastungsintoleranzen sowie den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen begründet werden könnten.

Diskussion und Fazit

Die Rehabilitand:innen und Mitarbeitenden sind insgesamt zufrieden mit dem Rehabilitationskonzept des Rehazentrums Oldenburg. Das Erlernen und Umsetzen von Pacing sei ein zentraler Bestandteil des Konzepts ebenso wie der verständnisvolle und empathische Umgang der Mitarbeitenden mit den Rehabilitand:innen, was von den Betroffenen als sehr positiv wahrgenommen wird. Auch der Austausch der Rehabilitand:innen untereinander wird als hilfreich bewertet. Eine noch stärkere Individualisierung der Angebote, um auf die heterogene Personengruppe eingehen zu können, wird sich zwar von beiden Seiten gewünscht, ist aus Kapazitätsgründen und wegen vorherrschender Rahmenbedingungen aber schwierig umzusetzen.

Take-Home-Message

Für Post-COVID-Rehabilitand:innen scheint unter anderem das Erlernen von Pacing sowie die entgegengebrachte Empathie der Mitarbeitenden eng mit einer zufriedenstellenden Rehabilitation verknüpft zu sein.

Literatur

Ahmad, M., Kim, K., Indorato, D., Petrenko, I., Diaz, K., Rotatori, F., Salhany, R., Lakhi, N., (2022): Post-COVID Care Center to Address Rehabilitation Needs in COVID-19 Survivors: A Model of Care. Am J Med Qual, 37(3): p. 266-271.

Kuckartz, U., Rädiker, S., (2022): Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Waltz, T.J., Powell, B.J., Fernández, M.E., Abadie, B., Damschroder, L.J., 2019: Choosing implementation strategies to address contextual barriers: diversity in recommendations and future directions. Implementation sci. 14(1): p. 42.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Zusammenhang zwischen Angst, Depressivität und dem Coping-Stil auf den 6-Minuten-Gehtest bei Post-COVID Patient:innen

Lola Burmehl[1]; Schahryar Kananian[1]; Monika I. Hasenbring[2]; Judit Kleinschmidt[3]; Alexa Kupferschmitt[3]; Volker Köllner[3]

[1] Goethe Universität Frankfurt a.Main, [2] Ruhr Universität Bochum,
[3] Reha-Zentrum Seehof, Teltow

Hintergrund und Zielstellung

Die COVID-19-Pandemie hat weltweit zu weitreichenden gesundheitlichen Folgen geführt, wobei eine signifikante Anzahl von Betroffenen das Post-COVID-Syndrom (PCS) entwickelt haben. PCS ist durch anhaltende Symptome wie Erschöpfung, Atemnot und kognitive Störungen gekennzeichnet (Kupferschmitt et al., 2023; Platz et al., 2023). Hinzukommen oft psychische Beschwerden wie Angst und Depression. Dabei gibt es bereits deutliche Hinweise darauf, dass dysfunktionale Verhaltensmuster den Symptomverlauf ungünstig beeinflussen können (Determeyer et al., 2024; Kupferschmitt et al., 2022).

Diese Studie untersucht den Zusammenhang zwischen Angst, Depression und Coping-Stilen, gemäß dem Avoidance-Endurance-Modell, und deren Einfluss auf die Leistung im 6-Minuten-Gehtest (6MGT) bei Post-COVID Patient:innen.

Methoden

Methodisch basiert die Studie auf einem Längsschnittdesign, wobei Daten zu Aufnahme und Entlassung in der Rehabilitationsklinik Seehof des DRV untersucht wurden und ein Teil der multizentrischen PoCoRe Studie sind (Kupferschmitt et al., 2022). Die Stichprobe besteht aus N = 156 Post-COVID Patient:innen, die ein multimodales, internistisch-psychosomatisches Rehabilitationsprogramm durchlaufen. Die Erhebung der Daten erfolgt mittels standardisierter Fragebögen (PHQ-A, AEQ) und dem 6-Minuten-Gehtest.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen zum einen, dass sich die psychischen ($r = -.45$, $p < .001$) und physischen Symptome ($r = -.78$, $p < .001$) über den Verlauf der Rehabilitation verbessert haben. Zum anderen erweisen sich hohe Symptomausprägungen sowohl von Angst (PHQ- A), mit $\rho = -.247$, $p = .015$, als auch Depressivität (PHQ-D), mit $\rho = -.553$ und $p < .001$, als signifikante Prädiktoren für eine geringere körperliche Leistungsfähigkeit, gemessen am

6MGT. Darüber hinaus nimmt der Coping-Stil (AEQ) einen Einfluss auf die Rehabilitationsergebnisse. Bei Patient:innen mit einer depressiven Symptomatik führt ein vermeidender Coping-Stil zu schlechtere Ergebnisse im 6MGT ($p = .019$), während diejenigen mit einer Angststörung einen negativen Einfluss des durchhaltendem Distress-Coping-Stils auf das Ergebnis im 6MGT erleben. Der Eustress-Coping-Stil führt hingegen bei sowohl Angst- als auch depressiven Symptomen zu kurzfristig besseren Fortschritten in der physischen Leistungsfähigkeit.

Diskussion und Fazit

Zum einen konnte eine Verbesserung der psychischen Symptomatik und physischen Leistungsfähigkeit über den Rehabilitationsverlauf festgestellt werden. Darüber hinaus konnte auch beim PCS ein hoher Zusammenhang zwischen den psychischen Symptomen sowie der physischen Leistungsfähigkeit aufgezeigt werden, welche in der Behandlung Beachtung finden müssen. Die weiten Ergebnisse implizieren, dass Vermeidungsverhalten in Zusammenhang mit Depressionen sich besonders ungünstig auf die physische Leistungsfähigkeit ist, während vor allem mit Eustress verbundene durchhaltende Bewältigungsstrategien im Gegensatz zu Befunden bei Schmerzpatienten bei PCS eher günstig zu sein scheinen. Hinsichtlich der Angst sind es vor allem depressive ausdauerbezogene Reaktionsmuster, die sich als hemmender Faktor für die körperliche Leistungsfähigkeit erwiesen haben, wodurch sich ein Hinweis für die Relevanz des Avoidance-Endurance Konzeptes in Bezug auf die Symptomausprägung und Leistungsfähigkeit bei Post-COVID Patient:innen ableiten lässt. Dies spricht dafür, Rehabilitationskonzepte entsprechend individuell anzupassen.

Take-Home-Message

Eine spezifische inter- und multidisziplinäre Rehabilitation zeigt sich bei PCS wirkungsvoll. Dabei sollten auch Krankheitsverarbeitungsstrategien wie dysfunktionale Vermeidungs- und Durchhaltemuster als Rehaziele in den Blick genommen werden.

Literatur

Determeyer, N., Kupferschmitt, A., Hasenbring, M., Lüken, U., Köllner, V. (2024): Ängstlicher Vermeider oder verbissener Durchhalter? Spielen dyfunktionale Schon- und Durchhaltemuster eine Rolle bei der Aufrechterhaltung von Post-COVID-Fatigue? Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Berlin.

Kupferschmitt, A., Hinterberger, T., Montanari, I., Gasche, M., Hermann, C., Jöbges, M., Kelm, S., Sütfels, G., Wagner, A., Loew, T. H., Köllner, V. (2022): Relevance of the post-COVID syndrome within rehabilitation (PoCoRe): study protocol of a multicentre study with different specialisations. BMC psychology, 10(1), 189. https://doi.org/10.1186/s40359-022-00892-8

Kupferschmitt, A., Kleinschmidt, J., Köllner, V. (2023): Rehabilitation bei Post-COVID und Fatigue. PiD – Psychotherapie im Dialog, 24(03): 71-75. https://doi:10.1055/a1935-6427

Platz, T., Abel, U., Behrends, U., Berlit, P., Diem, L., Ellert, C., Fickscher, H., Guha, M., Koch, M., Köllner, V., Krakow, K., Kramer, A., Koczulla, R., Herman,. M., Noth, R., Pohl, M., Puta, C., Reißhauer, A., Schlitt, A., … Zwick, R., H. (2023): S2k-LL COVID-19 und (Früh-) Rehabilitation. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROREHABILITATION E.V. (DGNR) (Hrsgb.), Leitlinien für die Neurorehabilitation. https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/080-008.htm

Eine elternschaftsbezogene Intervention in der stationären Abhängigkeitsentwöhnungsbehandlung als Erfolg? Die Machbarkeitsuntersuchung aus qualitativer Forschungsperspektive

Ananda Stullich; Johannes Stephan; Jan Gehrmann; Laura Hoffmann; Matthias Richter

Technische Universität München (TUM)

Hintergrund und Zielstellung

Für das Jahr 2018 wird für Deutschland davon ausgegangen, dass etwa 11-20% der unter 18 Jährigen in einem Haushalt leben, in dem mindestens eine erwachsene Person an einer Abhängigkeitserkrankung (Tabak, Alkohol oder illegale Drogen) leidet (Kraus et al., 2021). Das bedeutet, dass diese Kinder und Jugendlichen im häuslichen Umfeld von Erwachsenen mit Abhängigkeitserkrankung betreut und erzogen werden. Das Modellprojekt „KontextSucht“ der Förderlinie „rehapro“ widmet sich dem Thema der Elternschaft und Erziehung während der stationären Abhängigkeitsentwöhnungsbehandlung mittels einer neu entwickelten Intervention. In Deutschland ist es möglich, eine Abhängigkeitsentwöhnungsbehandlung mit und ohne Begleitkind durchzuführen. Während der Machbarkeitsuntersuchung wurde untersucht, ob die entwickelte Intervention den Bedürfnissen der Eltern während der stationären Behandlung entspricht und wie die Intervention bedarfsorientiert verbessert werden sollte. Darüber hinaus wurde die Umsetzbarkeit in den Interventionskliniken (MEDIAN Klinik Römhild, Barbarossa-Klinik Kelbra) analysiert. Das Projekt wird von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland geleitet.

Methoden

Für die Machbarkeitsuntersuchung wurden 57 leitfadengestützte Interviews mit Expert*innen (n = 20) und Rehabilitand*innen (n = 37) aus dem stationären (n = 50) und ambulanten Setting (n = 7) geführt. Hierfür wurde in den beiden Interventionskliniken in Mitteldeutschland sowie fünf weiteren explorativen Kliniken aus dem Bundesgebiet rekrutiert. Darüber hinaus wurden Fachkräfte aus Jugendämtern und Suchtberatungsstellen befragt. Ausgewertet wurde mittels strukturierter, qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) und MAXQDA.

Ergebnisse

Insgesamt zeigten die Ergebnisse einen hohen Bedarf und Stellenwert des Themas Elternschaft und Erziehung während der stationären Abhängigkeitsentwöhnungsbehandlung. Daneben konnte gezeigt werden, dass die in der Erprobungsphase entwickelte Intervention die Bedarfe der Rehabilitand*innen weitestgehend abdeckte. Die Bedarfsanalyse in den explorativen Kliniken aus Perspektive der Rehabilitand*innen ergab größtenteils eine Übereinstimmung mit der entwickelten Intervention. Fehlende Themen ergaben sich durch die Analyse der Interventionskliniken, explorativen Kliniken sowie dem ambulanten Bereich und beinhalteten Aspekte wie „Pubertät“, „Geschwister“, „Partnerschaft“, „Alleinerziehende“. Diese wurden im Überarbeitungszyklus des Projektes durch die Interventionskliniken in die

Intervention eingearbeitet. Besonders positiv wurde herausgestellt, dass die Rehabilitand*innen auch bei für sie bereits bekannten Informationen einen individuellen Mehrwert darin sahen, sich in ihrem bisherigen elterlichen Verhalten bestätigt zu fühlen. Zudem konnten strukturelle Aspekte analysiert werden. Hierbei konnte eine als adäquat bewertete Gruppengröße sowie ein angemessener Zeitansatz für die Intervention bestätigt werden. Ebenso verhielt es sich mit der therapeutischen Einschätzung der Belastbarkeit der Rehabilitand*innen.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Machbarkeitsuntersuchung sind positiv zu bewerten, da durch die daraufhin vorgenommenen, optimierenden Veränderungen davon ausgegangen werden kann, dass die Intervention die Bedarfe der Eltern deckt. Die qualitative Vorgehensweise erwies sich als äußerst produktiv, um sowohl strukturelle als auch inhaltliche Möglichkeiten und Grenzen der Intervention herauszuarbeiten. Hierdurch konnten fehlende Themen herausgefunden und in ihrer Bedeutung eingeschätzt werden. Zudem war es möglich, die heterogene Zielgruppe in ihren individuellen Lebenssituationen zu betrachten und zu analysieren. Dies begünstigt eine zielgruppenadäquate Anpassung der Intervention.

Aus den ausgewerteten Daten kann geschlussfolgert werden, dass ein langfristiges, fortgesetztes therapeutisches Angebot zum Thema Elternschaft und Erziehung in der stationären Abhängigkeitsentwöhnungsbehandlung in Form der entwickelten Intervention zu begrüßen wäre.

Take-Home-Message

Die Entwicklung und Erprobung einer Intervention zum Thema Elternschaft und Erziehung können vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Machbarkeitsuntersuchung als Erfolg angesehen werden.

Literatur

Kraus, L., Uhl, A., Atzendorf, J., Seitz, N.-N. (2021): Estimating the number of children in households with substance use disorders in Germany. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 15(1), 63. https://doi.org/10.1186/s13034-021-00415-0

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

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Förderlinie rehapro

Langzeitbefragung von Patienten und Begleitpersonen 1-2 Jahre nach einer Pädiatrischen Rehabilitation in der KJF Alpenklinik Santa Maria in Oberjoch

Markus Koch

KJF Alpenklinik Santa Maria, Oberjoch

Hintergrund und Zielstellung

Die Rehabilitation stellt eine wichtige Säule in der Versorgung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen dar. Um die langfristigen Auswirkungen von Rehabilitationsmaßnahmen zu verstehen, ist es wichtig, die Erfahrungen und den Gesundheitszustand von Reha-Patienten nach Abschluss ihrer Behandlung zu untersuchen. Dafür wurde in der KJF Alpenklinik Santa Maria in Oberjoch eine Befragung bei unseren ehemaligen Patienten und deren Begleitpersonen durchgeführt mit dem Ziel, Einblicke in die Lebensqualität, die Rückkehr in den Alltag sowie die Zufriedenheit mit den durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen zu gewinnen. Die Ergebnisse dieser Studie sollen dazu beitragen, die Rehabilitationsprogramme weiter zu optimieren und die Patientenversorgung zu verbessern.

Methoden

Für die vorliegende Befragung wurde ein eigens entwickelter Fragebogen erstellt, der gezielt nach den Erfahrungen und der Zufriedenheit der Reha-Patienten 1-2 Jahre nach Abschluss ihrer Behandlung frägt. Die Umfrage wurde an alle ehemaligen Reha-Patienten bzw deren Begleitpersonen versendet, die dem im Vorfeld zugestimmt hatten. Der Rücklauf lag bei über 35%.

Ergebnisse

Über 80% der Befragten berichteten, dass sich ihr Gesundheitszustand sowohl am Tag der Abreise als auch sechs Monate nach der Rehabilitation im Vergleich zu vor der Reha verbessert hatte. Zudem gaben mehr als 80% an, dass die durchgeführte Therapie und Schulung ihnen geholfen haben, besser mit ihrer Erkrankung umzugehen.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse unserer Umfrage zeigen, dass die Rehabilitation einen signifikanten positiven Einfluss auf den Gesundheitszustand der Teilnehmer hatte. Sie unterstreichen die Wirksamkeit der durchgeführten Therapie und Schulung, die den Teilnehmern geholfen haben, besser mit ihrer Erkrankung umzugehen.

In der Diskussion dieser Ergebnisse wird deutlich, dass die Rehabilitation nicht nur kurzfristige, sondern auch langfristige Vorteile bietet. Die hohe Zufriedenheit der Teilnehmer deutet darauf hin, dass die vermittelten Strategien und Techniken nachhaltig in den Alltag integriert werden konnten.

Take-Home-Message

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die durchgeführte Rehabilitation einen bedeutenden Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Teilnehmer geleistet

hat. Die Ergebnisse unser Befragung betonen die Wichtigkeit einer umfassenden Therapie und Schulung, die den Patienten hilft, ihre Erkrankung besser zu bewältigen.

Literatur

-

Trendanalyse zum Einfluss einer mehrsprachigen multimodalen Informationskampagne auf die Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation durch Familien mit Migrationsgeschichte

Hannes Banaschak; Matthias Bethge

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitationsrelevante Erkrankungen sind unter Kindern mit und ohne Migrationsgeschichte keine Seltenheit. In Deutschland werden Rehabilitationsleistungen von Menschen mit Migrationsgeschichte jedoch seltener in Anspruch genommen (Fauser et al., 2022). Studien deuten allerdings darauf hin, dass Unterstützung und Informiertheit die Inanspruchnahme begünstigen können (Banaschak et al., 2024b; Zimmer et al., 2022). In Berlin und Hamburg wurde daher von 2020 bis 2022 eine mehrsprachige multimodale Informationskampagne (MMIK) zur Kinder- und Jugendlichenrehabilitation (KJR) durchgeführt. Im Zuge der MMIK wurden über 300 Informationsveranstaltungen mit knapp 3.000 Teilnehmenden in 16 unterschiedlichen Sprachen realisiert (Banaschak et al., 2024a). Die hier vorgestellten Analysen prüften, ob MMIK die Inanspruchnahme der KJR durch Familien mit Migrationsgeschichte steigern konnte.

Methoden

Die Evaluation erfolgte als Trendstudie mit wiederholter retrospektiver Querschnittbefragung. Von 2020 bis 2023 wurden jährlich alle Versicherten der DRV mit Wohnsitz in Berlin oder Hamburg, in deren Versicherungskonto für das Vorjahr (2019, 2020, 2021, 2022) eine KJR hinterlegt war, postalisch zu ihrer familiären Migrationsgeschichte befragt. Primäres Zielkriterium war der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund unter den Rehabilitand:innen. Die Querschnittbefragung 2020 bildete die Baseline vor Implementierung der MMIK. Fragebogendaten wurden mit administrativen Versichertendaten verknüpft. Ein Migrationshintergrund des Kindes wurde angenommen, wenn beide Elternteile nicht in Deutschland geboren wurden oder keine deutsche Staatsangehörigkeit besaßen oder wenn dies auf ein Elternteil zutraf und das Kind selbst nicht in Deutschland geboren wurde. Die Veränderung des Anteils an Kindern mit Migrationshintergrund wurde mit dem Cochrane-Armitage-Test für Trends überprüft. Das Signifikanzniveau wurde auf 0,05 festgelegt.

Ergebnisse

Jährlich wurden zwischen 1061 (Welle 2020) und 765 (Welle 2021) Familien angeschrieben. Die Rücklaufquote lag zwischen 27,1 % (Welle 2021) und 23,1 % (Welle 2023). Insgesamt wurden Daten von 928 Familien für die Analysen berücksichtigt (2020: n = 273; 2021: n = 207;

2022: n = 225; 2023: n = 223). In der gepoolten Stichprobe waren 55,0 % der Rehabilitand:innen Jungen. Das Durchschnittsalter lag bei 9,6 (SD = 4,4) Jahren. Die Mehrheit hatte einen mittleren Sozialstatus (61,9 %). Häufigster Bewilligungsgrund war eine psychische Problematik (30,9 %). Signifikante Unterschiede der Stichprobenzusammensetzung zwischen den Wellen zeigten sich im Hinblick auf die Bewilligungsdiagnose (2020: Psyche = 25,3 %; 2023: Psyche = 35,0 %). Die Trendanalyse zeigte keine relevante Veränderung des Anteils an Kindern mit Migrationshintergrund. Zur Baseline hatten 12,8 % einen Migrationshintergrund, in Welle 2021 9,7 %, in Welle 2022 13,3 % und in Welle 2023 13,5 %. Der Test auf einen linearen Trend war nicht signifikant (p = 0,622).

Diskussion und Fazit

Die Trendanalyse konnte keine signifikante Veränderung des Anteils an Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der KJR nachweisen. Neben der fehlenden Wirksamkeit der MMIK ist auch ein signifikanter Einfluss der Corona-Pandemie auf die Inanspruchnahme der KJR durch Familien mit Migrationsgeschichte nicht auszuschließen. Beispielsweise könnten diese von Einschränkungen im Zugang zu weiteren Unterstützungsangeboten besonders betroffen gewesen sein. Zudem könnte der Beobachtungszeitraum zu kurz gewesen sein, um Effekte der MMIK auf die Inanspruchnahme nachweisen zu können. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass Familien mit Migrationsgeschichte womöglich überproportional zu den Non-Respondern unserer Befragung gehörten. Der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund unter den Rehabilitand:innen könnte tatsächlich höher sein.

Take-Home-Message

Die Trendanalyse konnte keinen signifikanten Einfluss der mehrsprachigen multimodalen Informationskampagne auf die Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation durch Familien mit Migrationsgeschichte nachweisen.

Literatur

Banaschak, H., Bartolini, F., Salman, R., Bethge, M. (2024a): Prozessevaluationsergebnisse zur Umsetzung mehrsprachiger Informationsveranstaltungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche im MiMi-Reha-Kids-Projekt. 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, DRV-Schriften 130, 278–280.

Banaschak, H., Fauser, D., Sternberg, A., Zimmer, J.-M., Golla, A., Mau, W., Bethge, M. (2024b): Support from physicians as a key enabling factor for rehabilitation utilization in migrants with back pain: A longitudinal analysis. Int Migration & Integration 25, 1895–1914. https://doi.org/10.1007/s12134-024-01153-w

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. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101351

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. JRM 54, jrm00274. https://doi.org/10.2340/jrm.v53.1408

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg,
Deutsche Rentenversicherung Nord

Zwischen Elternrolle und Gesundheit: Lebensbereiche von Eltern mit vs. ohne behinderten Kindern in Deutschland

Monique Förster; Dorothee Noeres; Deborah Hauser

Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

Hintergrund und Zielstellung

Eltern von Kindern mit Behinderung stehen in verschiedenen Lebensbereichen vor besonderen Herausforderungen und sind mit ihrem Gesundheitszustand weniger zufrieden als die Allgemeinbevölkerung und Familien allgemein (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2022). Unter Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111a SGB V gibt es wenige Einrichtungen in Deutschland, die sich auf diese Zielgruppe spezialisiert haben, wobei die Nachfrage deutlich das Angebot übersteigt. Da zu diesem Thema noch Forschungsbedarf besteht, geht die vorliegende Arbeit folgender Frage nach: Unterscheiden sich Eltern von Kindern mit körperlicher und/oder psychischer Behinderung hinsichtlich der (1) Partnerschaft, (2) Elternrolle, (3) Zufriedenheit und (4) Gesundheit von Eltern ohne Kinder mit Behinderung? Darüber hinaus wird ein Vergleich von Eltern von Kindern mit körperlicher und Eltern von Kindern mit psychischer Behinderung vorgenommen.

Ziel ist neben der Erweiterung des Forschungsbereichs eine umfassendere Beschreibung dieser besonderen Zielgruppe für verschiedene Leistungserbringer sowie das Aufzeigen weiterer möglicher Ansatzpunkte für die Beratung und Therapie betroffener Eltern.

Methoden

Die Analysen basieren auf den pairfam Daten (Beziehungs- und Familienpanel) der Befragungswellen 12 (2019/2020) und 13 (2020/2021), Release 14.2 (Brüderl et al., 2024a). Einbezogen wurden alle Eltern in Partnerschaft mit mindestens einem bei ihnen im Haushalt lebenden Kind.

Zunächst wurde mittels deskriptiver Statistik die Soziodemografie der Eltern von Kindern mit und ohne Behinderung analysiert. Zu (1) wurden Fragen zu Meinungsverschiedenheiten, zum eigenen Konfliktverhalten und zur Unterstützung und Anerkennung der Partnerin/des Partners ausgewertet. (2) beinhaltet Auswertungen zu Selbstwirksamkeit/Kompetenzgefühle, unspezifische Belastungen, fehlende Autonomie, soziale Unterstützung/Integration, Opferbereitschaft und Ansprüche an die Erziehung in der Elternrolle. Für (3) wurden Fragen zur Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance, der Freizeitgestaltung, sozialen Kontakten sowie der Familie herangezogen und für (4) die Summenskalen zur psychischen und physischen Gesundheit des SF12v2 sowie der Frage nach dem Gesundheitszustand in den letzten vier Wochen. Bei den Summenskalen des SF12 gibt ein Wert von 50 eine durchschnittliche Gesundheit an.

Ergebnisse

Untersucht wurden 2.043 Mütter und Väter, 1.623 (79,4 %) haben kein Kind mit Behinderung und 420 (20,6 %) mindestens ein Kind mit Behinderung. Die Soziodemografie ist Tab. 1 zu entnehmen. Eltern von Kindern mit Behinderung schätzen ihr eigenes Konfliktverhalten in der Partnerschaft, die Unterstützung/Anerkennung durch den*die Partner*in sowie ihre

Selbstwirksamkeit/Kompetenzgefühle als auch unspezifische Belastungen signifikant schlechter ein als Eltern von Kindern ohne Behinderung.

Tab. 1: Soziodemografie von Eltern von Kindern mit und ohne Behinderung (N=2.043)

	Eltern von Kindern ohne Behinderung N=1.623 n (%) / M (SD)	Eltern von Kindern mit Behinderung N=420 n (%) / M (SD)
Geschlecht		
Männlich	671 (41,3 %)	137 (32,6 %)
Weiblich	952 (58,7 %)	283 (67,4 %)
Alter in Jahren	39,75 (6,28)	40,17 (5,55)
Bildung		
Niedrig	187 (11,6 %)	55 (13,1 %)
Mittel	776 (48,1 %)	211 (50,4 %)
Hoch	651 (40,3 %)	153 (36,5 %)
Arbeitsstunden pro Woche	34,02 (13,01)	32,97 (12,81)
Haushaltsnettoeinkommen (nach OECD-Skala) in €	2.147,34 (1.726,92)	2.029,59 (1.095,63)
Alter des jüngsten Kindes im Haushalt in Jahren	6,77 (4,75)	7,45 (4,47)
Anzahl Kinder im Haushalt	1,89 (0,79)	2,19 (0,87)

Tab. 2: Vergleich von Eltern von Kindern mit und ohne Behinderung sowie Eltern von Kindern mit körperlicher und psychischer Gesundheit bezüglich Partnerschaft, Elternrolle, Zufriedenheit und Gesundheit, t-Tests wurden durchgeführt, signifikante p-Werte fett markiert

	Eltern von Kindern ohne Behinderung	Eltern von Kindern mit Behinderung	p	Eltern von Kindern mit körperlicher Behinderung	Eltern von Kindern mit psychischer Behinderung	p
Partnerschaft						
Meinungs-verschiedenheiten[1]	2,13	2,19	,090	2,19	2,21	,841
Eigenes Konfliktverhalten[1]	2,08	2,17	**,033**	2,15	2,18	,703
Unterstützung und Anerkennung durch Partner*in[2]	4,49	4,35	**,002**	4,40	4,21	**,034**
Elternrolle						
Selbstwirksamkeit/ Kompetenzgefühl[2]	4,02	3,92	**<,001**	3,97	3,78	**<,001**
Unspezifische Belastungen[1]	2,38	2,60	**<,001**	2,47	2,89	**<,001**
Fehlende Autonomie[1]	3,07	3,09	,416	3,05	3,18	**,016**
Soziale Unterstützung/ Integration[2]	3,72	3,61	,060	3,65	3,47	,110
Opferbereitschaft[1]	3,98	3,98	,958	3,99	3,97	,752
Ansprüche an die Erziehung[1]	2,72	2,69	,363	2,67	2,75	,148
Zufriedenheit mit…						
…der Work-Life-Balance[3]	6,49	6,49	,976	6,52	6,43	,677
…der Freizeitgestaltung[3]	5,69	5,56	,331	5,57	5,42	,540
…sozialen Kontakten[3]	5,78	6,03	,073	5,97	6,11	,623
…der Familie[3]	8,15	8,02	,183	8,02	7,99	,897
Gesundheit						
Körperlich[2]	51,56	49,70	**,001**	50,37	48,12	,068
Psychisch[2]	49,73	48,27	**,008**	49,12	45,93	**,004**
Allgemeiner Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen[2]	3,86	3,68	**<,001**	3,73	3,54	**,047**

[1]niedrigere Werte bedeuten bessere Ausprägungen auf einer Skala von 1-5
[2]höhere Werte bedeuten bessere Ausprägungen auf einer Skala von 1-5 bzw. 0-100 bei körperlicher und psychischer Gesundheit
[3]höhere Werte bedeuten bessere Ausprägungen auf einer Skala von 0-10

Auch die körperliche und psychische Gesundheit sowie der allgemeine Gesundheitszustand wurden von Eltern von Kindern mit Behinderung signifikant schlechter beurteilt. Bei den Variablen zur Zufriedenheit gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen (Tab. 2). Eltern von Kindern mit psychischer Behinderung schätzen im Vergleich zu Eltern von Kindern mit körperlicher Behinderung die Unterstützung/Anerkennung durch den*die Partner*in, ihre Selbstwirksamkeit/Kompetenzgefühle, unspezifische Belastungen sowie fehlende Autonomie in der Elternrolle signifikant schlechter ein. Die psychische Gesundheit sowie der allgemeine Gesundheitszustand wurden ebenfalls signifikant schlechter beurteilt. Bei den Variablen zur Zufriedenheit gibt es auch hier keinen signifikanten Unterschied (Tab. 2).

Diskussion und Fazit

Eltern von Kindern mit Behinderung und insbesondere von Kindern mit psychischer Behinderung sind durchschnittlich häufiger mit Schwierigkeiten in der Partnerschaft, Elternrolle und mit der Gesundheit konfrontiert. Positiv ist, dass ihre Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen ähnlich zu Eltern von Kindern ohne Behinderung ist.

Aufgrund negativer Auswirkungen auf die allgemeine Lebensqualität der Eltern sowie der Familie sollten diesen Themen in der Beratung, Begleitung und Therapie von Eltern von Kindern mit Behinderung mehr Aufmerksamkeit erhalten. Dafür bieten stationäre Mutter- /Vater-Kind-Kliniken aufgrund ihres interdisziplinären Behandlungsansatzes bereits gute Voraussetzungen. Dabei wäre jedoch wünschenswert, dass sich mehr Einrichtungen auf diese Zielgruppe spezialisieren würden, damit sie zeitnah die Unterstützung bekommen könnten, die sie benötigen.

Take-Home-Message

Eltern von Kindern mit Behinderung, insbesondere psychischer Behinderung, schätzen ihre Familiensituation und Gesundheit schlechter ein als Eltern ohne Kinder mit Behinderung. Diese höher belastete Zielgruppe sollte in Forschung und Therapie mehr in den Blick genommen werden.

Literatur

Brüderl, J., Drobnič, S., Hank, K., Neyer, F. J., Walper, S., Wolf, C., Alt, P., Bauer, I., Böhm, S., Borschel, E., Bozoyan, C., Christmann, P., Edinger, R., Eigenbrodt, F., Garrett, M., Geissler, S., Gonzalez Avilés, T., Gröpler, N., Gummer, T., Hajek, K., Herzig, M., Lorenz, R., Lutz, K., Peter, T., Preetz, R., Reim, J., Sawatzki, B., Schmiedeberg, C., Schütze, P., Schumann, N., Thönnissen, C., Timmermann, K., Wetzel, M. (2024): The German Family Panel (pairfam). GESIS Data Archive, Cologne. ZA5678 Data file Version 14.2.0, doi.org/10.4232/pairfam.5678.14.2.0

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2022): Eltern von Kindern mit Beeinträchtigungen – Unterstützungsbedarfe und Hinweise auf Inklusionshürden. Forschungsbericht 613. Berlin.

Die Medikamentenadhärenz von Patient*innen der orthopädisch/rheumatologischen Rehabilitation

Gabriele Helga Franke[1]; Melanie Jagla-Franke[2]

[1] Hochschule Magdeburg-Stendal, [2] Hochschule Neubrandenburg

Hintergrund und Zielstellung

Die Erfassung der Medikamentenadhärenz im Selbstbeurteilungsmodus gilt bis heute als zu optimieren (DiMatteo, 2004). Der 18 Items umfassende Stendal Adherence to Medication Score (SAMS) erfasst in der Selbstbeurteilung die Aspekte der Medikamenten-Adhärenz Modifikationen, Wissenslücken und Vergesslichkeit sowie den Gesamtwert krankheitsübergreifend. Er ist seit 2020 in public domain verfügbar (Franke et al., 2020). Das Verfahren wurde in einer Stichprobe von orthopädisch/ rheumatologischen Patient*innen in ambulanter oder stationärer Rehabilitation neben anderen (Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, EFK, Franke, Jagla, 2016; Mini-SCL, Franke, 2017) ausgefüllt. Unterschiede zwischen verschiedenen Adhärenz-Gruppen werden diskutiert.

Methoden

Die Festlegung von Schwellenwerten ist die große Herausforderung in der Arbeit am SAMS. Es ist kaum möglich, Außenkriterien zu finden, die auf verschiedene Gruppen von Patient*innen gleichermaßen zutreffen. Daher schlägt das Handbuch, aufgrund der Analyse einer Stichprobe von n=260 orthopädisch/ rheumatologischen Patient*innen die folgende Gruppeneinteilung vor:

Vollständige Adhärenz: Eine Festlegung als Konvention ist die Bestimmung der vollständigen Adhärenz bei einer Antwortsumme von 0 (0 von 72). D.h. nur bei den Patient*innen, die eine vollständige Adhärenz berichteten, wird diese in der Auswertung des SAMS auch so festgestellt.

Non-Adhärenz: Ein gangbarer Weg, die Non-Adhärenz zu bestimmen, ist die Orientierung an DiMatteo (2004). Demnach werden diejenigen ca. 25% mit den höchsten Werten – und der demnach schlechtesten Adhärenz – als non-adhärent klassifiziert (ab 12 Punkten).

Moderate Adhärenz: Die Gruppe, die nach der Bestimmung der vollständigen Adhärenz und Non-Adhärenz verbleibt, wird moderat adhärent genannt. Es finden sich einige Hinweise auf non-adhärentes Verhalten, die jedoch nicht so bedeutsam sind wie in der non-adhärenten Gruppe (1-11 Punkte).

Vergleichsgruppe: Reha-Patient*innen, die keine regelmäßigen Medikamente einnehmen, werden als Vergleichsgruppe herangezogen.

Ergebnisse

Es fanden sich 439 Patientinnen (36% Männer) im durchschnittlichen Alter von 55 J. ±14 (19- 88 J.); 66% hatten einen Haupt- oder Realschulabschluss, 34% Abitur und/ oder ein

Hochschulstudium, 60% waren berufstätig und 70% wohnen mit anderen zusammen; während 47% verheiratet sind. 41% absolvierten eine ambulante und 59% eine stationäre Reha. Die Pat. nahmen im Schnitt 4 verschiedene Medikamente ±3 pro Tag ein (morgens 3 ±2, mittags 1 ±1, abends 2 ±2 Tabletten); neben Schmerzmitteln wurden vor allem Medikamente zur Regulation des Herz-Kreislaufsystems eingenommen. Es fanden sich die folgenden Gruppen: Vollständige Adhärenz (n=43, 9,8%), moderate Adhärenz (n=235, 53,5%) sowie Non-Adhärenz (n=86, 19,6%) und die Vergleichsgruppe (ohne regelmäßige Medikamenteneinnahme n=75, 17,1%). Je älter die Pat. waren, desto eher verhielten sie sich adhärent; Familienstand, Bildung und Berufstätigkeit waren mit dem Alter konfundiert. Es fanden sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede; in der moderaten (27%) und non- adhärenten (27%) Gruppe fanden sich wenig, in der adhärenten (42%) und der Vergleichsgruppe (100%) fanden sich viele Patient*innen in ambulanter Behandlung.

Bei der Krankheitsverarbeitung zeigte die nicht-adhärente Gruppe die größten Anstrengungen beim Erarbeiten eines inneres Halts (Eta²=,02), Informationssuche und Erfahrungsaustausch (Eta²=,03), bei Bagatellisierung und Bedrohungsabwehr (Eta²=,04) sowie bei depressiver Verarbeitung (Eta²=,06); gleichzeitig hat diese Gruppe das geringste Ausmaß an Vertrauen in die ärztliche Kunst (Eta²=,03). Die nicht-adhärente Gruppe war als einzige im Durchschnitt auffallend psychisch belastet (GSI = 61 ±11, Eta²=,09).

Diskussion und Fazit

Der SAMS erlaubt eine differenzierte und in den drei Gruppen (vollständig, moderat, non- adhärent) unterschiedliche Quantifizierung der Medikamenten-Adhärenz. Non- adhärente Patient*innen der orthopädisch/ rheumatologischen Reha waren jünger und eher in ambulanter Behandlung, sie erarbeiteten einen inneren Halt, suchten Informationen und tauschten Erfahrungen aus und zeigten depressive Verarbeitungsmuster bei wenig Vertrauen in die ärztliche Kunst, auch litten sie am stärksten unter psychischer Belastung. Es ist zu vermuten, dass eine Veränderung der Krankheitsverarbeitungsstrategien im depressiven Bereich sowohl zu einer Entspannung der psychischen Belastung als auch zu adhärenterem Verhalten beitragen könnte.

Take-Home-Message

Die Erhebung des Konstruktes Medikamenten-Adhärenz kann im Rahmen der Planung, des Monitorings und der Evaluierung von medikamentöser Behandlung eingesetzt und grundsätzlich auch zur Veränderungsmessung genutzt werden. Studien zur Erfassung der Effekte von Interventionen zur Verbesserung der Medikamenten-Adhärenz werden ausdrücklich gewünscht und gerne unterstützt.

Literatur

DiMatteo, M. R. (2004): Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. Medical Care, 200–209.

Franke, G.H. (2017): Mini-SCL. Mini Symptom Checklist – Standard – Deutsches Manual. Göttingen: Hogrefe.

Franke, G.H., Jagla, M. (2016): EFK – Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung – Testmanual – Deutsche Version. Psychometrikon; DOI: 10.6099/1000265.

Franke, G.H., Nentzl, J. , Jagla-Franke, M. (2020): SAMS. Stendal Adherence to Medication Score. Testmanual. Psychometrikon; DOI: 10.6099/1000372.

Franke, G.H., Nentzl, J., Jagla-Franke, M., Prell, T. (2021): Medication adherence and coping with disease in patients from a neurological clinical: an observational study. Patient Preference and Adherence, 15, 1439-1449, doi: 10.2147/PPA.S311946.

Erwartungen an die Qualifikation von Mitarbeiter:innen bei Leistungserbringern der beruflichen Rehabilitation aus den Perspektiven der Beteiligten

Hans-Christoph Eichert

Pädagogische Hochschule Heidelberg

Hintergrund und Zielstellung

Im Rahmen der Entwicklung eines Masterstudiengangs Inklusion und Organisationsentwicklung an der PH Heidelberg sollten im Anschluss an eine Personalbedarfserhebung (Eichert, 2024) Beteiligte an der beruflichen Rehabilitation im Sinne des Ansatzes des „Service User Involvement“ (vgl. Chiapparini et.al., 2020) einbezogen werden. Rehaberater:innen, Berater:innen bei Leistungserbringern und Rehabilitand:innen haben vermutlich unterschiedliche Perspektiven und Erwartungen an zukünftige (leitende) Mitarbeiter:innen der beruflichen Rehabilitation. Daten dazu gibt es allerdings bislang nicht.

Folgende Fragestellungen standen daher im Mittelpunkt:

1. Wie bewerten Rehabilitand:innen, Rehaberater:innen der Kostenträger und Mitarbeiter:innen von Leistungserbringer:innen die Wichtigkeit von Erfahrung, Kenntnissen und Eigenschaften zukünftiger Rehabilitationsmitarbeiter:innen?
2. Werden die Bereiche unterschiedlich bewertet?
3. Unterscheiden sich die Bewertungen zwischen den verschiedenen Gruppen?

Methoden

Befragt wurden über soscisurvey vom 17.7.2024 bis 15.10.2024 Berater:innen von 184 Reha-Beratungsstellen (DRV, BG, Arbeitsagenturen), Mitarbeiter:innen von 1.331 Einrichtungen und Leistungserbringern (BBW, BfW, BTZ, WfbM, IFD, RPK, ambulante berufliche Rehabilitationsträger) und deren Rehabilitand:innen. Sie sollten die Wichtigkeit von Erfahrungen, Wissen und Eigenschaften zukünftiger Mitarbeitern:innen der berufliche Rehabilitation aus ihrer Sicht auf einer fünfstufigen Skala anhand von 26 Items bewerten. Außerdem wurden Bundesländer, Haupt-Tätigkeiten der Mitarbeiter:innen (Erst/Wiedereingliederung) und Leistungserbringer bei Rehabilitand:innen erhoben.

Ergebnisse

Stichprobe (Abb.1). Teilgenommen haben 615 Personen, 16,7% Rehabilitand:innen, 26,2% Rehaberater:innen, 52,4% Einrichtungsmitarbeiter:innen sowie 4,7% Sonstige. In der Stichprobe waren alle Bundesländer vertreten, überwiegend NRW (32,3%), Baden-Württemberg (10,9%) und Bayern (10%). Das Durchschnittsalter lag bei 45,69 Jahren, die Rehabilitand:innen (41,04) waren signifikant jünger als die anderen Gruppen (46,18-47,82).

Die Stichprobe bestand weit überwiegend aus Frauen (68,0%), der Anteil der Rehabilitanden war bei den Männern überrepräsentiert. Die meisten Mitarbeiter:innen und Beraterinnen arbeiteten sowohl in der Erst- als auch in der Wiedereingliederung (46,4%). Die Rehabilitationsorte der Rehabilitanden:innen waren hauptsächlich das BfW (34,4%) und das BTZ (31,3%).

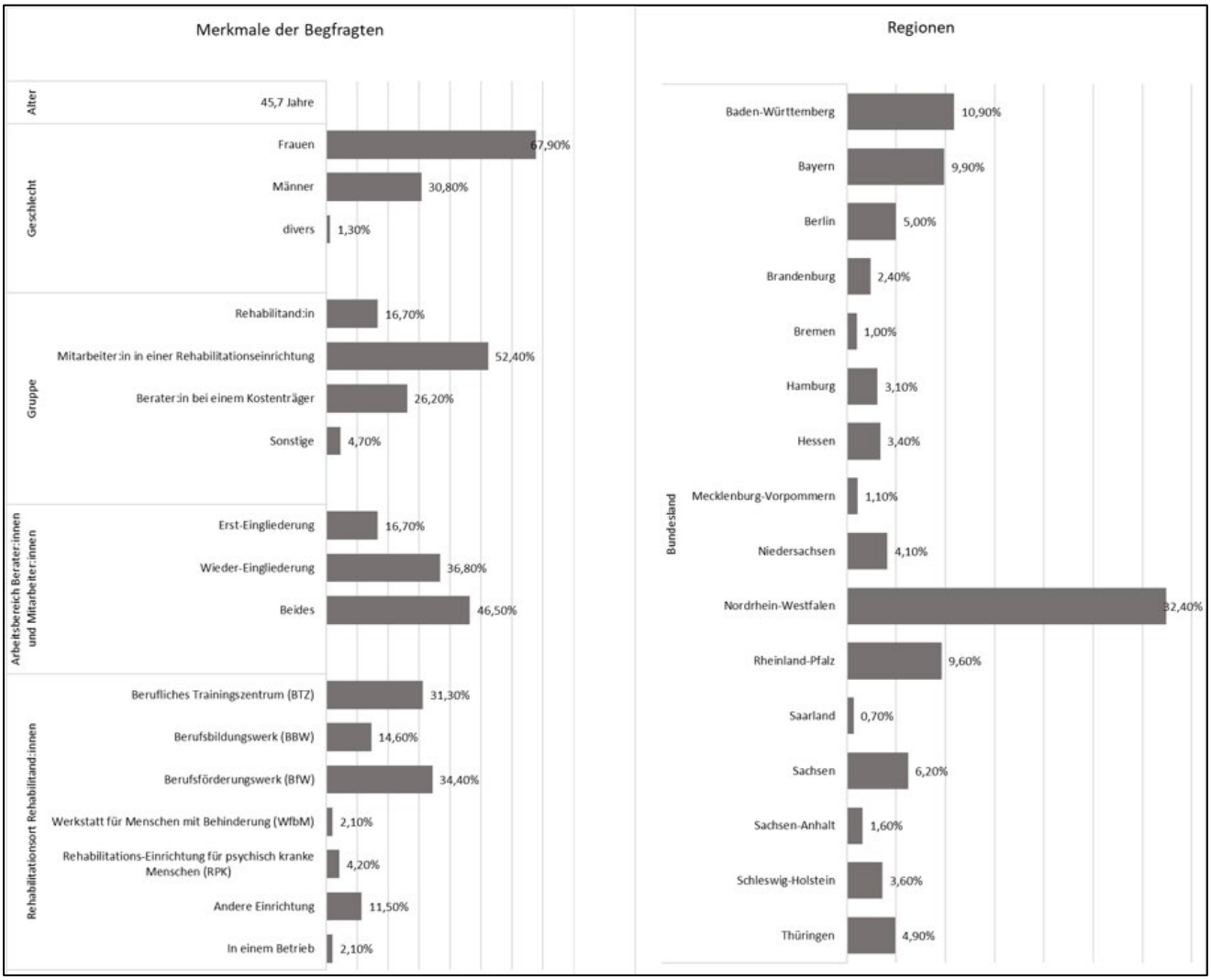


Abb. 1: Stichprobe

Erfahrung – Wissen – Eigenschaften (Abb.2). Am höchsten wurde der Bereich Eigenschaften (M=4,47) bewertet, wobei die Items Zuverlässigkeit, Zuhören-Können und Einfühlungsvermögen besonders hoch bewertet werden. Im Bereich Wissen (M=4,23) wurden Rehakenntnisse, Förder- und Rehaplanungskenntnisse und sowie Kenntnisse des Zusammenhangs von Arbeit und Gesundheit am höchsten bewertet. Am niedrigsten wurde in der Gesamtstichprobe der Bereich Erfahrung (M=4,01) bewertet, wobei Erfahrung im Umgang mit Kostenträgern und Arbeitgebern relativ am höchsten bewertet wurden. Es zeigte sich ein signifikanter Effekt (χ^2=281.27, df =2, $p < 0.001$, ω=0.269). Die Unterschiede in den Skalenvergleichen waren signifikant bei mittleren Effektstärken ($p < 0.001$, $d > 0.3$). Ergänzende Freitextangaben befassten sich mit den Bereichen Teamarbeit und Vernetzung (21), Fachkenntnissen und deren Erweiterung (44) sowie Softskills (30) und bestätigten die Befragungsdaten.

Gruppen-Unterschiede. Signifikante Bewertungsunterschiede zwischen Rehabilitand:innen, Rehaberater:innen und Mitarbeiter:innen zeigten sich bei Eigen-schaften ($F(2, 500)=5.498$, $p=0.00434$; $\eta^2=0{,}021$), die Rehaberater:innen am höchsten bewerteten. Am höchsten bewerteten sie die Items Abgrenzungsfähigkeit, Sprachliche Fähigkeiten und die Fähigkeit, Dinge verständlich zu erklären.

Wissen bewerteten die Rehabilitand:innen am höchsten ($F(2, 500)=4.715$, $p=0.00937$; $\eta^2=0.018$). Die Einzelitems Kenntnisse Rehabilitations- und Förderplanung, Kenntnisse des regionalen Arbeitsmarkts, Wissen über finanzielle Fördermöglichkeiten, Wissen zum Zusammenhang Arbeit und Gesundheit und die Fähigkeit, Rehabilitation weiterzuentwickeln bewerteten sie am höchsten; Rehabezogene Beratungskenntnisse die Rehaberater:innen.

Erfahrungen ($F(2, 501)=4.56$, $p=0.01$; $\eta^2=0.017$) bewerteten Rehabilitand:innen am höchsten, wobei sie die Einzel-Items Erfahrung im Umgang mit Kostenträgern und Erfahrung mit Fragen von Finanzen und Lebensunterhalt am höchsten bewerteten.

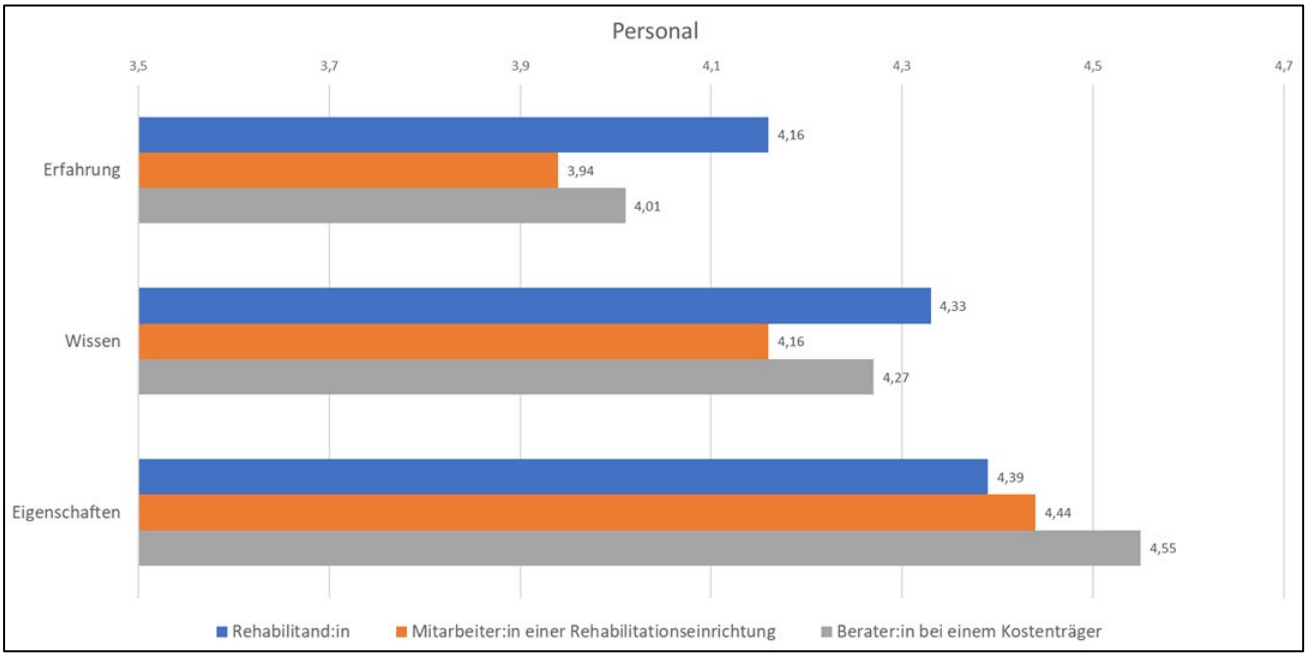


Abb 2. Erfahrung – Wissen – Eigenschaften

Diskussion und Fazit

Gruppenübergreifend liegen die Erwartungen an zukünftige Mitarbeiter:innen von Leistungserbringern vor allem im Bereich der persönlichen Eigenschaften und des Wissens, weniger im Bereich berufsbezogener Erfahrungen. Die Bereiche werden von den Gruppen unterschiedlich bewertet: Für Rehaberater:innen spielen personale Fähigkeiten die größte Rolle, für die Rehabilitand:innen die nahe an der der Rehabilitationspraxis liegenden Bereiche Wissen und Erfahrung. Bei Mitarbeiter:innen von Rehaeinrichtungen zeigt sich dagegen kein expliziter Erwartungs-Schwerpunkt. In Hinblick auf die Konzeption von Studiengängen ergibt sich daraus, dass die unterschiedlichen Perspektiven von Rehaberater:innen und Rehabilitand:innen berücksichtigt werden sollten. Außerdem ist nicht alleine die Vermittlung von Wissen relevant ist, sondern auch die Entwicklung bzw. Stärkung personaler Fähigkeiten und Ressourcen. Hier bietet sich bei praktischen Studienanteile z.B. das Format der Intervision an.

Take-Home-Message

Beteiligte an der beruflichen Rehabilitation erwarten neben Fachwissen vor allem personale Fähigkeiten wie Zuverlässigkeit, Zuhören-Können, Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit, Dinge einfach zu erklären von zukünftigen Mitarbeiter:innen. Das, sowie die unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten sollte sich In Studiengängen niederschlagen.

Literatur

Eichert, H.-C. (2024): Personalbedarf in Einrichtungen der beruflichen und sozialen Teilhabe von Menschen mit Behinderung, in: Die berufliche Rehabilitation 1/2024: 34-47.

Chiapparini, E., Schuwey, C., Beyeler, M., Reynaud, C., Guerry, S., Blanchet, N., Lucas, B. (2020): Modelle der Partizipation armutsbetroffener und -gefährdeter Personen in der Armutsbekämpfung und -prävention. Forschungsbericht Nr. 7/20, Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Formative Evaluation eines Blended-Learning-Qualifizierungsmoduls für die sozialmedizinische Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten der DRV - (E-Learn-SoCuMed)

Lara Bungard[1]; Wolfgang Schömig[1]; Heiner Vogel[1], Annette Müller-Garnn[2]

[1] Universitätsklinikum Würzburg, [2] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Zur Einarbeitung in die sozialmedizinische Tätigkeit bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) sowie für die praxisnahe Fortbildung zu sozialmedizinischen Themen wurde ein Blended-Learning-Modul entwickelt. Spezifische ausgewählte Lernziele des im Vorgängerprojekt entwickelten Curriculums SoCuMed wurden didaktisch sowie technisch umgesetzt. Im Fokus stand das Themenfeld „Rente wegen Erwerbsminderung“ (RwE), wobei Online-Live-Veranstaltungen und Angebote für selbstorganisiertes Lernen kombiniert wurden. Die Umsetzung nach dem Blended-Learning-Konzept soll den Lernenden Flexibilität bieten und den kollegialen Austausch sowie durch interaktive Methoden die Problemlösefähigkeiten fördern. Die Interaktion der Teilnehmenden mit den E-Learning Inhalten vorausgehend zu den Online-Live-Veranstaltungen soll den Ausbildenden Zeit und Ressourcen sparen. Die Online-Live-Veranstaltungen unterstützen dabei trägerübergreifend bei der Wissens- und Kompetenzvermittlung zum Erstellen von Gutachten zur RwE und ermöglichen bereits am Anfang eine stärkere Vernetzung des sozialmedizinischen Nachwuchses. Studien zeigen die Effektivität von Blended Learning im Wissenszuwachs und Kompetenzaufbau (Vallée et al., 2020), auch im medizinischen Bereich finden sich Hinweise auf die Stärkung von Kompetenzen (George et al., 2019).

Methoden

Durch Mixed-Methods-Vorgehen wurde die Qualität und der Nutzen des Blended-Learning-Lernpfades bewertet. Drei trägerübergreifende Live-Online-Veranstaltungen zum Themenbereich Gutachten zur RwE wurden angeboten (N=20 Teilnehmende) und im Nachgang mittels Online-Fragebogen evaluiert (Rücklauf N=16). Drei unterschiedliche

leitende Ärztinnen und Ärzte moderierten die Veranstaltungen. Insgesamt kamen die Teilnehmenden von neun DRV-Trägern.

In der Evaluationsphase der E-Learning-Elemente wurden die Leitenden Ärztinnen und Ärzte sowie die Fortbildenden von 12 DRV-Trägern (N=16 Teilnehmende) zu den E-Learning-Elementen mittels halbstandardisierter sowie offener Interviews mit der Methode des Lauten Denkens bei der Erstnutzung der E-Learning-Elemente befragt. Analysiert wurden Verständlichkeit, Nutzen, Zielgruppenpassung, Struktur, Darstellungsform Nutzerfreundlichkeit und weitere Aspekte der entwickelten Elemente.

Ergebnisse

Die moderierten Diskussionsrunden wurden insgesamt als sehr positiv wahrgenommen und die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit Kolleginnen und Kollegen anderer Träger zum trägerübergreifenden kollegial-fachlichen Austausch wurde als sinn- und wertvoll erachtet. Die Diskussionen wurden als angenehm, offen und vielfältig beschrieben, die persönliche Ansprache der Moderierenden trug zur positiven Arbeitsatmosphäre bei und der kleine Rahmen ermöglichte konstruktive Interaktionen. Hinsichtlich der Dauer des einzelnen Termins gab es von Seite der Teilnehmenden den Wunsch, die Zeit auf 90 Minuten zu begrenzen. Insgesamt wurde die Veranstaltung als gut organisiert und hilfreich für die eigene Einarbeitung wahrgenommen.

Das Feedback zu den E-Learning-Inhalten aus den Interviews fiel insgesamt positiv aus. Teilnehmende lobten die klare Struktur und Verständlichkeit der Erklärungen, da damit das Verständnis für komplexe Themen erleichtert wurde. Teilnehmende beschrieben die Übersichtlichkeit und einheitliche Gestaltung der visuellen Elemente sowie die Farbgebung als angenehm und ansprechend. Didaktisch wurden die interaktiven Elemente, darunter Übungen, Quizfragen und Memory-spiele, als lernförderlich und ansprechend empfunden. Die Qualität der Lernmaterialien, insbesondere Animationen und Audiosequenzen, wurde positiv wahr-genommen. Bezüglich Zielgruppenpassung und Bedienbarkeit gab es Meinungsverschiedenheit. Einige Teilnehmende hatten Bedenken, dass bestimmte komplexe Themen wie das Zusammenspiel zwischen Arbeitsagentur, gesetzlicher Krankenversiche-rung und DRV neue Mitarbeitende bei zu früher Platzierung im Lernpfad überfordern könnten. Die Bedienbarkeit der E-Learning-Inhalte fanden einige Befragte intuitiv, andere erlebten Probleme mit der Navigation oder technische Schwierigkeiten. Insgesamt wurden die Lernbausteine als nützliche Einarbeitungsunterstützung und als sinnvolle Ergänzung zum persönlichen Austausch angesehen.

Diskussion und Fazit

Bei guter Ausgestaltung, Ressourcen für Planung und Organisation sowie Integration in bestehende Strukturen können auch trägerübergreifende Online-Live-Veranstaltungen und E-Learning Inhalte im Rahmen der Einarbeitung die ausbildenden Ärztinnen und Ärzte entlasten und neuen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen frühzeitig einen trägerübergreifenden Blick auf die sozialmedizinische Tätigkeit bei der DRV ermöglichen.

Es zeigt sich zudem, dass der Einsatz von E-Learning-Elementen im Rahmen eines Blended-Learning-Lernpfades eine wichtige Ergänzung zu bestehenden Einarbeitungsprozessen in den sozialmedizinischen Diensten darstellt.

Take-Home-Message

DRV-trägerübergreifende moderierte Diskussionsrunden von Ausbildenden für neue sozialmedizinische Mitarbeitende zum Thema „Gutachten bei Rente wegen Erwerbsminderung“ in Kombination mit E-Learning Inhalten zum gleichen Thema fördern die Wissensvermittlung und einen kollegialen Austausch in diesem Bereich.

Literatur

George, P.P., Zhabenko, O., Kyaw, B.M., Antoniou, P., Posadzki, P., Saxena, N., Semwal, M., Tudor Car, L., Zary, N., Lockwood, C., Car, J. (2019): Online digital education for postregistration training of medical doctors: Systematic review by the Digital Health Education Collaboration. Journal of Medical Internet Research, 21(2), e13269. DOI: 10.2196/13269

Vallée, A., Blacher, J., Cariou, A., Sorbets, E. (2020): Blended learning compared to traditional learning in medical education: Systematic review and meta-analysis. Journal of Medical Internet Research, 22(8), e16504. DOI: 10.2196/16504

Klima@Reha: Entwicklung und Erprobung edukativer Inhalte und Tools zur Förderung der klimabezogenen Gesundheitskompetenz von Rehabilitand:innen

Betje Schwarz[1]; Annika Wilke[2]

[1] iqpr - Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln, [2] Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück

Hintergrund und Zielstellung

Der Klimawandel hat vielfältige Auswirkungen auf die Gesundheit und damit auch auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit insbesondere vorerkrankter Menschen (Romanello et al., 2022). Träger und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind nicht nur aufgerufen, selbst zum Klimaschutz beizutragen, sondern auch dazu, Kompetenzen und Konzepte zu entwickeln, die den sich verändernden Bedarfen entsprechen (Worringen et al., 2023). Es gilt unter anderem, Rehabilitand:innen gezielt dabei zu unterstützen, klimabezogene Gesundheitsrisiken wahrzunehmen und im Alltag mit geeigneten Verhaltensweisen und Strategien zu begegnen (Ludewig et al., eingereicht).

An dieser Stelle setzt das Projekt „Klima@Reha“ an. Es eruiert im Kontext des Klimawandels sich verändernde Reha-Bedarfe, entwickelt und erprobt edukative Ansätze, Inhalte und Tools, mit denen die klimabezogene Gesundheitskompetenz von Rehabilitand:innen gezielt gefördert werden kann und adressiert zudem die für die Umsetzung dieser Ansätze benötigte klimabezogene Schulungskompetenz der Reha-Praktiker:innen.

Methoden

In einer ersten Projektphase stehen eine Bedarfs- und Bedürfnisanalyse sowie eine Bestandsaufnahme bestehender Schulungsansätze und -materialien im Fokus. Dies erfolgt mittels (Literatur-)Recherchen, einer Online-Befragung von Reha-Praktiker:innen sowie in

Form von Fokusgruppen mit Reha-Praktiker:innen, Rehabilitand:innen und mit Expert:innen aus dem Bereich Klimagesundheit und Patient:innenedukation.

In einer zweiten Projektphase erfolgt die Konzeption des edukativen Ansatzes mit konkreten Inhalten und Tools, einer Train-the-Trainer-Schulung für Reha-Praktiker:innen sowie von Fragebögen zur Erfassung der klimabezogenen Gesundheitskompetenz (kGk) von Rehabilitand:innen und klimabezogenen Schulungskompetenz (kSk) von Reha-Praktiker:innen. Expert:innenworkshops zur Konzeptvalidierung komplettieren die zweite Phase.

Im Rahmen der dritten Projektphase erfolgt die Schulung von Reha-Praktiker:innen aus sechs Interventionseinrichtungen mit unterschiedlichen (somatischen und psychosomatischen) Indikationsbereichen. Der Schulungserfolg wird mittels kSk-Fragebogen im Kontrollgruppenvergleich erfasst. Nach einer Pilotierung der entwickelten edukativen Inhalte und Tools werden diese in den Interventionseinrichtungen für drei Monate regulär eingesetzt. Die kGk der Rehabilitand:innen wird mit Hilfe des zugehörigen Fragebogens zu Reha-Beginn, Ende und drei Monate später erhoben und mit der ebenfalls zu diesen drei Zeitpunkten erfassten kGk einer historischen Kontrollgruppe verglichen.

Eine vierte, parallel zu den anderen einsetzende, Phase dient der Dissemination und dem Praxistransfer der Projektergebnisse.

Ergebnisse

Die zu entwickelnden Inhalte und Tools sollen an bestehende therapeutische Leistungen, insbesondere an Patient:innenschulungen und Seminare zur Bewegungs- , Ernährungs- und Stressbewältigungskompetenz sowie zur Förderung eines gesundheitsbewussten Lebensstils ansetzen und diese im Sinne eines „Baukastenprinzips" ergänzen bzw. diese auf der Basis der Bedarfe und Bedürfnisse anpassen. Produkte des Projekts sind ein Manual und eine Toolbox zu den edukativen Inhalten, ein Curriculum zur Train-the-Trainer-Schulung sowie die beiden entwickelten Fragebögen. Auf Basis der Erprobung und Evaluation liefert das Projekt zudem eine Aussage darüber, inwiefern der entwickelte Ansatz dazu beitragen kann, die kGk von Rehabilitand:innen zu verbessern.

Diskussion und Fazit

Sollten die entwickelten Produkte erfolgreich evaluiert werden, können sie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation der DRV künftig flächendeckend eingesetzt werden. Damit kann das geplante Projekt einen Beitrag zur klimasensiblen Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung leisten.

Take-Home-Message

Die medizinische Rehabilitation benötigt Konzepte und Ansätze zur Kompetenzentwicklung, um den mit dem Klimawandel sich verändernden und neu entstehenden Bedarfen zu begegnen und Rehabilitand:innen zu einem klimakompetenten Krankheitsmanagement zu befähigen.

Literatur

Ludewig, M., Wilke, A., Reusch, A., Schwarz, B. (eingereicht): Ansätze zur klimasensiblen Weiterentwicklung von Schulungsprogrammen in der medizinischen Rehabilitation. Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation.

Romanello, M., Di Napoli, C., Drummond, P., Green, C., Kennard, H., Lampard, P., et al. (2022): The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. The Lancet, 400. 1619-1654.

Worringen, U., Becker, P., Reusch, A., Küffner, R., Reudelsterz, C., Pawel, A., Weimann, E. (2023): Ökologische Transformation der medizinischen Rehabilitation: Was können wir wissen und was müssen wir tun? Die Rehabilitation, 62. 133-139.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

„Wir bei Impuls schaffen eine gesunde Zukunft“ – Nachhaltigkeit von der Vision über Handlungsfelder zu Maßnahmen

Andrea Reusch[1]; Matthias Graeber[1]; Albrecht Behnke[1]; Nico Drewniok[2]; Lea Fröhlich[2]; Maximilian Zänglein[2]; Maria Alt[2]; Anna Merz[2]; Harald Bolsinger[2]

[1] Impuls Reha- und Gesundheitszentrum GmbH,
[2] Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt

Hintergrund und Zielstellung

Ab 2026 müssen auch Reha-Einrichtungen mit mehr als 250 Mitarbeitenden einen Nachhaltigkeitsbericht veröffentlichen (Ackenhausen, Maier, 2023). So hat auch die Deutsche Rentenversicherung Bund Handlungsfelder definiert, Ziele gesetzt und für 2019 sowie 2021 Erklärungen nach dem Deutschen Nachhaltigkeitskodex abgegeben. Die eigenen Rehabilitationszentren sollen z. B. bis 2030 treibhausgasneutral wirtschaften (Großkopf, 2023). Unabhängig vom Träger sollten alle Reha-Einrichtungen in Deutschland die notwendigen Nachhaltigkeitstransformationen anstreben (Worringen et al., 2023).

Das ambulante Reha- und Gesundheitszentrum Impuls in Würzburg befasst sich seit 2024 mit Nachhaltigkeit. Langfristig will Impuls auf sozialer, ökologischer und ökonomischer Ebene nachhaltiger werden und dabei die 17 Nachhaltigkeitsziele (sustainability development goals, SDG) der Vereinten Nationen auf die Rehabilitation beziehen. Die Werte des Rehazentrums sollen zu einer Nachhaltigkeitskultur ausgebaut (Bolsinger, 2023), aktuelle Handlungsfelder definiert und konkrete Maßnahmen etabliert und überprüft werden.

Zielsetzungen der vorliegenden Arbeit war es,

a. die leitenden Mitarbeitenden der Einrichtung in den Transformationsprozess einzubeziehen, um zu sensibilisieren, zu motivieren und eine gemeinsame Vision zu erstellen,
b. die arbeitsplatz- und berufsbezogene Fachexpertisen für Nachhaltigkeitsthemen zu nutzen,
c. dabei erste Themen zu priorisieren und
d. systematisch Handlungsfelder und Maßnahmen zu definieren.

Methoden

Im Sommersemester 2024 wurden von Studierenden der THWS zwei aufeinanderfolgende Fokusgruppen mit fünf leitenden Mitarbeitenden durchgeführt und iterativ die Ergebnisse bei

zwei Treffen mit der Geschäftsführung diskutiert. Die Beteiligten erarbeiteten eine gemeinsame Nachhaltigkeitsvision auf Basis der bestehenden Wertekultur (a.) Zusammenhänge zwischen reha-bezogenen Arbeitsbereichen und Nachhaltigkeitsthemen (b.) wurden in einem Wirkungsnetz dargestellt (KNOW-WHY-Methode, Neumann, 2015). Die Themen wurden bezogen auf Machbarkeit und Wirksamkeit additiv priorisiert (c.).
Orientiert an den SDG wurde aufbauend auf diesen Daten eine Systematik für erste Handlungsfelder und konkrete Maßnahmen etabliert (d.).

Ergebnisse

a. Die gemeinsame Nachhaltigkeitsvision lautet: „Wir bei Impuls schaffen eine gesunde Zukunft – Jede Person trägt dazu bei.“ Diese Vision wird mit der Wertekultur der Einrichtung verknüpft.
b. Die Zusammenhänge und Wechselwirkungen der insgesamt 130 Arbeitsaspekte und Nachhaltigkeitsthemen wurden in einem komplexen Wirkungsnetz dargestellt. Dieses ermöglicht die themenspezifische Identifikation relevanter Handlungsfelder. Die relevanten Nachhaltigkeitsthemen umfassten die Kategorien Mobilität, Nutzung von Ressourcen, Abfall, Nachhaltigkeitsbewusstsein, Prozesseffizienz, Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, Trennung von Berufs- und Privatleben.
c. Spezifische Handlungsfelder wurden von den leitenden Mitarbeitenden als besonders wichtig erachtet und priorisiert: Verbesserung der Zusammenarbeit, der Kommunikation und des Zusammenhalts, Transparenz bzgl. der Zuständigkeiten und Veränderungen, transparente Gehaltsstruktur, Nutzung und Weitergabe internen Wissens sowie Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen. Nutzung interner und externer Netzwerke, Nachhaltigkeitsbewusstsein ausbauen, Ressourcenverbrauch und Gebäude optimieren, Geräte zentral optimiert verwalten und vegetarische/vegane Speisenversorgung.
d. Die Ergebnisse wurden mit den Nachhaltigkeitszielen der Vereinten Nationen (SDGs) in drei Handlungsfeldern systematisiert und erste konkrete Maßnahmen abgeleitet (Tab. 1).

Diskussion und Fazit

Die leitenden Mitarbeitenden sind für das Thema Nachhaltigkeit durch das Projekt sensibilisiert und ver-pflichten sich in ihrer Vision für weitreichende Veränderungen. Die komplexen Zusammenhänge machen deutlich, dass sich Transformationen in einem Bereich auch positiv auf andere Bereiche auswirken können. Eine klare Systematik der Handlungsfelder und ersten Maßnahmen ermöglicht es, schrittweise die Transformationsprozesse anzustoßen und zu überwachen. Die Geschäftsführung hat ihre Nachhaltigkeitsentwicklerin beauftragt, diese Prozesse zu begleiten und mittelfristig in einen Nachhaltigkeitsbericht zu überführen. Im Sinne eines Plan-Do-Check-Act-Zirkels werden regelmäßig für die Handlungsfelder konkrete Maßnahmen abgeleitet und terminiert sowie deren Auswirkungen quantifiziert. Die Mitarbeitenden werden weiterhin eingebunden, können Ideen einbringen und die Transformationen mitgestalten. Dazu werden die Mitarbeitenden regelmäßig fortgebildet, um nicht zuletzt auch den Rehabilitand:innen gegenüber die Zusammenhänge zwischen Nachhaltigkeit und Gesundheit zu verdeutlichen und die neue Wertekultur mit Leben zu füllen.

Tab. 1: Handlungsfelder und konkrete Maßnahmen zur Nachhaltigkeit (Stand: 10-2024)

Handlungsfeld	Anzahl Maßnahmen	Beispiele von Maßnahmen
Mitarbeitende (soziale Nachhaltigkeit)		
Gesundheitsförderung (SDG-3)	4	frisches Obst, freie MTT und Kurse für MA
Kompetenzerweiterung (SDG-4)	3	Ausbau eig. Akademie: int. Fortbildungen
Gleichstellung (SDG-5, SDG-10)	3	marktangepasste, transparente Bezahlung
gute Arbeitsbedingungen (SDG-8)	8	Ausbau von Räumen
gute Kommunikation (SDG-8)	4	Informationsweitergabe verbessern
Konfliktmanagement (SDG-8)	4	Angebot interner Konfliktberatung
Team-Building (SDG-8)	1	Teamaktivitäten
Umweltschutz (ökologische und ökonomische Nachhaltigkeit)		
Ressourcenschonung (SDG-12)	8	Bewegungsmelder bei Wasser und Licht
saubere Energie (SDG-7)	4	Ladestationen für E-Mobilität
nachhaltiges Essen (SDG-12)	4	regionale Caterer, Patienteninformation
nachhaltiger Konsum (SDG-12)	4	nachhaltiger Einkauf
Mobilität und Verkehr (SDG-11)	2	Verkehrsregelung vor dem Gebäude
Hitzeschutz (SDG-3)	2	Beschattung, Hitzeschutzkonzept
Renaturierung (SDG-13)	2	Bäume pflanzen am Parkplatz
Gesellschaft, Kooperationen (soziale und ökologische Nachhaltigkeit)		
Nachhaltigkeitsbewusstsein (SDG-3 u.a.)	2	Themen in Patientenschulung intergieren
Verantwortung wahrnehmen (SDG-9)	3	Öffentlichkeitsarbeit
Kooperationen ausbauen (SDG-17)	2	Projekten mit DRV & regionalen Versorgern

Take-Home-Message

Nachhaltiger Strukturen, Prozesse und Maßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen sind gesellschaftlich relevant und gelingen nur durch eine gemeinsam entwickelte Wertekultur.

Literatur

Ackenhausen, F., Maier, B. (2023): Nachhaltigkeitsberichterstattung. Der Fahrplan steht. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 1. 64-66.

Bolsinger, H. (2023): Sinnzentriertes Wertemanagement: Wertegrundlagen für nachhaltiges Manage-ment, Nürnberg, 2. Auflage. urn:nbn:de:bvb:863-opus-24641. URL: https://opus4.kobv.de/opus4-fhws/frontdoor/index/index/docId/2464, Abruf: 02.10.2024.

Großkopf, A. (2023): Nachhaltigkeit in den Reha-Zentren der DRV – Das europäische Umweltmanage-ment- und Auditierungssystem (EMAS). Vortrag im Rahmen der Online-Werkstattgespräche der DRV Bund und ZePG am 19.10.2023. URL: zepg.de/werkstattgespraeche-2023-10-19/#dokumente , Abruf: 21.08.2024.

Neumann, K. (2015): KNOW-WHY, Erfolg durch begreifen (4. Aufl.). Norderstedt: Books on Demand.

Worringen, U., Becker, P., Reusch, A., Küffner, R., Reudelsterz, C., Pawel, A., Weimann, E. (2023): Ökologische Transformation der medizinischen Rehabilitation: Was können wir wissen und was müssen wir tun? Die Rehabilitation, 62(03). 133-139. DOI: 10.1055/a-2079-8708

Herausforderungen im Prozess der medizinischen Rehabilitation aus Sicht von Menschen mit vorbestehenden Behinderungen

Stefanie Neudecker; Jana Stucke; Anna Brinkmann; Oliver Razum

Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Menschen mit Behinderungen sind stark von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen und haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung, eine schlechtere Gesundheit und ein höheres Risiko für Multimorbidität sowie für chronische, schwere oder psychische Erkrankungen (BMAS, 2021; WHO and The World Bank, 2011). Dies deutet auf einen potenziell höheren Bedarf an medizinischer Rehabilitation hin. Menschen mit vorbestehenden Behinderungen sind jedoch in der Forschung zur medizinischen Rehabilitation nicht adäquat abgebildet. Es mangelt an empirischen Daten über Zugang, Inanspruchnahme und Outcomes von Rehabilitation für diese Zielgruppe. Wir möchten daher die Sichtbarkeit für diese Zielgruppe in der rehabilitativen Versorgung und Forschung fördern. Ziel dieses Beitrags ist es, Herausforderungen im Prozess der medizinischen Rehabilitation aus Erfahrungsberichten von Menschen mit vorbestehenden Behinderungen darzulegen.

Methoden

Wir führen narrativ orientierte Interviews zu Erfahrungen von Menschen mit vorbestehenden Behinderungen mit dem Prozess der medizinischen Rehabilitation. Eingeschlossen werden Menschen mit einer vorbestehenden Behinderung; das heißt, wenn sie mit einer Behinderung leben und aufgrund einer Sekundärerkrankung, einer Komorbidität oder eines Unfalls einen Rehabilitationsbedarf entwickeln. Wir verfolgen in dieser Zielgruppe ein Maximum Variation Sampling. Bisher erfolgten zehn Interviews, die transkribiert, pseudonymisiert und mit der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet wurden.

Ergebnisse

Eine Herausforderung liegt in der Feststellung von Rehabilitationsbedarfen. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder einem kommunikativen Unterstützungsbedarf sind häufig auf die Identifizierung eines potenziellen Bedarfs durch betreuende Angehörige oder institutionell Pflegende und deren Unterstützung bei der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen angewiesen. Viele Betroffene, Angehörige und Fachkräfte scheinen wenig Erfahrung und Wissen darüber zu haben, wann eine Rehabilitation beantragt werden kann, welche Potenziale diese für die Gesundheit und die Bewältigung des Alltags bieten kann und welche Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Der Prozess der Antragstellung wird teilweise als aufwendig und belastend wahrgenommen. Bei einigen Personen werden zudem per se die (Reha-)Fähigkeit und der Anspruch angezweifelt. Kostenträger bewilligen eine Rehabilitation oft nur nach Ausschöpfung anderer

Therapieoptionen, bei akuten Ereignissen oder Pflegeanträgen, was die Befragten oft als unzureichend empfinden. Die Suche nach passenden Rehabilitationseinrichtungen kann langwierig sein, vor allem wenn die Bedarfe der Antragstellenden komplex oder spezifisch sind.

In Vorbereitung auf die Maßnahme sind einige Befragte skeptisch, ob pflegerische Bedarfe gedeckt werden und die Rehabilitation trotz zugrundeliegender Behinderung umgesetzt werden kann. Dementsprechend sind Absprachen über Hilfs- und Versorgungsmittel, Pflege, Routinen und räumliche Gegebenheiten im Vorfeld wichtig. Die Formulierung patient*innenorientierter Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung der individuellen Teilhabeziele und Lebensrealitäten erweist sich insbesondere bei kognitiven Beeinträchtigungen als anspruchsvoll und erfordert einen intensiven Austausch mit Betreuenden. Auch die Übertragung von Rehabilitationsinhalten in Nachsorge und Alltag erweisen sich als herausfordernd, da hier oft das häusliche Setting sowie Betreuungs- oder Therapiepersonal eingebunden werden müsste, um langfristige Erfolge zu erzielen.

Diskussion und Fazit

Im Prozess der medizinischen Rehabilitation begegnen Menschen mit Behinderungen zahlreichen Herausforderungen. Diese entsprechen teilweise denen anderer Rehabilitand*innen, in vielen Fällen gehen sie jedoch mit der vorbestehenden Behinderung einher. Es ist zu berücksichtigen, dass diese Zielgruppe sehr heterogen ist und damit auch die Bedarfe und Herausforderungen spezifisch sein können. Im weiteren Studienverlauf gilt es zu identifizieren, welche Personengruppen explizit von welchen Herausforderungen betroffen sind. Darauf aufbauend werden mögliche Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgungssituation durch medizinische Rehabilitation bestimmt. Dabei wird zu diskutieren sein, für wen bestehende Rehabilitationskonzepte geeignet sind und inwiefern die Entwicklung flexiblerer Alternativen sinnvoll ist. Neben den Herausforderungen werden wir auch die Chancen der Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen und die Ressourcen im Prozess analysieren, da in den Interviews ebenfalls von vielen positiven und bereichernden Erfahrungen erzählt wurde. Es erscheint ebenso wesentlich, den Zugang und die Umsetzung für jene, die vom bestehenden Rehabilitationskonzept profitieren, zu erleichtern.

Take-Home-Message

Menschen mit vorbestehenden Behinderungen begegnen im Rehabilitationsprozess vielfältigen Herausforderungen, die sowohl aus strukturellen Gegebenheiten als auch aus der Art und Schwere ihrer Behinderung, ihrem Unterstützungsbedarf und ihrer Lebenssituation resultieren.

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.

Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften NRW e. V. (GfR NRW e. V.)

Kontinuität und Zusammenarbeit zwischen (teil-)stationärer Psychotherapie und niedergelassenen Psychotherapeut*innen aus Sicht ambulant tätiger Psychotherapeut*innen

Jonas Michael Adolf; Heiner Vogel

Universitätsklinikum Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Das gegliederte Versorgungssystem Deutschlands wird häufig kritisiert, weil es die Kontinuität der Behandlung an den Übergängen zwischen den verschiedenen Sektoren erschwert. Insbesondere bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen werden Schnittstellen zu Hindernissen, die auch zur Chronifizierung beitragen können (Sachverständigenrat, 2018, S. 683; Wittchen et al., 2011).

Das Ziel der vorliegenden explorativen Studie war es, die psychotherapeutische Versorgung hinsichtlich der Zusammenarbeit des (teil-)stationären und des ambulanten Sektors aus Sicht von niedergelassenen Psychotherapeut*innen zu untersuchen, diese in den wissenschaftlichen Kontext einzuordnen und – falls möglich – erste Möglichkeiten zur Verbesserung der derzeitigen Versorgungskontinuität aufzuzeigen.

Methoden

In einem mehrfach gestuften Prozess wurde ein Online-Fragebogen mit 40 Items sowie einigen Filtern und vertiefenden Zusatzfragen erarbeitet, die sich auf konkrete Erfahrungen zum Übergang von der ambulanten in die stationäre Versorgung beziehen und auf die allgemeine Bewertung verschiedener Aspekte der Kontinuität in der Versorgung. Eine freundliche Einladung zur Teilnahme und der Zugangscode wurden im Sommer 2023 an acht der wichtigsten psychotherapeutischen und psychiatrischen Fachgesellschaften sowie Psychotherapeutenkammern mit der Bitte um Weiterleitung an deren Mitglieder zugesandt.

Ergebnisse

Stichprobe: Von 106 vollständig ausgefüllten Fragebögen kamen 64% von Psychologische Psychotherapeut*innen und 30% von Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeut*innen; 87% ordneten sich als Verhaltenstherapeut*in ein, 14% als tiefenpsychologisch orientiert; 91% waren in ambulanter Praxis tätig; 45% behandelten zwischen 51 und 100 Patient*innen pro Jahr. 79% haben eigene Vorerfahrungen in der (teil-)stationären Psychotherapie angegeben, 41% in der Rehabilitation, 93% gaben eine abgeschlossene Psychotherapeutische Aus- oder Weiterbildung (mit durchschnittlich 14,2 Jahren Berufserfahrung) an.

Die Antworten auf die inhaltlichen Fragen bieten somit vor allem den Blickwinkel von niedergelassenen Psychotherapeut*innen, die zu einem hohen Anteil auch den therapeutischen Alltag im (teil-)stationären Setting kennen. Sie berichten über die nicht seltene Erfahrung, dass Patient*innen während einer ambulanten Behandlung eine stationäre Behandlung (ggf. bei einem anderen Kostenträger) beginnen oder beginnen müssen:

- Kontakte zur Klinik vor Beginn der (teil-)stationären Behandlung? Ja: 33%, nein: 56% - von diesen 56% hätten sich 59% einen Austausch gewünscht, 28% hätten ihn sogar für notwendig erachtet.

- 80% hätten sich mehr Abstimmung mit der (teil-)stationären Behandlung gewünscht.
- 87% meinen, dass der Austausch zwischen beiden Sektoren nicht gut geregelt ist.
- 85% hätten ein proaktives Gesprächsangebot seitens des/der Bezugstherapeut*in der Klinik gewünscht, am besten mit einem/einer klaren Ansprechpartner*in.
- Der Austausch insgesamt wird mehrheitlich als defizitär angesehen.
- 96% wünschen sich eine automatische Zusendung des Entlassungsberichtes (bei gegebener Zustimmung des/der Patienten*in).

Diskussion und Fazit

Limitationen: Die Repräsentativität der Ergebnisse ist begrenzt. Im Verhältnis zur deutlich größeren Zahl der Aussendungen ist die Zahl der Rückläufe gering. 520 Personen haben den Fragebogen aufgerufen, davon haben 160 mit der Beantwortung der Fragen begonnen, aber nur 106 beendet. Dennoch lassen sich aus den Ergebnissen Hinweise auf die überwiegenden Erfahrungen der niedergelassenen Psychotherapeut*innen mit stationären Behandlungen für ihre Patient*innen, bezogen auf die Kontinuität der Behandlungen, entnehmen: Die Erfahrungen sind nicht gut, die Psychotherapeut*innen äußern erhebliche Kritik an den aktuellen Bemühungen von Kliniken um die Behandlungskontinuität.

Aufgrund der besonderen Relevanz der Kontinuität in der psychotherapeutischen Behandlung, auch über stationäre Behandlungsphasen hinweg, weisen die Ergebnisse auf erhebliches Verbesserungspotential hin, auf das auch Patienten vielfach angesprochen wird (Kivelitz et al., 2015). Das proaktive Angebot zur Kontaktaufnahme mit der Klinik und festem/fester Ansprechpartner*in im Vorfeld oder zu Beginn einer (teil-)stationären psychotherapeutischen Behandlung und die regelmäßige Übersendung des Entlassungsberichtes (sofern der*die Patient*in zustimmt) könnten evtl. erste, leicht umzusetzende Maßnahmen.

Take-Home-Message

Wegen der besonderen Relevanz der Behandlungskontinuität in der Psychotherapie scheinen verstärkte Bemühungen und regelmäßige Kontakte von psychosomatischen Kliniken zu ambulanten Behandler*innen bedenkenswert.

Literatur

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 (8), 424–429. DOI: 10.1055/s-0034-1370306.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Online verfügbar unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf, zuletzt geprüft am 14.07.22.

Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.-C. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European neuropsychopharmacology, 21(9), 655–679. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

Multicomponent rehabilitation in older patients hospitalized for age-related diseases – a forgotten population in research?

Omar Baritello; Theo Taxis; Hanna Stein; Machteld Luizink-Dogan; Heinz Völler; Annett Salzwedel

Universität Potsdam

Hintergrund und Zielstellung

Population aging is a consolidated phenomenon in high-income countries, with one in six people projected to be 60 or older by 2030, and the population aged 80+ expected to triple by 2050 (WHO, 2015). Older patients are often characterised by functional limitations after hospitalisation for age-related diseases (Zisberg et al., 2015), which may result in restricted participation in social life. Multicomponent rehabilitation (MR) could restore functioning in elderly hospitalized patients (Stucki et al., 2018), even beyond geriatrics, but specific evidence seems lacking.

This review mapped the evidence on MR in older patients following hospitalisation for age- related cardiac, neurologic, oncologic and orthopaedic indications regarding functioning- related outcomes.

Methoden

This scoping review was designed according to the Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) recommendations and based on the guidelines set by the Joanna Briggs Institute (JBI Manual for Evidence Synthesis). The databases PubMed, Cochrane Library, International Clinical Trials Registry Platform and ClinicalTrials were systematically searched. We included randomised controlled trials (RCT) and controlled cohort studies (CCS) comparing centre-based MR with usual care (medical care excluding exercise training). The population of interest was patients ≥75 years, hospitalised for age-related cardiac, neurologic, oncologic and orthopaedic diseases. MR was defined as exercise training and at least one additional component (e.g. nutritional counselling), starting within 3 months after hospital discharge. RCTs and CCS were included from inception, without language restriction. Care dependency after ≥6-months follow-up was set as the primary outcome. Physical function, health-related quality of life (HRQL) and activities of daily living (ADL) were considered as secondary outcomes. Four reviewers independently screened titles, abstracts and full texts for inclusion and extracted data. MR components and the typology of outcome assessments used were mapped at the final data synthesis level.

Ergebnisse

9 studies were investigated in the final data synthesis out of the 20,409 identified records (Abb. 1). Throughout these studies, disease education was the most frequent MR component besides exercise training (Tab. 1).

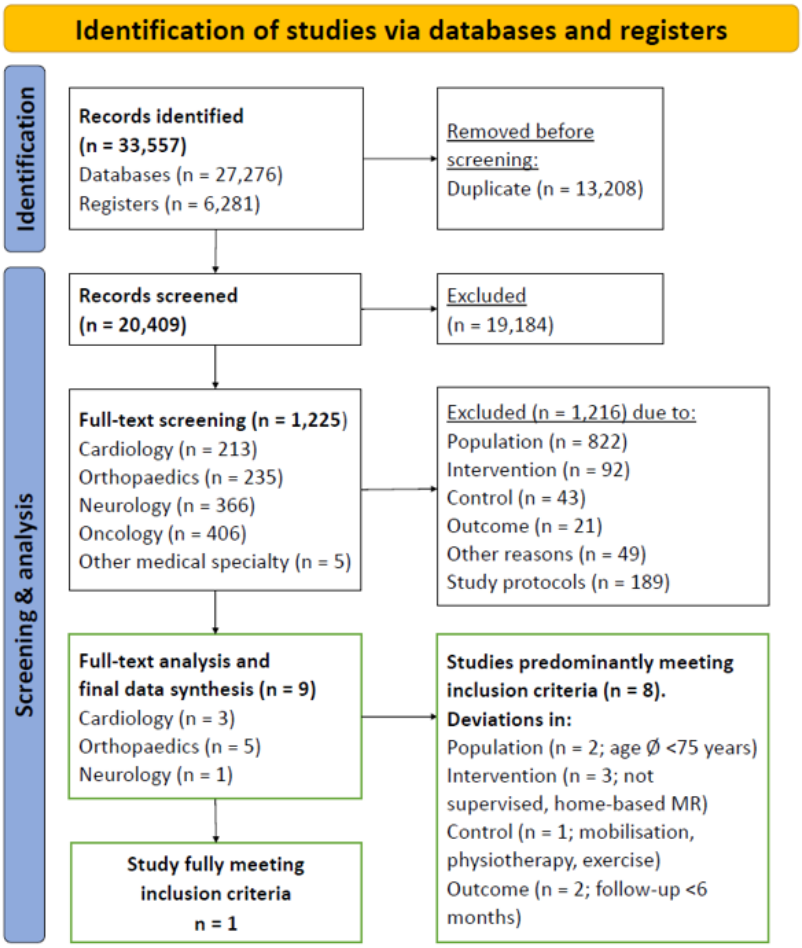


Abb. 1.

Tab. 1: Overview of the rehabilitation components of the studies in final data synthesis by medical speciality

Medical speciality (n. of studies)	Rehabilitation components					
	Exercise training	Physio-therapy	Disease education	Emotional support	ADL-training	Nutritional counselling
Cardiology (n = 3)	n = 3		n = 3	n = 3		
Orthopaedics (n = 5)	n = 5	n = 3	n = 3		n = 1	n = 1
Neurology (n = 1)	n = 1		n = 1			

Colour scheme: green = rehabilitation component was implemented; red = rehabilitation component was not implemented. Rehabilitation components definition: Exercise training = interventions involving physical activity and respecting training principles; Physiotherapy = physical therapy measures besides exercise training; Disease education = all formats of information on the disease/therapy given by members of the rehabilitation team; Emotional support = caregiver/family involvement, group discussions; ADL-Training = training of activities of daily living (e.g. grocery shopping); Nutritional counselling = counselling including supplementation

The MR programmes lasted between 2 to 24 weeks with a median duration of 10 weeks. Training frequency ranged from several times daily (orthopaedic patients) to two times per week in patients with cardiovascular or neurologic disease, while the duration of exercise sessions varied between 0.5 hours and 1.5 hours. Outcomes of physical function (7 studies), HRQL (6 studies) and ADL (4 studies) were commonly assessed. Only one RCT (cardiac rehabilitation, 80 ± 0.3 years, MR/usual care n = 24/23) fully met the inclusion criteria and

reported improvements in physical function (2 months) and in HRQL (2, 8, 14 months after intervention) in MR patients.

Diskussion und Fazit

Evidence regarding MR's role in functioning-related outcomes among patients aged 75+ is scarce, signalling an essential need for research within this expanding, underrepresented age group. Future research should implement interventions based on the WHO principles of a patient-centred, integrated rehabilitation strategy grounded in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Take-Home-Message

Well-designed controlled studies are needed to close the research gap in the under-represented population of older patients in rehabilitation.

Literatur

Stucki, G., Bickenbach, J., Gutenbrunner, C., Melvin, J. (2018): Rehabilitation: The health strategy of the 21st century. In: Journal of rehabilitation medicine 50 (4), S. 309–316. DOI: 10.2340/16501977-2200.

World Health Organization (2015): World Report on Ageing and Health: World Health Organization.

Zisberg, A., Shadmi, E., Gur-Yaish, N., Tonkikh, O., Sinoff, G. (2015): Hospital-associated functional decline: the role of hospitalization processes beyond individual risk factors. In: Journal of the American Geriatrics Society 63 (1), S. 55–62. DOI: 10.1111/jgs.13193

Förderung: Universität Potsdam - Interne Forschungsförderung

Sozialraumorientierte Rehabilitation für Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Beeinträchtigung

Judith Gartmann; Christoph Egen; Tatjana Levin; Thilo Busche; Christian Sturm; Andrea Bökel

Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

Hintergrund und Zielstellung

Der rehabilitationsmedizinische Versorgungsbedarf von Menschen mit geistiger und / oder Mehrfachbehinderung (MgmB) wird im deutschen Gesundheitssystem nur unzureichend adressiert, obwohl Gesetzesgrundlagen für entsprechende Versorgungsmodelle vorhanden sind, z.B. die Mobile Rehabilitation (Egen, Beyer, 2022, Wetzel, Rathmann, 2020, Aschoff, 2023). Im experimentellen Pilotprojekt „Sozialraumorientierte individualisierte medizinische Rehabilitation für MgmB (SIMRE)“ wurde ein sozialraumorientiertes Rehabilitationskonzept getestet und evaluiert.

Das Ziel der Studie war die Überprüfung der Machbarkeit eines sozialraumorientierten Rehabilitationskonzepts für MgmB und deren Effekten, wie z.B. das Erreichen eines individuellen Teilhabeziels.

Methoden

Die prospektive Mixed-Methods-Pilotstudie erhebt zu 3 Messzeitpunkten (T0 Interventionsbeginn, T1 Interventionsende, T2 1-Monat-Follow-up) mit Hilfe von Fragebögen und Interviews Informationen zu Lebensqualität, Therapiezielen, Therapieerfolgen und Machbarkeit sowohl von den Teilnehmenden als auch von deren Angehörigen bzw. Bezugsbetreuenden. Zu T0 und T1 wurde darüber hinaus der Barthel-Index erhoben. Das sozialraumorientierte Versorgungskonzept der SIMRE-Studie sieht eine therapeutische Versorgung über Heilmittelverordnungen an 2-3 Wochentagen über einen Zeitraum von 4 bis 6 Wochen vor.

Ergebnisse

Es nahmen 15 MgmB mit angeborenen und erworbener Erkrankung (im Durchschnitt 42 Jahre; 20 - 63 Jahre; weiblich n=8) sowie 11 Angehörige bzw. Bezugsbetreuende (im Durchschnitt 60 Jahre; 44 - 72 Jahre; weiblich n=9) an der Studie teil. Der Rehabilitationszeitraum erstreckte sich im Durchschnitt über 7 Wochen. Während der gesamten Rehabilitationszeit erhielt jede/r Teilnehmende mindestens 60 Min. Krankengymnastik und 45 Min. Ergotherapie pro Therapietag. Bei Bedarf wurden interprofessionelle Co-Therapien mit der Physio- und Ergotherapie geplant (45 -60 Min.). Die geplanten Therapiezeiten wurden häufig überschritten. Im Durchschnitt dauerten die Therapieeinheiten bis zu 6 Min. länger als vorgesehen, wobei die Ergotherapie die längste durchschnittliche Verlängerung aufwies, gefolgt von der Co-Therapie und der Physiotherapie. Ergänzende Maßnahmen, wie z.B. Schwimmen oder Klettern wurden individuell geplant und umgesetzt. Der Barthel-Index der Teilnehmenden verbesserte sich im Durchschnitt um 7 Punkte. Die Mehrzahl der Teilnehmenden konnte ihre Therapieziele erreichen. Die Angehörigen bzw. Bezugsbetreuenden (n=8) berichteten von einer Verbesserung des Wohlbefindens der Teilnehmenden. Auch die Beschwerden haben sich laut Aussagen der Angehörigen bzw. Bezugsbetreuenden (n=7) verbessert.

Diskussion und Fazit

Mit diesem sozialraumorientierten Rehabilitationskonzept kann eine individuelle rehabilitationsmedizinische Versorgung für MgmB gewährleistet werden und erfährt eine hohe Akzeptanz unter den Teilnehmenden. Insgesamt muss für die einzelnen Interventionen in der Rehabilitation von MgmB eine Kontingenzzeit von 5 bis 10 Min. je Therapieeinheit eingeplant werden.

Take-Home-Message

Mit der sozialraumorientierten Rehabilitation können MgmB bedürfnisorientiert bei der Erreichung ihrer Teilhabeziele unterstützt werden.

Literatur

Aschoff, F. (2023): Alltag im Fokus - Mobile Rehabilitation als systemischer Ansatz. physiopraxis, 21(06):10-13.

Egen, C., Beyer, J. (2022): Rehabilitative Versorgungslücken in Deutschland. Eine kritische Bestandsaufnahme für den Bereich der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung. Das Krankenhaus, 9: 761-771.

Wetzel, L.D., Rathmann, K. (2022): Inanspruchnahme und wahrgenommenen Barrieren des Gesundheitswesens bei Menschen mit Behinderung in Deutschland: Ergebnisse des GEDA 2014/2015-EHIS-Survey. Prävention und Gesundheitsförderung; 15: 332-339.

Förderung: Bundesministeriun für Gesundheit

Versorgungslücken bei jüngeren Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen durch (indikationsübergreifende) mobile Rehabilitation schließen: Ergebnisse einer Online-Umfrage

Christoph Armbruster; Erik Farin-Glattacker

Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland ist die medizinische Rehabilitation (Reha) grundsätzlich gut ausgebaut. Sie zielt darauf ab, Menschen in ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe in der Gesellschaft zu fördern (vgl. § 1 SGB IX). Jedoch existieren in der gegenwärtigen ambulanten und stationären indikationsspezifischen Reha-Landschaft laut einigen Autor*innen Versorgungslücken, die gerade jüngere Menschen unter 60 Jahren mit komplexen Beeinträchtigungen betreffen und zu einer Unterversorgung führen können (z.B. Buschmann- Steinhage et al., 2022). Mobile Reha (MoRe), eine aufsuchende Form der ambulanten Reha, kann zum Schließen dieser Lücken beitragen, indem sie den Betroffenen einen Reha-Zugang ermöglicht (Stolee et al., 2012). Bisherige Angebote sind bisher kaum vorhanden. In diesem Zusammenhang wird zudem ein indikationsübergreifendes Konzept als wichtig angesehen, um die Mitbehandlung von Reha-Bedarf an unterschiedlichen Organsystemen hinreichend sicherstellen zu können (z.B. bei Multimorbidität) und die Reha-Maßnahme somit nicht ausschließlich auf die rehabilitationsauslösende Hauptindikation fokussiert (Wilke et al., 2024). Erkenntnisse über Versorgungslücken und die Notwendigkeit einer (indikationsübergreifenden) MoRe beruhen bisher auf Erfahrungsberichten und konzeptionellen Überlegungen (z.B. Buschmann-Steinhage et al., 2022, Wilke et al., 2024) oder wurden qualitativ erforscht (Armbruster et al., 2024). Um quantifizierbare Erkenntnisse an größerer Fallzahl zu gewinnen, wurde mit dieser Studie das Ziel verfolgt, eine Bewertung durch Expert*innen 1) zu nicht hinreichend gedeckten rehabilitativen Versorgungsbedarfen von Menschen unter 60 Jahren mit komplexen Beeinträchtigungen im gegenwärtigen Reha-Angebot, 2) zum Bedarf und damit verbundenen Vorteilen einer (indikationsübergreifenden) MoRe sowie 3) zu Indikations- und Allokationskriterien für diese Versorgungsform vorzunehmen.

Methoden

Die Online-Fragebogenerhebung fand im Zeitraum von 03/2024-05/2024 statt und richte sich an Expert*innen aus sechs unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen und unterschiedlichen Funktionen: 1) reha-zuweisend/-auslösend wie z.B. Ärzt*innen aus dem niedergelassenen

Bereich oder Entlassmanager im Krankenhaus und 2) reha-durchführend wie z.B. Ärzt*innen und leitende Therapeut*innen der Mo(Ge)Re. Die Expert*innen wurden aus ganz Deutschland via Vertreter*innen von Organisationen und Institutionen mit entsprechenden E- Mail- Verteilern, öffentlich zugänglichen E-Mail-Adressen oder Aufrufen über verschiedene Homepages etc. rekrutiert. Die Items des Fragebogens basierten auf Ergebnissen einer qualitativen Vorstudie (Armbruster et al., 2024). Die Daten wurden mittels deskriptiver Statistiken ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen n=136 Expert*innen an der Befragung teil. Ärzt*innen aus dem niedergelassenen Bereich und aus indikationsspezifischen Reha-Einrichtungen waren am stärksten vertreten (28.7 % bzw. 25 %). Unzureichend gedeckte Versorgungsbedarfe zeigten sich u.a. dadurch, dass häufig keine Anschlussreha möglich ist oder teilweise andere Wege (z.B. neurologische Reha) genutzt werden müssen, um eine Reha umsetzen zu können (86- 89 % (Prozentsatz „trifft eher zu“ - „trifft voll und ganz zu“)). Probleme wurden zudem im mangelnden Angebot an adäquaten Einrichtungen, im Bereich der Zuweisung oder in der zu kurzen Reha-Dauer gesehen (84-92 %). MoRe kann nach Ansicht der Befragten Versorgungsdefizite im bestehenden Angebot ausgleichen und sollte flächendeckend ausgebaut werden (85-90 %). Vorteile wurden u.a. in der Individualisierbarkeit der Therapie und in der flexiblen Gestaltung des Reha-Prozesses gesehen (90 %). Ein indikations-übergreifender Ansatz der MoRe schätzten die Expert*innen u.a. aufgrund einer erleichterten Zuweisung und im Hinblick auf Ganzheitlichkeit als wichtig ein (90-96 %).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass für jüngere Menschen mit komplexen Problemlagen in der aktuellen Reha-Versorgung diverse Versorgungslücken bestehen und der Ausbau (indikationsübergreifender) MoRe als relevant erachtet wird. MoRe kann eine wichtige Säule in der Umsetzung der Forderungen der UN-BRK (Artikel 26, Abs. 1) darstellen.

Take-Home-Message

Expert*innen mit unmittelbarem Reha-Bezug nehmen in ihrer täglichen Arbeit Herausforderungen und Lücken in der Versorgung von jüngeren Menschen mit komplexen Problemlagen wahr und sehen ein Ausbau (indikationsübergreifender) MoRe daher als wichtig an.

Literatur

Armbruster, C., Wimmesberger, N., Farin-Glattacker, E. (2024): Expert*innensichtweisen zum Bedarf und zu den Potenzialen (indikationsübergreifender) mobiler Rehabilitation in der Versorgung jüngerer Menschen mit komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen: eine qualitative Studie. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 188, 70–78. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2024.06.004.

Buschmann-Steinhage, R., Greitemann, B., Schmidt-Ohlemann, M. (2022): Versorgungslücken in der medizinischen Rehabilitation – die postakute Komplexrehabilitation. Die Rehabilitation 61(04), 217–221. https://doi.org/10.1055/a-1872-0829.

Stolee, P., Lim, S. N., Wilson, L., Glenny, C. (2012): Inpatient versus home-based rehabilitation for older adults with musculoskeletal disorders: a systematic review. Clinical Rehabilitation 26(5), 387–402. https://doi.org/10.1177/0269215511423279.

Wilke, C., Siegert, R., Warnach, M., Beyer, J., Emmerich, J., Reckert, M., Kasprick, L., Liebl, M. E., Schmidt-Ohlemann, M. (2024): Mobile Rehabilitation erweitert denken – zur Implementierung einer Mobilen indikationsübergreifenden Rehabilitation. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin. https://doi.org/10.1055/a-2353-6254.

Halbzeit – Zwischenergebnisse aus der Evaluation des Projekts BEWEGUNG

Judit Anacker; Bianca Lange; Heike Ohlbrecht

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Hintergrund und Zielstellung

Das Modellvorhaben „Beruflicher Eingliederungsweg umfassend neu gedacht“ [BEWEGUNG] ist Teil des Bundesprogramms rehapro gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), welches Kund:innen aus dem Rechtskreis SGB II mit einer komplexen, arbeitsbiografischen und sozialräumlichen Problemlage ein neuartiges Leistungsangebot in Form des beruflich-medizinischen Integrationsmoduls eröffnet. Das Ziel des Projekts BEWEGUNG besteht darin die aktive Teilhabe am Arbeitsleben und Arbeit unter den gesundheitlichen Gegebenheiten zu ermöglichen und die Wahrnehmung und Nutzung der Potenziale von Arbeit als Resilienzfaktor zu stärken (Ohlbrecht, 2022). Prägendes innovatives Element des Projektes ist die Schaffung eines beruflich geprägten Settings, in dem individuell notwendige rehamedizinische Leistungen in den Maßnahmeverlauf eingebettet sind und eine berufsbiografische Orientierung zu ermöglichen. Zentrale Ziele der methodischen Qualitätssicherung sind die methodische Begleitung des Modellvorhabens im gesamten Prozess, die Sicherstellung der Durchführung- und Ergebnisqualität sowie die Unterstützung beim Erreichen der Projektziele. Die zentralen Aufgaben bestehen in der Auswertung aller geplanten Formate sowie in der Sicherstellung der Kombination bzw. Integration der Ergebnisse. Der eingereichte Beitrag hat zum Ziel Zwischenergebnisse der Evaluation zum Projekt zu präsentieren und die dadurch identifizierten Herausforderungen und Chancen für die Teilnehmenden zu beleuchten.

Methoden

Das Projekt BEWEGUNG wird im Rahmen einer begleitenden summativen sowie formativen Evaluation untersucht, die sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsmethoden kombiniert, um die möglichen Gewinne für die Zielgruppe in Hinblick auf die Teilhabe am Arbeitsleben und soziale Integration zu ermöglichen. Im eingereichten Vortrag werden quantitative Evaluationsdaten im Fokus stehen. Bisher (zum Zeitpunkt der Einreichung) haben 11 der insgesamt 18 geplanten Durchgänge (N 105) das 12-wöchigen beruflich-medizinischen Integrationsmodul durchlaufen, wobei alle Teilnehmenden die Möglichkeit hatten am Ende der zwölf Wochen einen online Evaluationsfragebogen bestehend aus 28 geschlossenen und sieben offenen Fragebatterien auszufüllen. Ziel dabei ist es einerseits, die subjektive Einschätzung zum Modellprojekt zu erfassen und andererseits die Gelingensbedingungen aber auch Hemmfaktoren im Leistungsangebot zu identifizieren, um kontinuierlich Anpassungen am Projektverlauf vornehmen zu können.

Ergebnisse

Insgesamt haben bisher 57 der 105 Teilnehmende an der Onlineevaluation teilgenommen, was einem Rücklauf von 54,3 Prozent entspricht. Im Durchschnitt waren die Befragten zum Zeitpunkt des Leistungsangebot 49 Jahre alt. 24,5 Prozent der Teilnehmenden waren Frauen und 75,5 Prozent Männer. In der deskriptiven Analyse der ersten Zwischenergebnisse wird deutlich, dass die Teilnehmenden das Leistungsangebot insgesamt als positiv bewerten. So werden durch die Teilnehmenden Teile der Coachingangebote als hilfreich für ihre persönliche Entwicklung empfunden. Knapp die Hälfte der Befragten gaben an, dass sie neue persönliche Ziele durch die Teilnahme am Modellprojekt entwickelt und alte Interessen wiederentdeckt haben. Jedoch können auch Herausforderungen durch die Evaluationsergebnisse identifiziert werden. Es wurde deutlich, dass 43,2 Prozent der Teilnehmenden sich nicht ausreichend über das Projekt informiert fühlen. Zusätzlich erwies sich für ca. ein Drittel der Teilnehmenden sowohl die berufliche Erprobung als auch die medizinische Unterstützung im Projekt als besonders wertvoll.

Diskussion und Fazit

Die Wirksamkeit einzelner diagnostischer Elemente sowie die Wirkungszusammenhänge zwischen den einzelnen Leistungselementen werden unter besonderer Berücksichtigung der Zielgruppenspezifik wissenschaftlich erhoben und evaluiert. Auf der Basis einer den wissenschaftlichen Standards entsprechenden Evaluation kann die Verallgemeinerbarkeit des Modellprojektes beurteilt werden. Die ersten Evaluationsergebnisse verweisen auf Potentiale im Einsatz der berufsbiografischen Elemente für die berufliche Neu- und Wiedereingliederung sowie auf eine positive Wirkweise des Einsatzes von Arbeit als Resilienzfaktor, die es weiterhin zu prüfen gilt. Dabei werden auch Ergebnisse der telefonischen Nachbefragung inkludiert, bei der die Teilnehmenden 6 Monate nach Beendigung des 12-wöchigen Leistungsangebots zum Projekt befragt und die Nachhaltigkeit der Maßnahme überprüft werden soll. Ziel ist es das von uns entwickelte innovative Leistungsangebot transferierbar zu machen.

Take-Home-Message

Das Projekt BEWEGUNG zeigt in der Zwischenevaluation Potentiale für die Entwicklung neuer beruflicher Orientierungen für die Teilnehmenden, die mit Chancen für eine Übertragbarkeit von Leistungselementen für andere Zielgruppen einhergehen können.

Literatur

Ohlbrecht, H. (2022): Welche Arbeit braucht der Mensch? - trotz oder durch Arbeit gesund? : Zur Bestimmung einer Wechselbeziehung; in: Arbeit Job Beruf - Interdisziplinäre Perspektiven, 1st ed. 2022. (Dick, Michael) - Wiesbaden : Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 261-287.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, rehapro

Modellprojekt ZaTaB: Frühwiedereingliederung für psychisch Erkrankte durch Arbeitszeitreduktion, psychologische Begleitung und Fallmanagement – wer nimmt teil?

Claudia Joas; Till Manderbach; Jutta Ahnert; Heiner Vogel

Universitätsklinikum Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Psychische Erkrankungen führen nicht nur zu langen AU Zeiten, sie sind außerdem der häufigste Grund für krankheitsbedingte Frühberentungen (DRV, 2024; Schröder, Urban, 2019). Je länger die Abwesenheit vom Arbeitsplatz, desto höher sind meist die Rückkehrhemmnisse. Dabei fördert Arbeit Tagesstruktur, Erfolgserlebnisse und soziale Integration, und trägt damit zur psychosozialen Stabilisierung bei (Pfammatter et al., 2000). Häufig haben Betroffene trotz begrenzter Belastbarkeit den Wunsch, in reduziertem Umfang weiterzuarbeiten. In skandinavischen Ländern gibt es hierfür Modelle der befristeten Teilzeit-Tätigkeit im Krankheitsfall. Studien zeigen positive Effekte, u.a. eine schnellere Rückkehr in den Beruf sowie eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine vollständige Rückkehr und damit eine Vermeidung von Frühberentungen (Albrecht et al., 2018). Das durch das Bundesprogramm rehapro geförderte Modellprojekt „ZaTaB“ erprobt die Umsetzung einer zeitlich befristeten Arbeitszeitreduktion nun erstmals in Deutschland.

ZaTaB („ZeitRaum“ in der Außendarstellung) ermöglicht Menschen, deren Arbeitsfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung bedroht ist, die Reduktion ihrer Arbeitszeit auf 50% für eine Dauer von bis zu 12 Monaten und bei üblichem Gehalt (Arbeitgeberzuschuss). Begleitend erhalten sie wöchentlich psychologische Unterstützung zum Umgang mit arbeitsplatzbezogenen Problemen. Das Projekt wird in den Modellregionen Unter- und Oberfranken durchgeführt. Hierfür wurden zwei Beratungsstellen (Würzburg und Bayreuth) eingerichtet, an denen Fallmanager:innen die Teilnehmenden im Projektverlauf begleiten. Ziel ist die frühzeitige Bearbeitung arbeitsbezogener Probleme und damit die Förderung einer schnellen und stabilen Rückkehr an den Arbeitsplatz. In einer Zwischenauswertung wurde die Stichprobe im Hinblick auf deskriptive Charakteristika, psychische Belastung und arbeitsplatzbezogene Probleme untersucht.

Methoden

Eingeschlossen wurden Teilnehmende, die zwischen 01.08.2022 und 31.10.2024 mit der Maßnahme begonnen hatten. Zu Beratungsbeginn wurden neben soziodemographischen / sozialmedizinischen Angaben folgende Parameter erfasst: Psychische Belastung (PHQ-9, GAD-2, MBI, SSS-8), subjektive Arbeitsfähigkeit (WAS, SPE-Skala), Einschätzung der Arbeitssituation (REQ, KAFA, Eigenkonstruktion) und Lebensqualität (SF-12). Berichtet werden deskriptive Statistiken (Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen).

Ergebnisse

Die N=74 Teilnehmenden waren im Schnitt 50,2 Jahre alt (SD=8,6), 48,6% waren weiblich. Die meisten (73,3%) arbeiteten Vollzeit, davon 78,4% im Angestelltenverhältnis, 20,3% als Arbeiter:innen. Gut die Hälfte der TN (52,1%) war zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme zum Projekt arbeitsunfähig, im Jahr vor der Kontaktaufnahme waren 79,9% mehr als 6 Wochen

lang krankgeschrieben. Bei den Indikatoren der psychischen Belastung PHQ-9 (M=14,6; SD=5,1), GAD-2 (M=3,6; SD=1,6), SSS8 (M=15,4; SD=6,4), MBI- Skala Erschöpfung (M=36,7; SD=9,4) und MBI-Skala Depersonalisierung (M=10,77; SD=7,6) weisen die Werte der Teilnehmenden auf eine hohe Belastung hin. Die subjektive Arbeitsfähigkeit, erfasst mit WAS (M=3,7; SD=1,6), SPE-Skala (M=1,4; SD=0,0) und der MBI-Skala Leistungseinschätzung (M=21,1; SD=8,1) wird als deutlich beeinträchtigt eingeschätzt. Die körperliche Lebensqualität im SF-12 (M=41,7; SD=10,1) liegt im unteren Normbereich, während die psychische Lebensqualität im SF-12 (M=28,7; SD=8,6) als deutlich unterdurchschnittlich angegeben wird. Den Teilnehmenden fällt es schwer, nach Feierabend abzuschalten (REQ-Skala „Abschalten von der Arbeit“ M=2,2; SD=0,9). Soziale Unterstützung durch Menschen im persönlichen Umfeld wird als gering (OSS-3 M=8,7; SD=2,1) erlebt.

Diskussion und Fazit

Die hohen Werte in allen Messgrößen zur psychischen Belastung entsprechen den Erwartungen, da die Teilnahme an der Maßnahme das Vorliegen einer psychischen Erkrankung voraussetzt. In ihren Angaben zur subjektiven Arbeitsfähigkeit zeigt sich die Zielgruppe dabei sowohl in ihrer Berufsausübung, als auch ihrer Erholungsfähigkeit deutlich eingeschränkt, was den Bedarf für die arbeitsplatzbezogene psychologische Begleitung deutlich macht. Überraschend ist, dass fast die Hälfte der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme ins Projekt arbeitsfähig ist, während sie mit ihrer Kontaktaufnahme gleichzeitig den Bedarf nach einer Entlastung durch die Arbeitszeitreduktion signalisieren. Betrachtet man die hohe Anzahl an AU-Tagen in den vergangenen 12 Monaten, wird dieser Bedarf deutlicher: Die dort ersichtliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit weist darauf hin, dass die im Projekt anvisierte Zielgruppe erreicht wird, nämlich Menschen, deren Erwerbsfähigkeit auf Dauer gefährdet sein dürfte.

Take-Home-Message

Die Analyse der Stichprobe bestätigt, dass die Teilnehmenden von ZaTaB neben psychischen auch erhebliche arbeitsplatzbezogene Einschränkungen aufweisen, wodurch die arbeitsplatzbezogene Unterstützung im Rahmen des Projekts für sie besonders sinnvoll ist.

Literatur

Albrecht, M., Hildebrandt, S., Preusker, U.K., Sander, M., Sussmann, S. (2018): Teilarbeitsfähigkeit und Teilkrankengeld - Erfahrungen skandinavischer Länder und deren mögliche Übertragbarkeit auf die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland. IGES-Gutachten. URL: https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e22767/e22769/e22771/attr_objs23192/IGES_Teilkrankengeld_012018_ger.pdf Abruf: 17.10.2024

Pfammatter, M., Hoffmann, H., Kupper, Z., Brenner, H.D. (2000): Arbeitsrehabilitation bei chronisch psychisch Kranken. Fortschr Neurol Psychiatr, 68(2), 61-69.

Rentenversicherung in Zahlen 2024: (BND_BR_611330_00). Deutsche Rentenversicherung Bund. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Statistiken-und-Berichte/statistiken-und-berichte_node.html Abruf: 04.11.2024

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nordbayern im Rahmen des Förderprogramms rehapro

Return-to-Work chronisch Erkrankter nach einer beruflichen oder medizinischen Reha während der COVID-19-Pandemie – eine qualitative Studie

Nadine Sänger; Betje Schwarz

iqpr - Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH
an der Deutschen Sporthochschule Köln

Hintergrund und Zielstellung

Die COVID-19-Pandemie hatte vielfältige Auswirkungen auf die medizinisch-therapeutische Versorgung chronisch erkrankter Menschen, deren gesundheitliche Situation und Teilhabe. Im Rahmen eines von der DRV-Bund geförderten Projekts (REHADAT-Forschung, 2024) wird untersucht, welche Auswirkungen die Pandemie auf den Return-to-Work (RTW) und die Erwerbsteilhabe nach Inanspruchnahme einer beruflichen bzw. medizinischen Reha hatte. Aus einer vorhergehenden Literaturreche ergaben sich erste Hinweise, dass in der Pandemie vielfältige gesundheits-, personen- und umweltbezogene Faktoren auf RTW-Prozesse wirkten. Im nächsten Schritt sollte diesen Faktoren anhand von Erfahrungsberichten nachgegangen und mögliche weitere Aspekte sowie während der Pandemie in Reha- und Wiedereingliederungsprozessen ergriffene Maßnahmen und Strategien aufgedeckt werden.

Methoden

Es wurden leitfadengestützte Interviews und Fokusgruppen mit Versicherten, Reha- Praktiker:innen und betrieblichen Akteur:innen durchgeführt und qualitativ-inhaltsanalytisch mittels MAXQDA ausgewertet (Helfferich, 2011; Kuckartz; 2012). Zur Rekrutierung der Versicherten wurden von der DRV Bund und der DRV Rheinland 6.500 Versicherte, die zu Pandemiezeiten eine medizinische oder berufliche Rehabilitation durchlaufen haben, angeschrieben und um eine Interviewteilnahme gebeten. Aus 474 Rückläufern wurden 51 Personen auf Basis eines Rekrutierungsfragebogens für Interviews ausgewählt. Die Akquise der Reha-Praktiker:innen und betrieblichen Akteur:innen erfolgte über Verteiler, Webaufrufe und bilaterale Anfragen. Insgesamt wurden 3 Fokusgruppen und 9 Interviews durchgeführt.

Ergebnisse

Berufliche Rehabilitand:innen erlebten die Zeit aufgrund von Homeschooling und erschwerter Praktikums- bzw. Arbeitsplatzsuche teilweise als belastend. Sie waren zudem durch die digitale Umstellung vermehrt auf sich gestellt und hatten Schwierigkeiten mit der Organisation. Vorteilhaft wurde die damit einhergehende Flexibilität gesehen. Auch berufliche Reha-Praktiker:innen beschreiben die Aufwände durch Digitalisierungszwang, erkennen aber den Mehrwert für die dauerhafte Weiterentwicklung der Angebote. Medizinische Rehabilitand:innen unterlagen vereinzelt Verzögerungen im Reha-Antritt, berichteten von angepassten Therapieangeboten wegen Infektionsschutzmaßnahmen und dadurch Einschränkungen im sozialen Austausch. Dennoch bewerteten Teilnehmende die Auswirkungen auf Gesundheit und Reha-Erfolg Großteils als nebensächlich. Teilweise konnten Vorteile erkannt werden, z. B. die kleineren Gruppen, die zu einer individuelleren Therapie führten, oder das Sicherheitsgefühl durch Schutzmaßnahmen. Medizinische Reha-

Praktiker:innen betonten organisatorische und personelle Schwierigkeiten in der Anfangsphase, die sich im Zeitverlauf einspielten. Betriebliche Akteur:innen berichteten, dass die Pandemie BGM und BEM im Unternehmen kaum beeinflusste, wenn die Strukturen für deren Durchführung bereits zuvor geschaffen und in der Unternehmenskultur verankert waren. Teilweise wurden die Prozesse auf digitale Angebote umgestellt, jedoch nicht ausgesetzt. Auch Aspekte die Ausweitung mobiler Arbeit, Prozessanpassungen und veränderte Auslastung am Arbeitsplatz spielten eine Rolle. Mitunter ergaben sich dabei neue Handlungsfelder, wie z. B. Gesundheit im Homeoffice oder der Umgang mit psychischen Belastungen. Zusammengefasst zeigte sich, dass es verschiedene Arten von Faktoren gab, die auf den RTW wirkten: 1. Pandemiespezifische, die vollständig durch die Pandemie bedingt waren (z. B. Infektionsschutzmaßnahmen); 2. pandemiemoderierte, die durch die Pandemie eine höhere Relevanz erhielten (z. B. digitale Kompetenz) und 3. pandemieunabhängige Faktoren, deren Bedeutung unverändert hoch war (z. B. Motivation).

Diskussion und Fazit

Die Pandemie wurde von den meisten Interviewpartner:innen als Nebengeräusch für RTW eingeordnet, welches Nach- aber auch Vorteile mit sich brachte. Es zeigten sich dabei Unterschiede für medizinische und berufliche Rehabilitand:innen. Im medizinischen Kontext wurden vor allem Angebotsanpassungen und Schutzmaßnahmen berichtet, die in den meisten Fällen jedoch nicht negativ mit dem Reha- oder RTW-Erfolg in Verbindung gebracht wurden. Bei der Kategorisierung in pandemiespezifische, -moderierte und -unabhängige Faktoren wurde deutlich, dass einflussreiche Faktoren eher pandemieunabhängig waren. Dazu zählten bekannte Themen wie Bürokratie, unzureichende arbeitsbezogene Beratung oder unkooperative Führungskräfte. Förderlich für RTW-Prozesse waren gute BEM- und BGM-Strukturen im Unternehmen, die Motivation der Rehabilitand:innen und soziale Unterstützung. In der beruflichen Reha waren RTW-Prozesse stärker belastet. Ein Grund hierfür könnte die Nähe der Maßnahmen zum Arbeitsmarkt sein, der während der Pandemie besonders angespannt war. Des Weiteren waren hier mehr digitale Ansätze notwendig, die kurzfristig umgesetzt werden mussten und für die eine hohe digitale sowie Selbstmanagementkompetenz nötig war. Für den RTW-Prozess und -Erfolg waren diese Kompetenzen, Praktika und alternative Kommunikationskanäle zentral. Insgesamt waren für berufliche Rehabilitand:innen mehr pandemiespezifische und -moderierte Faktoren relevant. Für eine Plausibilisierung der entdeckten Unterschiede sowie ein eindeutiges Fazit zum RTW- Erfolg sind weitere Untersuchungen nötig.

Take-Home-Message

Es lassen sich für RTW-Prozesse pandemiespezifische, pandemiemoderierte und pandemieunabhängige Faktoren unterscheiden, die sich hinsichtlich ihrer Wirkung auf den RTW-Erfolg bei medizinischer (weniger Einfluss) und beruflicher Reha (größerer Einfluss) unterschiedlich gestalten.

Literatur

Helfferich, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kuckartz, U. (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz Juventa.

REHADAT-Forschung (2024): Return to Work in Zeiten der Corona-Pandemie (CORONA-RTW). https://www.rehadat-forschung.de/de/suche/index.html?reloaded&q=corona-rtw&sort=score+desc&page=1&mode=detai

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Return-to-Work chronisch Erkrankter nach einer beruflichen oder medizinischen Rehabilitationsmaßnahme während der COVID-19-Pandemie – ein Scoping Review

Nadine Sänger

iqpr - Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH
an der Deutschen Sporthochschule Köln

Hintergrund und Zielstellung

Die COVID-19-Pandemie hatte vielfältige Auswirkungen auf die medizinisch-therapeutische Versorgung chronisch erkrankter Menschen, deren gesundheitliche Situation und Teilhabe. Im Rahmen eines von der DRV Bund geförderten Projekts (REHADAT-Forschung, 2024) wird untersucht, welche Auswirkungen die Pandemie auf den Return-to-Work (RTW) und die Erwerbsteilhabe nach Inanspruchnahme einer beruflichen bzw. medizinischen Reha hatte. Innerhalb des hier dargestellten Projektabschnitts sollte zunächst der nationale und internationale Forschungsstand aufbereitet werden, der im Projekt mit Ergebnissen weiterer Bausteine (Routinedatenanalysen, Interviews und Fokusgruppen mit Reha-Praktiker:innen, betrieblichen Akteur:innen und ehemaligen Rehabilitand:innen) zusammengeführt werden soll.

Methoden

Die Aufbereitung des Forschungsstandes erfolgte anhand eines Scoping Reviews gemäß der Methodik des Joanna Briggs Instituts (von Elm et al., 2019). Gesucht wurde nach deutsch- und englischsprachigen Publikationen, die den Einfluss der COVID-19-Pandemie auf den RTW, die Erwerbsfähigkeit oder -teilhabe chronisch erkrankter Menschen bzw. auf rehabilitative oder betriebliche Gesundheits- und Wiedereingliederungsstrategien untersuchten. Ein Treffer musste einen Bezug zur COVID-19-Pandemie herstellen, Menschen im Erwerbsalter mit chronischen Erkrankungen aus den Reha-Indikationsbereichen Orthopädie, Neurologie, Psychosomatik, Onkologie, Kardiologie und Sucht-/ Abhängigkeitserkrankungen fokussieren (Studien zu Post- und Long-Covid wurden ausgeschlossen), ab dem Jahr 2020 veröffentlicht und im Volltext einsehbar sein. Studien aller Evidenzlevel sowie graue Literatur wurden berücksichtigt. Ein Suchterm wurde erstellt und die Recherche auf PubMed, Web of Science, Epistemonikos und EBSCOHost durchgeführt. Weitere Treffer wurden mittels Google Scholar, der Durchsicht von Literaturverzeichnissen sowie Handsuche ergänzt.

Ergebnisse

Die Suche produzierte N = 1.720 Treffer, wovon nach Abzug von Duplikaten und Screening n = 57 Artikel eingeschlossen und n = 41 Publikationen weiterer Suchmethoden ergänzt

wurden. Die Artikel thematisierten mehrheitlich die Rehabilitation (medizinisch n = 36; beruflich n = 7), gefolgt von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (n = 20), BGM/Arbeitsgesundheit (n = 22), Gesundheit (n = 10) und RTW (n = 3 direkt; n = 6 weitere nebensächlich). 39 Veröffentlichungen stammten aus Deutschland.

Da sich kaum Befunde zum direkten Einfluss der Pandemie auf den RTW identifizieren ließen, wurden die Ergebnisse im Sinne potentieller indirekter RTW-Faktoren interpretiert und orientiert an der ICF in gesundheitsbezogene, personenbezogene und umweltbezogene Faktoren (getrennt nach Arbeitsmarkt, Arbeitsplatz und rehabilitativer Versorgung) kategorisiert (WHO, 2005). In der Kategorie gesundheitsbezogener RTW-Faktoren finden sich Einflüsse durch ungedeckte Reha-Bedarfe, allgemein geringeres Wohlbefinden und damit einhergehende psychische Belastungen, Angehörigkeit zur COVID-19-Risikogruppe sowie das komplexere Krankheitsmanagement. Als personenbezogene Faktoren wurden die Angst vor einer Infektion sowie die steigende Relevanz von digitalen und Selbstmanagement-Kompetenzen thematisiert. Unter umweltbezogenen Faktoren wurde ein angespannter Arbeitsmarkt beobachtet. Am Arbeitsplatz wurde anstelle von BGM eher in Infektionsschutzmaßnahmen investiert. Es kam zu veränderten Arbeitsbedingungen und - belastungen (Digitalisierung, Mehrarbeit, Prozessanpassungen usw.). Gleichzeitig gewannen Themengebiete wie Homeoffice (als Vor- und Nachteil; Fahrzeiten und Flexibilität gegenüber Vereinbarkeitskonflikten und Isolation) und psychische Gesundheit an Bedeutung. In der medizinischen Reha waren Therapieangebote eingeschränkt; insbesondere Gruppenaktivitäten wurden reduziert. Die Rehabilitand:innenstruktur veränderte sich hin zu schwereren Fällen. International wurden dennoch meist positive Outcomes erreicht, teilweise mit digitaler Unterstützung. In der beruflichen Reha war die Digitalisierung (Homeschooling) zentral. Die veränderten Bedingungen erschwerten die Durchführung, führten zu Abbrüchen und zu Schwierigkeiten bei der Suche von Praktikumsstellen.

Diskussion und Fazit

Das RTW-Geschehen unter Pandemiebedingungen ist noch nicht ausreichend untersucht. Dennoch zeigt sich, wie indirekte gesundheitsbezogene, personenbezogene und umweltbezogene RTW-Faktoren von der Pandemie beeinflusst wurden. Insbesondere ergaben sich Anpassungen in Reha-Einrichtungen, veränderte Bedingungen am Arbeitsmarkt und an Arbeitsplätzen sowie im Umgang mit arbeitsbezogener Gesundheit, zusätzliche Belastungen für die Gesundheit und eine größere Relevanz von Gesundheitskompetenz und -verhalten. Sie wirkten teilweise hinderlich (z. B. Therapieausfälle) und teilweise förderlich (z.B. Homeoffice). Diese indirekten Faktoren bestärken die Vermutung, dass RTW-Erfolge durch die Pandemie beeinflusst wurden. Für eine gesicherte Aussage fehlen weitere Studien, die explizit den RTW thematisieren. Das Review bietet einen Gesamtüberblick, jedoch keine ausreichende Evidenz für eine eindeutige Schlussfolgerung, weshalb im weiteren Projektverlauf RTW-Erfolge qualitativ und quantitativ untersucht werden sollen. Nach abschließender Triangulation sollen Strategien zur Weiterentwicklung einer krisensicheren Reha dargestellt werden.

Take-Home-Message

Zwar gibt es noch keine Befunde zu einem direkten Einfluss der Pandemie auf RTW-Erfolge, aber es zeigen sich vielfältige indirekte Faktoren, welche RTW-Prozesse beeinflussten.

Literatur

REHADAT-Forschung (2024): Return to Work in Zeiten der Corona-Pandemie (CORONA-RTW). https://www.rehadat-forschung.de/de/suche/index.html?reloaded&q=corona-rtw&sort=score+desc&page=1&mode=detail

Von Elm, E.; Schreiber, G., Haupt, C. C. (2019): Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 143, 1–7. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.05.004

World Health Organization (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. WHO, Genf.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

ZeitRaum – Ein Modellprojekt zur Unterstützung psychisch belasteter Arbeitnehmer durch Arbeitszeitreduktion und psychologische Begleitung: Teilergebnisse der qualitativen Evaluation

Till Manderbach; Claudia Joas; Heiner Vogel

Universitätsklinikum Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Das rehapro-Modellprojekt ZaTaB (zeitlich angepasste Tätigkeit mit ambulanter berufsbezogener Begleitintervention) – in der Außendarstellung "ZeitRaum" – möchte psychisch belasteten Arbeitnehmer eine nachhaltige Rückkehr in den Arbeitsalltag ermöglichen. Ziel des Projekts ist es, Frühberentungen durch eine Kombination aus Arbeitszeitreduktion und psychologischer Begleitung vorzubeugen. ZeitRaum geht dabei weiter als die stufenweise Eingliederung nach dem Hamburger Modell, da es bis zu 12 Monate in Anspruch genommen werden kann und Teilnehmende, durch eine Kombination aus Lohn und Lohnersatzleistung, während der Teilnahme ein Einkommen in Höhe ihres regulären Lohns beziehen. Und schließlich wird Ihnen unmittelbar psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung vermittelt.

Methoden

Teil der Begleitforschung ist eine qualitative Evaluation, in deren Rahmen Teilnehmende, Arbeitgebende, Fallmanager:innen und Psychotherapeut:innen interviewt werden. Im vorliegenden Beitrag wird ein Teilergebnis dieser Evaluation vorgestellt, basierend auf 10 Interviews mit Teilnehmenden der Kombileistung (Arbeitszeitreduktion und psych. Begleitung). Die halboffenen, leitfadengestützten Interviews wurden in Person oder (video-) telefonisch durchgeführt und dauerten 15-30 Minuten. Anschließend wurden sie mithilfe der Grounded Theory nach Corbin, Strauss (2015), unter Nutzung der Software MaxQDa, ausgewertet. Gewonnen wurde daraus ein Kodierschema, mit dessen Hilfe die Einzelfälle hinsichtlich durch sie repräsentierter typischer Konstellation von Handlungsvoraussetzungen betrachtet werden konnten.

Ziel war es dabei nicht Personen, sondern Situationen zu typisieren, die sich ähneln, während gleichzeitig die Biografie und individuelle Situation der Teilnehmenden einzigartig bleiben müssen. Auf diese Weise konnten Herausforderungen bei der Umsetzung von ZeitRaum herausgearbeitet werden und damit verbundene hemmende und förderliche Faktoren für die nachhaltige Wirksamkeit des im Projekt pilotierten Ansatzes.

Ergebnisse

Die Fallbeispiele zeigen, dass die Teilnehmenden in der Regel mit langfristigen psychischen bzw. psychosozialen Belastungen konfrontiert sind, d.h. dass dem Auslöse-Ereignis für die derzeitige Krise vorherige Belastungen und Krisen vorausgegangen sind. In einigen Fällen ist dies von vorneherein klar (Beispiel: Teilnehmerin mit früherem Reha Aufenthalt und psychisch bedingten Krankenständen), in anderen Fällen auch den Teilnehmenden selbst zunächst nicht bewusst (Beispiel: Teilnehmer, der nach Scheidung in Krise gerät). Die psychologische Begleitung durch approbierte Psychotherapeut:innen bot den geeigneten Rahmen, um einen funktionaleren Umgang mit diesen psychischen Belastungen zu entwickeln. Ebenfalls als essenziell notwendig erwies sich das Fallmanagement im Rahmen von ZeitRaum. Neben der Unterstützung beim Antrag auf die Leistung beinhaltete dies insbesondere die Koordination mit Arbeitgebenden (Beispiel: Vorbereitung auf und Begleitung zum BEM-Gespräch). Im Falle von konfliktbehafteten Verhältnissen hing die Durchführung der Maßnahme von dieser Koordinationsleistung ab.

Nicht jede problematische Konstellation am Arbeitsplatz ließ sich durch ZeitRaum auflösen. Inwiefern dies den längerfristigen Verbleib am jeweiligen Arbeitsplatz in Frage stellt oder nicht, hing von der Verfügbarkeit kompensierender Faktoren ab (Beispiel: ein schwieriges Verhältnis zur Vorgesetzten konnte reguliert werden auf Grund eines guten Verhältnisses zu den direkten Kolleg:innen).

Die Arbeitszeitreduktion erwies sich als herausfordernd für die Unternehmen, die aber in den vorliegenden Fällen auf verschiedene Weisen umgesetzt werden konnte (Beispiel: Neu- Anlernen von Kolleg:innen, Reduzierung der Aufgaben).

Zuletzt zeigen die Interviews auf, dass die Auswirkungen psychisch belastender Ereignisse in höchstem Maße vermittelt sind mit der aktuellen Lebenssituation und Biografie der Teilnehmenden und wie diese sich zu ihnen verhalten. Dies kann in einigen Fällen auch heißen, dass die eigene psychische Krise erst nach dem Wegfall der äußeren Belastungen ausbricht, die über Jahrzehnte funktional bewältigt wurden (Beispiel: Ende der Pflegerolle durch Scheidung oder Tod).

Diskussion und Fazit

ZeitRaum bietet den Vorteil, dass es psychosoziale Unterstützung mit dem Geschehen am Arbeitsplatz integriert. Damit überwindet das Projekt die oft beklagte Trennung von Psychotherapie und Arbeit (vgl. Bode et al., 2007).

Die Situation am Arbeitsplatz erwies sich gleichzeitig als entscheidend für den Erfolg der Maßnahme: Hemmende Faktoren konnten durch unterstützende Faktoren kompensiert werden, allerdings nur bis zu einem bestimmten Punkt. Insgesamt erwiesen sich Arbeitszeitreduktion, Fallmanagement und psychologische Begleitung als sich sinnvoll ergänzende Module in der Unterstützung der Teilnehmenden bei der Wiedereingliederung der

Teilnehmenden in ihre Arbeitsstelle. Den Teilnehmenden bot diese Einbettung die Möglichkeit, von den salutogenetischen Effekten der Teilnahme an Erwerbsarbeit zu profitieren.

Take-Home-Message

Für psychisch belastete Arbeitnehmende kann die temporär reduzierte Arbeitszeit in Verbindung mit professionellem Fallmanagement und psychologischer Begleitung ein geeignetes Instrument der Rehabilitation darstellen. Dazu muss die Arbeitsumgebung aber ein Mindestmaß an salutogenetisch mobilisierbaren Ressourcen aufweisen.

Literatur

Bode, K., Maurer, F., Kröger, C. (2017): Arbeitswelt und psychische Störungen (1. Auflage). Hogrefe.

Corbin, J. M., Strauss, A. L. (2015): Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory (Fourth edition). SAGE.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Die Rolle von Augenärzt*innen in der rehabilitativen Versorgung von blinden und sehbehinderten Menschen – eine qualitative Interviewstudie

Karoline Mertens

Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Sehbehinderungen schränken die Selbstständigkeit und soziale Teilhabe der Betroffenen ein und gehen oft mit psychosozialen Belastungen einher. Die rehabilitative Versorgung umfasst medizinische, berufliche, psychosoziale und technische Unterstützung, wird jedoch häufig nicht dem Bedarf entsprechend genutzt. Gründe sind meist motivationale Widerstände der Betroffenen oder mangelnde Kenntnis der Angebote (Seifert, Pfeuffer, 2023) sowie fehlende Transparenz des Versorgungssystems (Wistuba, 2011), was den Zugang zu diesen Angeboten erschwert. Augenärzt*innen spielen als „Gatekeeper“ (Christ et al., 2014) eine zentrale Rolle, da sie Betroffene frühzeitig über Rehabilitationsmöglichkeiten informieren und an sie weiterleiten können. Akteure des Versorgungssystems weisen jedoch in Vorgesprächen darauf hin, dass dies oft ausbleiben würden. Ziel dieser Arbeit ist es, die Rolle von Augenärzt*innen in der rehabilitativen Versorgung und die Herausforderungen, die es ihnen erschweren, Patient*innen im Zugang zur Rehabilitation zu unterstützen, zu bestimmen.

Methoden

Es wurde eine qualitative Interviewstudie mit ambulant tätigen Augenärzt*innen durchgeführt. Von über 40 kontaktierten Augenärzt*innen konnten fünf ambulant tätige Augenärzt*innen aus Würzburg und Umgebung (vier Männer, eine Frau, durchschnittlich 58 Jahre alt und 30 Jahre Berufserfahrung) mittels halbstrukturierter Interviews zu ihrer Rolle in der rehabilitativen Versorgung befragt werden. Die Interviews wurden aufgezeichnet, mit der Software f4x vollständig transkribiert und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring in MAXQDA ausgewertet.

Ergebnisse

Die tatsächlich übernommenen Aufgaben der befragten Augenärzt*innen variierten, abhängig von ihrem individuellen Verständnis ihrer Rolle in der rehabilitativen Versorgung. Während einige konkrete Beratungen zur Rehabilitation zu ihren Aufgaben zählten, sahen sich andere ausschließlich in weiterleitender Funktion. Als zentrale Herausforderung wurde Zeitmangel identifiziert, der durch finanziellen Druck und hohes Patient*innenaufkommen bedingt ist. Die Interviewten zeigten unterschiedliche Ansätze in der Weiterleitungspraxis, kannten nur vereinzelt regionale rehabilitative Angebote und eine systematische Zusammenarbeit mit diesen Stellen fehlte.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse legen nahe, dass Augenärzt*innen aufgrund von Zeitmangel oft keine ausführliche Beratung leisten können. Um Patient*innen gezielt weiterleiten zu können, benötigen sie umfassendere Kenntnisse der Unterstützungsangebote. Eine stärkere Vernetzung mit rehabilitativen Einrichtungen könnte die Transparenz des verbessern, etwa indem Berater*innen in Augenarztpraxen präsent sind. Standardisierte Prozesse für die Weiterleitung oder der stärkere Einbezug von Praxisassistent*innen in die Beratung und Weiterleitung könnten Augenärzt*innen entlasten sowie die Inanspruchnahme rehabilitativer Angebote erhöhen. Die Aussagekraft der Ergebnisse für die Versorgungssituation ist aufgrund der kleinen Stichprobe und durch den Fokus auf Augenärzt*innen limitiert. Für eine umfassende Erforschung müssten die verschiedenen Akteure im Versorgungssystem und die Erfahrungen von Betroffenen einbezogen werden. Außerdem sollten weitere Studien die identifizierten Aufgaben und Herausforderungen und mögliche Ansätze zur Verbesserung des Versorgungssystems an einer repräsentativen Stichprobe untersuchen.

Take-Home-Message

Für die Inanspruchnahme rehabilitativer, insbesondere berufsbezogener Leistungen von blinden und sehbehinderten Menschen bieten die Kontakte zu ihren Augenärzt*innen besondere Chancen.

Literatur

Seifert, A., Pfeuffer, A. (2023): Endbericht zur Studie „PROVIAGE“. Psychosoziale Versorgungs- und Überweisungslücken bei Sehbehinderung im Alter. Olten, HSA FHNW.

Wistuba, M. (2011): Gestaltung medizinisch-sozialer Netzwerke: ein Beitrag zur Versorgungsforschung am Beispiel der altersabhängigen Makuladegeneration (AMD). Frankfurt am Main, Peter Lang. https://doi.org/10.3726/b13576.

Förder- und Hemmfaktoren im Rehabilitationsprozess: Eine Qualitative Analyse der Erfahrungen und Erwartungen von Menschen mit Alkoholabhängigkeitserkrankung

Verena Kakuschke[1]; Annika Fischer[1]; Janusz Surzykiewicz[1]; Joachim Thomas[1]; Fanny Loth[1]; Timo Schurr[2]

[1] Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, [2] Medizinische Universität Innsbruck

Hintergrund und Zielstellung

Die Versorgung und Rehabilitation von Menschen mit Alkoholabhängigkeit ist in Deutschland gut ausgebaut. Anschlussbehandlungen und medizinische Entwöhnungen sind dabei essentiell für eine erfolgreiche Wiedereingliederung (DGS, 2020). Trotz dieser Maßnahmen werden etwa 25 % der RehabilitandInnen ein Jahr nach Inanspruchnahme rückfällig (Bachmeier et al., 2024). Zudem konnte im Zeitraum von 2010 bis 2021 ein Rückgang in der Anzahl abgeschlossener Rehabilitationsleistungen (42 % bei Männern, 29 % bei Frauen) beobachtet werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022).

Die Rehabilitation von Menschen mit Alkoholabhängigkeit stellt eine komplexe Herausforderung dar, die von einer Vielzahl individueller bio-psycho-sozialer und umweltbezogener Faktoren beeinflusst wird (Krampe et al., 2007). Individuelle Faktoren umfassen u.a. Geschlecht, Schweregrad des Konsums, zusätzliche Drogenabhängigkeiten und psychische Komorbiditäten. Umweltfaktoren beinhalten u.a. die Verfügbarkeit und den Zugang zu Unterstützungsangeboten, die Kontinuität der Behandlung sowie die soziale Unterstützung (Ullrich, 2018).

Um sich dieser Thematik zu widmen, startete 2022 das multizentrische Forschungsprojekt „RehaConnect", gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland (DRV MD). Ziel ist die Optimierung von Unterstützungsmaßnahmen für Alkoholabhängigkeitserkrankte beim Übergang vom stationären Entzug zurück ins Sozial- und Erwerbsleben. Diese Teilstudie analysiert qualitative Daten, um Übergangserfahrungen und -erwartungen sowie damit verbundene Einflussfaktoren und Unterstützungsbedarfe zu identifizieren. Durch vertiefte Einblicke in die individuelle Wahrnehmung der Betroffenen sollen zusätzliche Faktoren sichtbar gemacht werden, die für eine erfolgreiche Unterstützung im Rehabilitationsprozess entscheidend sind.

Methoden

Im Rahmen dieser Teilstudie wurden mittels semistrukturierter Interviews die individuellen Übergangserfahrungen und -erwartungen von PatientInnen sowie RehabilitandInnen aus einer Akutfachklinik, zwei medizinischen Rehabilitationen und einer beruflichen Rehabilitation in Mitteldeutschland im Querschnitt exploriert. Die Datenerhebung erstreckte sich über den Zeitraum von Januar bis November 2023. Die Teilnahmebedingungen umfassten ein Mindestalter von 18 Jahren sowie eine ICD-10 Haupt- oder Nebendiagnose F10.1 (schädlicher Gebrauch) oder F10.2 (Abhängigkeitssyndrom). Die Auswertung erfolgte nach dem induktiven Kodierverfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse

Es wurden Daten von 10 PatientInnen aus dem akutmedizinischen Bereich (30% weiblich, 70% männlich; Ø 45±9 Jahre), 13 medizinische Rehabilitanden (100% männlich; Ø 45± 8 Jahre) und 7 berufliche Rehabilitanden (100% männlich; Ø 48±6 Jahre) analysiert.

Hinsichtlich der Übergangserfahrungen wurden mehrere Hauptthemen identifiziert, darunter Herausforderungen, Motivatoren und Inanspruchnahmen. Eine häufig genannte Herausforderung stellten Konflikte und Diskrepanzen im sozialen Umfeld dar. Gleichzeitig kann das soziale Umfeld für viele Menschen auch einen wichtigen Motivationsfaktor einnehmen. Die Erfahrungen hinsichtlich Wartezeiten auf Leistungen variierten stark. Die Übergangserwartungen der Betroffenen konzentrierten sich auf drei Hauptthemen: das soziale Umfeld, die Rahmenbedingungen sowie angebotsspezifische Erwartungen. Bei letzterem wird besonders die Kommunikation und Informationsverfügbarkeit über Maßnahmen, Anlaufstellen und Zuständigkeiten als unzureichend und intransparent empfunden.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen ein komplexes Netz aus individuellen (bspw. Isolation, Mobilität) und übergreifenden Faktoren (bspw. soziales Umfeld, Belastungssituationen) im Rehabilitationsprozess, was die Notwendigkeit einer engen Koordination von Einzelmaßnahmen ver-

deutlicht. Dies ermöglicht es, gezielt auf die individuelle Situation einzugehen und notwendige Anpassungen im Verlauf der Rehabilitation vorzunehmen. Gleichzeitig sind übergreifende Faktoren wie Vernetzung, Kooperation sowie Übergänge und Wartezeiten zu berücksichtigen, da diese den Verlauf und die Wirksamkeit der Rehabilitation maßgeblich beeinflussen können.

Basierend auf diesen Erkenntnissen sollen in Kombination mit den Ergebnissen weiterer Teilstudien anwendungszentrierte Intensivierungs- und Optimierungsmaßnahmen durch Expert:innenbefragungen entwickelt und ausgewählt werden.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass der Rehabilitationsprozess von Menschen mit Alkoholabhängigkeit durch ein komplexes Netz individueller und übergreifender Faktoren beeinflusst wird, wobei die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes und die Bedeutung zentraler Förder- und Hemmfaktoren betont wird.

Literatur

Bachmeier, R., Dyba, J., Klein, T. (2024): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS+-Katamnese des Entlassjahrgangs 2021 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige.

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) (2020): S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Huber.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2022): Reha-Bericht 2022. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.

Krampe, H., Stawicki, S., Hoehe, M. R., Ehrenreich, H. (2007). Outpatient Long-term Intensive Therapy for Alcoholics (OLITA): A successful biopsychosocial approach to the treatment of alcoholism. Dialogues in Clinical Neuroscience, 9(4), 399–412.

Ullrich, J. (2018): Die Behandlung von Suchterkrankungen in Deutschland. In M. von Heyden, H. Jungaberle, T. Majić (Hrsg.), Handbuch Psychoaktive Substanzen (S. 455–462). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-55125-3_4

Netzwerke und Kooperationen in der beruflichen Rehabilitation

Rita Isbrecht

HAW Hamburg in Kooperation mit der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Hintergrund und Zielstellung

Aufgrund der demografischen Entwicklung nimmt der Fachkräftemangel auf dem deutschen Arbeitsmarkt stetig zu. Infolgedessen steigt der Bedarf an Fachkräften mit Behinderung bzw. mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Bartel 2018, 61). Folglich müssen auch Menschen mit psychischen Erkrankungen entsprechend ihrer Bedarfe gefördert werden sowie die Möglichkeit in Anspruch nehmen können, einer Tätigkeit nachzugehen, die ihren Bedürfnissen und Fähigkeit entspricht. Folgerichtig müssen entsprechende Prozesse und Angebote realisiert werden.

Ziel des Forschungsvorhabens „Netzwerke und Kooperationen in der beruflichen Rehabilitation“ (als Teil des Forschungsschwerpunktes der Deutschen Rentenversicherung zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation) war es zu klären, welche Möglichkeiten und Grenzen sich bei der (Re-)Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ergeben. Die Teilstudie zu den Netzwerken und Kooperationen in den Betrieben wird durch ein Promotionsvorhaben, in einer kooperativen Promotion der Universität Magdeburg und der HAW Hamburg, realisiert.

Methoden

Es wurden problemzentrierte Interviews (Witzel 2000) mit Personalverantwortlichen/ Anleitenden in den Betrieben durchgeführt, in denen Teilnehmende einer beruflichen Rehabilitation ihre betriebliche Erprobungsphase in Form von Praktika absolviert haben. Für das Vorhaben wurden die Standorte Hamburg und östliches Schleswig-Holstein festgelegt. In den beteiligten Betrieben wurden Personalverantwortliche/Anleitende einmalig gegen Ende der betrieblichen Erprobung nach ihren Erfahrungen und Erwartungen bzgl. einer erfolgreichen aber auch erfolglosen (Re-)Integration von psychisch erkrankten Rehabilitand*innen befragt.

Zusätzlich zu den Interviews wurden egozentrierte Netzwerkkarten der Personalverantwortlichen/Anleitenden erhoben. Die Netzwerkkarten wurden mit der qualitativ-strukturalen Netzwerkanalyse (Herz et al. 2015) ausgewertet und mit VennMaker digitalisiert. Die Auswertung der Interviews erfolgt softwaregestützt (MAXQDA) inhaltsanalytisch-strukturell in sieben Schritten nach Kuckartz und Rädiker (2022).

Ergebnisse

Insgesamt wurden zwölf Interviews in Hamburg (drei Soziale Einrichtungen, vier Behörden, ein IT-Betrieb, ein Handelsbetrieb, eine Seniorenresidenz, ein Schulbüro, ein Holdingunternehmen) und vier Interviews in Schleswig-Holstein (eine Soziale Einrichtung, ein Getränkelieferservice, ein Handelsbetrieb, eine Bücherei) durchgeführt. Die Ansprache erfolgte über die Einrichtungen und Dienste der beruflichen Rehabilitation (i. F. Leistungserbringer). Die Interviewdurchführung erfolgte im Zeitraum von März-Mai 2024. Die Interviews dauerten 60-90 Minuten. Bei den interviewten Personalverantwortlichen/ Anleitenden überwiegt insgesamt der Anteil der Männer (Hamburg m=8/w=4 / Schleswig-Holstein m=2/w=2). Das Durchschnittsalter lag in Hamburg bei 51,7 Jahren und in Schleswig-Holstein bei 41,3 Jahren. Die Betriebszugehörigkeit lag in Hamburg bei 1-30 Jahren und in Schleswig-Holstein bei 1-6 Jahren. Zusätzlich nahmen zwei Firmeninhaber*innen an der Befragung teil. Beide führen ihr Unternehmen seit mehr als zehn Jahren.

Die wichtigsten beruflichen Kontakte bestehen innerhalb des Betriebs zu Kolleg*innen resp. Mitarbeiter*innen sowie nach außen hin branchenabhängig und wenig zu den Einrichtungen und Diensten der beruflichen Rehabilitation.

Voraussetzungen für ein funktionierendes Netzwerk waren aus Sicht der Personalverantwortlichen/Anleitenden flache Hierarchien, eine offene, aktive Kommunikation und Mitbestimmung innerhalb des Betriebs bzw. der Institution. Auf Abteilungsebene war es wichtig, eine koordinierende Stelle zu haben, die bei Problemen alle Beteiligten an einen Tisch bringt. Es war wichtig, die zuständigen Ansprechpartner*innen in den Arbeitsbereichen zu kennen. Ein wertschätzender Umgang sowie eine fehlerfreundliche Arbeitskultur waren

ebenfalls hilfreich. Insgesamt sollten genügend Zeit und personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, um die Kontakte im Netzwerk zu pflegen.

Diskussion und Fazit

Die Netzwerkkarten zeigen einen guten Ein- und Überblick über berufliche soziale Beziehungen resp. Kooperationen der Personalverantwortlichen/Anleitenden. Die Bedeutung beruflicher Kontakte der Personalverantwortlichen/Anleitenden steht in engem Zusammenhang mit der Häufigkeit der Kontakte. Insgesamt werden sowohl die Erfahrungen mit den Praktikant*innen als auch die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern als positiv erlebt. Es zeigte sich, dass aus Sicht der Personalverantwortlichen/Anleitenden ein engerer Austausch mit den Leistungserbringern sowohl in Bezug auf Vorabinformationen über die zu beachtenden Grenzen der Rehabilitand*innen als auch in Form von Rückmeldungen, welche konkreten Erwartungen die Leistungserbringer an die Betriebe haben und was verbessert werden könnte, hilfreich wäre. Auch sollte es mehr Informationen über Fördermöglichkeiten und eine Entbürokratisierung der Antragsmodalitäten geben. Insgesamt betrachtet ergeben sich aus der Netzwerkanalyse der Personalverantwortlichen/Anleitenden sowie aus den Unterstützungsbedarfen konkrete Hinweise auf Optimierungspotenziale der beruflichen Rehabilitation. Einen wichtigen Aspekt stellt zukünftig die (Re-)Integration von Geflüchteten mit psychischen Beeinträchtigungen dar. Ein Vergleich der Ergebnisse bzgl. verschiedener Branchen und Betriebsgrößen in Hamburg und Schleswig-Holstein steht noch aus.

Literatur

Bartel, S. (2018): Arbeit – Gesundheit – Biographie. Gesundheitsbedingte Neuorientierungsprozesse im Erwerbsleben. Bielefeld: transcript.

Herz, A.; Peters, L.; Truschkat, I. (2015): How to do qualitative strukturale Analyse? Die qualitative Interpretation von Netzwerkkarten und erzählgenerierenden Interviews. In: Forum Qualitative Sozialforschung 16 (1). Online unter: https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2092/3746 (19.01.2025).

Kuckartz, U., Rädiker, S. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Grundlagentexte Methoden. 5. Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Witzel (2000): Das problemzentrierte Interview. Forum: Qualitative Sozial Research (Volume 1, Nr. 1, Art. 22).

Post-COVID-Rehabilitation: zwischen Hoffnung und Risiko – Eine qualitative Untersuchung aus Sicht der Betroffenen

Janet Weippert; Heiner Vogel; Sarah Niedermeier

AG Rehabilitationswissenschaften im Zentrum für Psychische Gesundheit

Hintergrund und Zielstellung

In den letzten Jahren hat das Post-COVID-Syndrom eine neue Herausforderung im Gesundheitssystem geschaffen, da es häufig zu vielschichtigen und schwerwiegenden Beeinträchtigungen führt und sich der Genesungsprozess oft sehr langwierig darstellt

(Hossain et al., 2023). Rehabilitationsmaßnamen sind zu einem wichtigen Bestandteil der Nachsorge geworden, um Betroffenen eine schrittweise Rückkehr in den Alltag ermöglichen. Jedoch geraten Reha-Angebote in den Medien immer wieder unter Verruf und deren Eignung für Fatigue-Patient:innen wird oftmals kritisch diskutiert (Hammer et al., 2024). Ziel dieser Studie ist es daher herauszufinden, welche Erfahrungswerte oder Vorannahmen bei Post-COVID-Erkrankten im Hinblick auf Rehabilitationsprogramme bestehen und wo sie Optimierungsbedarf wahrnehmen.

Methoden

Zwischen April und Juni 2024 wurden 14 qualitative Interviews mit Post-COVID-Betroffenen über ihre Belastungen und Beeinträchtigungen, aber auch über ihre Versorgungserfahrungen und speziell auch über ihre Erfahrungen mit Rehabilitationsangeboten durchgeführt. Die vorwiegend digital geführten Gespräche wurden auditiv aufgezeichnet, inhaltlich-semantisch transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt stellten sich die Aussagen der Proband:innen bezüglich der rehabilitativen Versorgung der Post-COVID-Erkrankung sehr heterogen dar. Dabei fiel auf, dass die Bewertungen der Studienteilnehmenden mit eigenen Reha-Erfahrungen (n=6), zwar mitunter ambivalent, aber in ihrer Gesamtheit deutlich positiver ausfielen als bei den Personen ohne Reha-Erfahrung (n=8). Häufig genannte Gründe für die skeptische Einstellung der letztgenannten Gruppe waren negative Erfahrungsberichte Dritter, die Aussichtslosigkeit auf Besserung sowie die Angst vor einer Zustandsverschlechterung durch den Verlust gewohnter Tagesstrukturen oder Überlastung. Außerdem wurden in beiden Gruppen oft Probleme thematisiert, die auch in der allgemeinen Versorgung von Post-COVID-Erkrankten eine zentrale Rolle spielen. Hierzu zählen unter anderem der Mangel an spezialisierten Institutionen, die als unzureichend wahrgenommene Fachkenntnis der Behandler:innen sowie Defizite in der Ärzt:innen-Patinent:innen-Interaktion und schließlich die Notwendigkeit patient:innenseitiger Eigeninitiative. Jedoch wurde insbesondere unter den ehemaligen Rehabilitand:innen auch ein enormer Nutzen von Reha-Angeboten beschrieben, der für sie in erster Linie im breiten Therapieangebot und den zahlreichen Diagnostikmöglichkeiten lag. Auch Inhalte zur Krankheitsbewältigung wurden sehr wertvoll eingeschätzt und konnten in einigen Fällen sogar den entscheidenden Wendepunkt im Genesungsprozess bewirken.

Diskussion und Fazit

Das breite Meinungsspektrum bezüglich Reha-Angeboten steht im Einklang mit den Ergebnissen aus anderen qualitativen Studien (Hensen et al., 2024). Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse liefern aber Hinweise darauf, dass viele Betroffene stark durch die negative mediale Berichterstattung und kritische Erfahrungsberichte Dritter beeinflusst werden. Es kann vermutet werden, dass die tatsächlichen Erfahrungen in der Rehabilitation in vielen Fällen die bestehenden Erwartungen übertreffen. Hierfür sprechen auch Belege für eine objektivierbare und signifikante Symptomreduktion durch Rehabilitationsmaßnahmen (Wagner et al., 2024) sowie für eine hohe subjektive Behandlungszufriedenheit unter Reha- Teilnehmer:innen (Kupferschmitt et al., 2024).

Trotzdem besteht weiterhin Verbesserungsbedarf in der Organisation, Strukturierung und Umsetzung von Reha-Angeboten. Hierfür liefert unsere Arbeit neue Anregungen, die auf eine Fatigue-geeignetere Gestaltung des Reha-Aufenthaltes abzielen und vergleichsweise leicht realisierbar erscheinen. Wichtig wäre es zukünftig reizarme Settings in der Klinik zu schaffen und Gehstrecken zu reduzieren. Außerdem sollten körperbezogene Anwendungen zurückhaltender eingesetzt werden und stattdessen mehr Inhalte zur Krankheitsbewältigung geplant werden.

Take-Home-Message

Damit zukünftig mehr Post-COVID-Erkrankte von Rehamaßnahmen profitieren können, müssen negative Vorannahmen abgebaut werden und verstärkt auf eine Fatigue-freundliche Durchführung der Reha-Angebote geachtet werden.

Literatur

Hammer, S., Schmidt, J., Conrad, A., Nos, C., Gellert, C., Ellert, C., Nuding, U., Pochaba, I. (2024): „Der Reha-Gedanke muss bei dieser Erkrankung völlig neu gedacht werden“ – Qualitative Ergebnisse einer Online-Befragung zu Erfahrungen Betroffener mit stationärer Rehabilitation bei Long/Post-COVID. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 188. 14-25.

Hensen, J., Tiede, A., Krolo-Wicovsky, F., Tobschall, S., Bergelt, C. (2024): Rehabilitationsbedarfe und Rehabilitationskonzepte für die Behandlung von Post-COVID aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten. DRV-Schriften, Bd 130. 252-254.

Hossain, M., Das, J., Rahman, F., Nesa, F., Hossain, P., Islam, K., Tasnim, S., Faizah, F., Mazumder, H., Purohit, N., Ramirez, G. (2023): Living with “long COVID”: A systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence. PLOS ONE. 18. e0281884.

Kupferschmitt, A., Hermann, C., Jöbges, M., Kelm, S. (2024): PoCoRe: Patientenzufriedenheit und subjektiver Behandlungserfolg. DRV-Schriften, Bd. 130. 267-269.

Wagner, J., Mössinger, B., Rosenblum, K., Bonnert, J., Lammers, S., Schmalenbach, M., Krause, S., Waldmann, G., Van Erckelens, F., Raab, D., Siebler, M. (2024): Rehabilitation des Post-Covid-Syndroms: Wer profitiert und ist am richtigen Platz? DRV-Schriften, Bd. 130. 250-252.

Weiterentwicklung der Rehabilitand*innenbefragung zur Messung der Ergebnisqualität im Rahmen des Projekts Reha-Toolbox II.

Claudia Zensen; Mia Grote; Claudia Hartmann; Alexander Obbarius; Felix Fischer; Matthias Rose; Gregor Liegl

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Die Rehabilitand*nnenbefragung ist fester Bestandteil des Reha-Qualitätssicherungs-programms der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund. Rehabilitationsträger sind aufgefordert, vergleichende Qualitätsanalysen durchzuführen und Empfehlungen zur

Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen zu formulieren. Dabei soll die Ergebnisqualität im Zentrum stehen und Verfahren angewendet werden, die die Veränderungen der Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität zu verschiedenen Messzeitpunkten aufzeigen.

Die aktuelle Rehabilitand*innenbefragung erhebt mittels retrospektiver Einmalbefragung Patient Reported Outcomes (PROs) zur Erfassung der patientenberichteten Ergebnisqualität. Dabei steht sowohl der Messzeitpunkt als auch die eingeschränkte Vergleichbarkeit der Messinstrumente im Konflikt mit den gemeinsamen Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2018).

Das von der DRV Bund in Auftrag gegebene Projekt Reha-Toolbox II beinhaltet eine methodische und inhaltliche Überarbeitung der aktuellen Rehabilitand*innenbefragung. Dabei sollen – soweit sinnvoll und möglich – die standardisierten Instrumente der Patient Reported Outcomes Measurement Information (PROMIS) Initiative Anwendung finden (vgl. Terwee et al., 2021). Als Ergebnis soll ein praktikables, aussagekräftiges und zeitgemäßes Instrumentarium zur Verfügung stehen, das in allen relevanten Indikationsbereichen der medizinischen Rehabilitation angewendet werden kann.

Methoden

Für das Projekt ist eine Laufzeit von 36 Monaten geplant. Das Befragungssystem soll für alle 13 Indikationsbereiche der medizinischen Reha entwickelt und im Feld getestet werden. Hierzu gehören die somatischen Indikationen Orthopädie, Rheumatologie, Kardiologie, Hals- , Nasen-, Ohrenheilkunde (HNO), Pneumologie, Dermatologie, Gastroenterologie und die innere Medizin. Hinzu kommen Rehabilitationen bei Abhängigkeitserkrankungen und psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation sowie der Bereich der Kinder- und Jugend-Rehabilitation.

In der ersten Projektphase wurden ein indikationsübergreifendes Outcome-Set entwickelt und im Rahmen von Fokusgruppengesprächen hinsichtlich Relevanz, Veränderbarkeit und Beeinflussbarkeit der jeweiligen Domänen bewertet und um fehlende Domänen bzw. Items ergänzt. Insgesamt nahmen 60 Fachexpert*innen an den Workshops teil: 15 Ärztinnen, zehn Psycholog*innen/Psychotherapeut*innen, sieben Physiotherapeut*innen, sieben Ergotherapeut*innen, ein Logopäde, eine Sportwissenschaftlerin, vier Ernährungswissenschaftler*innen, sechs Sozial-dienstmitarbeitende, sechs Pflegekräfte und drei Qualitätsmanagementbeauftragte.

Im nächsten Schritt soll das resultierende Befragungssystem im Rahmen von kognitiven Pretests mit 5 bis 10 Rehabilitand*innen aus den Indikationsgruppen Sucht und Abhängigkeit, Orthopädie, Neurologie und Psychosomatik hinsichtlich der Verständlichkeit der Items und der Usability als Onlineerhebung geprüft werden.

Darüber hinaus werden die psychometrischen Eigenschaften des Befragungssystems im Hinblick auf dessen Tauglichkeit für eine Vollerhebung evaluiert. Für das Fachabteilungsranking wird das aktuell bestehende Risikoadjustierungsverfahren geprüft und ggf. auf die Anforderungen des weiterentwickelten Verfahrens angepasst. In der Feldphase sollen ca. 150 Fälle pro Fachabteilung eingeschlossen werden. Pro Indikationsbereich werden ca. acht

bis zehn Fachabteilungen hinzugezogen. Damit beläuft sich die ungefähre Anzahl an TeilnehmerInnen auf N=18.000.

Ergebnisse

Für Erwachsene sind 9 Domänen und für Kinder und Jugendliche 10 Domänen als relevant identifiziert worden: soziale Teilhabe (einschließlich beruflicher/schulischer Teilhabe), Selbstwirksamkeit im Umgang mit der Erkrankung, körperliche Funktion, kognitive Funktion, Schmerzbeeinträchtigung, Schlafstörungen, Erschöpfung/Fatigue, Depressivität, Ängste/ Sorgen und emotionaler Stress/Wut (nur Kinder- und Jugendbereich).

Zusätzliche Items umfassen spezifische Symptome (z.B. Juckreiz, Druck auf der Brust) für relevante Indikationsbereiche (z.B. Dermatologie, Kardiologie). Sie werden mit dem Einbezug der zusätzlichen Domäne ‚Symptombelastung' im Core-Set berücksichtigt.

Im weiteren Verlauf der Studie werden im Rahmen der kognitiven Interviews sowie der quantitativen Analysen in der Feldphase Ergebnisse erwartet, die zur weiteren Spezifizierung der Merkmale des Erhebungsinstruments und zur Verbesserung des Umsetzungskonzepts beitragen.

Diskussion und Fazit

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Rehabilitand*nnenbefragung wurde ein Outcome-Set entwickelt und spezifiziert, welches für alle Indikationsbereiche der medizinischen Rehabilitation als relevant gilt und die Grundlage für die standardisierte Messung patientenberichteter Ergebnisqualität im Reha-Setting darstellt. Im Anschluss an die PreTestung und die Feldphase soll ein finales Instrumentarium zur Verfügung stehen, das sich für den zukünftigen routi-nehaften Einsatz in allen Indikationsbereichen der medizinischen Rehabilitation eignet. Die Verwendung der PROMIS Instrumente garantiert ein hohes Maß an Standardisierung, Vergleichbarkeit und Interpretierbarkeit.

Take-Home-Message

Im Rahmen des Projekts Reha-Toolbox II wird eine Weiterentwicklung der RehabilitandInnenbefragung vorgenommen, die die standardisierte Messung von Patient Reported Outcomes zur Beurteilung der Ergebnisqualität der Reha-Kliniken umfasst.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2018): Qualitätssicherung nach § 37 Abs. 1 SGB IX. Gemeinsame Empfehlung.
Online verfügbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/GEQuali_37Abs.1SGB_IX.web.pdf.

Terwee C. B., Zuidgeest, M., Vonkeman, H. E., Cella, D., Haverman, L., Roorda, L. D. (2021): Common patient-reported outcomes across ICHOM Standard Sets: the potential contribution of PROMIS®. BMC medical informatics and decision making, 21, 1-13.

Vorankündigung:

Das

35. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

findet voraussichtlich vom

24. bis 26. März 2026

im Congress Center Leipzig (CCL)

in Leipzig

statt.

Veranstalter:

Deutsche Rentenversicherung Bund

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Ansprechpartner

Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernat Reha-Wissenschaften
10704 Berlin

Telefon: 030 865-39350

E-Mail: reha-kolloquium@express.converia.de

Internet: www.reha-kolloquium.de

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation. Verantwortlich für den Gesamtinhalt: Hauptschriftleiter: Dr. Stephan Fasshauer; Schriftleiter: Hans-Christoph Keller, Telefon: 030 86589178.

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 978-3-947949-27-4