DRV-Schriften Band 130

Sonderausgabe der DRV

33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Nachhaltigkeit und Teilhabe: ökologisch – ökonomisch – sozial

vom 18. bis 20. März 2024 in Bremen

Herausgeber:
Deutsche
Rentenversicherung
Bund

33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

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. M. **Bethge** (Lübeck), Prof. Dr. E. M. **Bitzer** (Freiburg), Dr. S. **Brüggemann** (Berlin), Prof. Dr. W. **Göhner**, (Freiburg), Prof. Dr. B. **Greitemann** (Bad Rothenfelde), Prof. Dr. P. **Hampel** (Flensburg), Dr. D. **Herbold** (Bad Gandersheim), PD Dr. A. **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. **Mau** (Halle/Saale), Prof. Dr. A. **Mehnert-Theuerkauf** (Leipzig), Prof. Dr. A. **Menzel-Begemann** (Münster), Prof. Dr. M. **Morfeld** (Stendal), Prof. Dr. K. **Nebe** (Halle/Saale), Prof. Dr. M. **Niehaus** (Köln), Prof. Dr. K. **Pfeifer** (Erlangen), Prof. Dr. M. **Sailer** (Magdeburg), Prof. Dr. T. **Schaumberg** (Nordhausen), Prof. Dr. M. **Schuler** (Bochum), Dr. W. **Schupp** (Herzogenaurach), Dr. N. **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. **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 **Köhn**, Tim **Krüger** (Wissenschaft)
Deutsche Rentenversicherung Bund (Berlin)

Lokales Kongresskomitee

PD. Dr. Aike **Hessel**, Melanie **Hohmann**, Ludger **Klein**, Dr. Natalie **Schüz**, Gerrit **Tönnies**
Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum 33. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Bremen heißen wir herzlich willkommen.

Nachhaltigkeit liegt in unserer DNA! Die Rehabilitation beschäftigt sich per se damit, wie Menschen ihre Ressourcen einsetzen können, um trotz chronischer Erkrankungen und damit einhergehender Beeinträchtigungen wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können. Hierfür stellen wir qualitativ hochwertige, mithin effektive Leistungen und Prozesse bereit und entwickeln uns und unser Leistungsangebot kontinuierlich weiter. Immer orientiert an möglichst guten und nachhaltigen Ergebnissen aus der Wissenschaft. Damit leistet die Rehabilitation in all ihren Facetten – medizinisch, beruflich und sozial – einen wichtigen Beitrag zur sozialen Absicherung und zum sozialen Frieden in unserer Gesellschaft.

Für eine lebenswerte Zukunft müssen jedoch soziale, ökonomische und ökologische Nachhaltigkeitsziele miteinander in Einklang gebracht werden. Daher soll es in diesem Jahr darum gehen, einer der größten Herausforderungen unserer Zeit zu begegnen: dem Klimawandel und der Erkenntnis, dass unsere Ressourcen begrenzt sind. Wir möchten uns mit der sozial-ökologischen Transformation beschäftigen und mit der Frage, wie wir mit den verfügbaren Ressourcen nachhaltig umgehen und was wir, was unser Rehabilitationssystem hierfür tun kann.

Aber welche Rolle besitzt das Reha-System hier? Was können die einzelnen Akteurinnen und Akteure tun? Geht es um die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben zum Umweltschutz, um die Verbesserung der Öko-Bilanz unserer Organisationen und Einrichtungen? Tun wir nicht bereits genug, wenn wir unseren Beitrag zur sozialen Gerechtigkeit in Deutschland leisten? Oder geht es angesichts der wohl größten globalen Bedrohung um mehr als „nur“ die Konzentration auf die eigenen, gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben?

Lassen Sie uns auf dem diesjährigen Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium hierzu in den Diskurs treten. Denn Reha-Träger und Einrichtungen der Rehabilitation sind nicht nur aufgerufen, selbst zum Klimaschutz beizutragen. Sie müssen künftig auch Strukturen, Kompetenzen und Konzepte bereitstellen, um Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gezielt dabei zu unterstützen, klimabezogene Gesundheitsrisiken wahrzunehmen und im Alltag mit geeigneten Verhaltensweisen und Strategien zu begegnen.

Wissenschaft ist hierfür eine unerlässliche Basis. Zum einen stellt sie evidenzbasierte Erkenntnisse bereit, um Leistungen und Prozesse möglichst effektiv auf neue Bedarfe einzustellen. Zum anderen stellt Wissenschaft einen Experimentierraum zur Verfügung. Es braucht ergebnisoffene Formate und Modelle, um „out of the box“ denken zu können. Anhand einer Vielzahl von Beiträgen aus dem Bundesprogramm „rehapro“ werden Sie ausführlich Ergebnisse aus einem solchen Experimentierraum kennenlernen. Es erwarten Sie in diesem Jahr außerdem neue Veranstaltungsformate, mit denen wir eine sinnvolle Fehler- und Lernkultur unterstützen wollen. Auch das ein kleiner Aspekt der Nachhaltigkeit!

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

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

Wir nehmen Abschied von Dr. Hans-Günter Haaf,

der am 17. August 2023 verstorben ist.

Mit tief empfundener Wertschätzung und Dankbarkeit erinnern wir uns an einen aufrichtigen, zugewandten und loyalen Menschen, der sich engagiert für die Belange der Rehabilitationswissenschaften eingesetzt hat. Als langjähriges Mitglied der wissenschaftlichen Leitung war sein Name wie kein zweiter mit dem Reha-Kolloquium verbunden. Gemeinsam und mit viel Humor haben wir Herausforderungen gemeistert und Erfolge gefeiert, sind zusammen gewachsen und zusammengewachsen. Zuletzt widmete sich Dr. Haaf anderen ambitionierten Aufgaben, blieb den Reha-Wissenschaften, dem Reha-Kolloquium und uns aber eng verbunden. Wir verlieren einen hochgeschätzten Kollegen, Vorgesetzten und Gesprächspartner. Es wird nicht leicht werden, diese Lücke zu schließen.

Team Reha-Kolloquium
Berlin, März 2024

Hinweise zu den Beitragsinhalten und Angaben

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

Hinweise zu Interessenkonflikten

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

Hinweise zur Genderschreibweise

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

Inhaltsverzeichnis

Plenarvortrag **25**
Länger arbeiten – (nur) eine Frage der Gesundheit? Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zum Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand
Hans Martin Hasselhorn *25*

Beiträge in Vortragssessions (alphabetisch nach Session- und Beitragstitel)

Assessmentinstrumente und Validierungsstudien **28**
Entwicklung und dimensionale Validierung einer 7-Säulen-Resilienzskala für den Berufskontext (RB-30)
Jens Knispel; Veneta Slavchova; Fee Kahlhofer; Viktoria Arling *28*
Messeigenschaften des SELF bei Patienten mit muskulo-skelettalen Erkrankungsfolgen: eine schweizerisch-österreichische prospektive Multizenterstudie
Martin Schindl; Daniel Riese *30*
Selbstauskunft, Fremdbeurteilung oder beides? Screening und Interview in der Beschwerdenvalidierung
Dilek Dorn; Axel Kobelt-Pönicke *33*
Validierung arbeitsbezogener Situationsbeschreibungen als Trainingsgrundlage zur Förderung berufsbezogener sozialer Kompetenzen
Viktoria Arling; Jens Knispel; Veneta Slavchova *35*

Bewegungstherapie **39**
Auswirkungen von Krafttraining auf Fatigue während der Chemotherapiegabe bei Brustkrebspatienten: ein systematisches Review und Meta-Analyse
Jasmin Lange; Oliver Klassen; Konstantin Beinert *39*
Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie bei Personen mit nicht-übertragbaren Erkrankungen: eine Übersichtsarbeit von systematischen Reviews
Andres Jung; Wolfgang Geidl; Leon Matting; Lina-Marie Hössel; Waldemar Siemens; Gorden Sudeck; Klaus Pfeifer *41*
Einfluss von Intervalltraining vs. kontinuierlichem Ausdauertraining auf die Appetitregulation und Körperzusammensetzung bei Personen mit Mukoviszidose
Jana Koop; Wolfgang Gruber; Franziska Anna Hägele; Franca Markmeyer; Christian Falkenberg; Stefan Dewey; Burkhard Weisser; Anja Bosy-Westphal *43*
Polarisierte Trainingsintensitätsverteilung und Schwellentraining bei Krebsüberlebenden: eine randomisierte kontrollierte Studie
Nikolai Bauer; Justine Schneider; Kathrin Schlüter; Joachim Wiskemann *44*
Therapeut:innenfeedback in der gruppenbasierten Bewegungstherapie – Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Therapeut:innen und Rehabilitand:innen
André Arik Schuber; Andrea Schaller *46*

Inklusion und Teilhabe **48**
Das Budget für Ausbildung: eine echte Alternative zur Werkstatt?! Ergebnisse einer explorativen Studie
Lea Mattern; Tonia Rambausek-Haß; Gudrun Wansing; Ulrike Peters *48*
Digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderung – Barrieren und Handlungsmöglichkeiten
Sabrina Lorenz; Marianne Kreuder-Schock; Thomas Schley *50*

Inklusionsbeauftragte des Arbeitgebers: „Ich habe einen bunten Blumenstrauß insgesamt an Aufgaben“
Rebecca Groß; Marie Heide; Mathilde Niehaus *52*

Schwerbehindertenvertretung und Beauftragte für Betriebliches Eingliederungsmanagement: Gemeinsamkeiten und Unterschiede erkennen und Synergien nutzen
Marie Heide; Tomke S. Gerdes *54*

„Und ich muss ja auch für meinen Sohn dann sprechen, weil er es nicht kann, ne?“ – zur Rolle von Angehörigen bei der ambulanten medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung
Cornelia Weiß; Kristina Ottersbach; Thorsten Meyer-Feil..... *56*

Innovative Ansätze zur Rehabilitation bei Suchterkrankungen 59

BORA-TB: Was zeichnet die Studienteilnehmer*innen aus?
Helen Ewertowski; Thorsten Meyer-Feil *59*

Der Mensch im Mittelpunkt – der Sucht-Rehakompass (SRK) für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung
Lea Jürgens; Knut Tielking; Frank Bela Schädlich *61*

Ein Weg der Eingliederung für Menschen mit suchtbezogenen Störungen (ohne Abstinenzanforderung) über die Sozialgesetzbücher hinweg
Miriam Ladanyi; Anita Galuschek; Harald Stickel *63*

Optimierungspotenziale einer Intervention (KSI) in der stationären Versorgung abhängigkeitserkrankter Eltern und ihrer Begleitkinder – erste qualitative Ergebnisse
Laura Hoffmann; Ananda Stullich; Matthias Richter *65*

SEMPRE / SEMRES: der Rehakompass als innovativer Zugangsweg zur Rehabilitation anhand zweier Fallbeispiele
David Ittekkot; Annette Baimler-Dietz; Lena Haslop; Maike Kothe; Laura Tolle; Aike Hessel; Natalie Schüz..... *68*

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 71

Eine Meta-Synthese zur wirksamen Beratung im Return-to-Work-Prozess von Personen mit Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe
Anna-Lena Baasner; Sofia Petrak; Linda Albersmann; Stefanie Gröhl; Stella Lemke; Matthias Bethge..... *71*

Entwicklung und Erprobung eines Routinemonitoring für Qualifizierungsmaßnahmen im Berufsförderungswerk
Regina Weißmann; Joachim Thomas..... *73*

Gelingensbedingungen für berufliche Reha-Verläufe von Menschen mit psychischen Erkrankungen
Nancy Reims; Angela Rauch; Silke Tophoven *75*

Multiperspektivischer Blick auf die Schnittstellen zwischen beruflicher Rehabilitation und betrieblichen Kontexten
Kathrin Ebener-Holscher; Julia Seefeld; Silke Tophoven *77*

Netzwerke und Kooperationen in der beruflichen Rehabilitation (NEKOBERE)
Silke Werner; Sina Jädicke; Dieter Röh..... *79*

Partizipative Entwicklung eines ICF-basierten Prozessprofiling für Berufsförderungswerke
Joachim Thomas; Regina Weißmann..... *81*

Return to Work und Inanspruchnahme des psychologischen Fachdienstes in Berufsförderungswerken – eine explorative quantitative Analyse
Mathis Elling; Anna Maren Koch; Gabriela Sewz; David Bühne; Christian Hetzel..... *84*

Typologie diskontinuierlicher Verläufe in der beruflichen Rehabilitation – Ergebnisse einer qualitativen Längsschnittstudie in Berufsförderungswerken
Stefan Dreßke; Heike Ohlbrecht *86*

Wiedereingliederung mit der Einstiegsprämie: Wirksamkeit einer innovativen LTA-Maßnahme aus Versichertenperspektive
Anne Ostermann *88*

Zur Validität der Dokumentation sozialarbeiterischer Leistungskodes in der Leistungsklassifikation Berufliche Rehabilitation (gemeinsame Ergebnisse aus dem SABER- und ANSAB-Projekt)
Tobias Knoop; Kathrin Ebener-Holscher; Cynthia Richter; Nadja Scheiblich; Silke Tophoven; Thorsten Meyer-Feil *90*

Methoden in der Rehabilitationsforschung 93

Behaviour Change Techniques (BCTs) zur Unterstützung von Verhaltensänderungsprozessen in gesundheitspädagogischen Interventionen der berufsdermatologischen, stationären Rehabilitation
Nele Ristow; Marc Rocholl; Annika Wilke; Swen Malte John; Michaela Ludewig *93*

Linkage der Reha-Statistik-Datenbasis mit Primärdaten: Anwendungsbeispiele anhand von Leistungsketten bei psychischen Erkrankungen
Christian Hetzel; Alexander Meschnig; Yvonne Rafalzik; Ernst von Kardorff *95*

Multistate-Modellierung von Return-to-Work, Krankengeldbezug, Rente und Versterben am Beispiel der beruflichen Wiedereingliederung nach Brustkrebs
Johannes Soff; Nicole Ernstmann; Paula Heidkamp; Kati Hiltrop; Lina Heier; Sophie Schellack; Clara Breidenbach; Christoph Kowalski *97*

Personenorientiertes methodisches Vorgehen bei der Betrachtung der Outcomes von Maßnahmen psychiatrischer Rehabilitation
Markus Spletzer; Elisabeth Stefanek; Christoph Wassermann; Kevin Volleritsch; Raphael Kessler; Petra Müller; Georg Spiel *99*

Standardisierung der patientenberichteten Ergebnismessung in der Rehabilitation: Linking von häufig verwendeten Instrumenten an die PROMIS-Metriken
Gregor Liegl; Alexander Obbarius; Felix Fischer; Claudia Hartmann; Christoph Paul Klapproth; Matthias Rose *101*

Nachwuchsforum 104

Akzeptanz einer digitalen Rehabilitationsnachsorge bei Muskel-Skelett-Erkrankungen: eine Kohortenstudie
Johanna Prehn; Lea Remus; Matthias Bethge *104*

Eine Netzwerkanalyse des Symptomkomplexes nach Schädelhirntrauma (SHT) – das Unsichtbare sichtbar machen
Helen Bindels; Michael Schuler; Tobias Ohmann *106*

Public Reporting von Qualitätsdaten und Patientenerfahrungen – eine Übersicht und erste Überlegungen zur Systematisierung
Immo Fellenzer; Janine Wehrum; Mert Mutlu; Thomas Wolff; Edwin Toepler *108*

Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt mittels BfA: Beratung der Eltern eines Menschen mit Behinderung
Burcu Ilkay Köse; Regina Weißmann; Joachim Thomas *110*

Onkologische Rehabilitation 112

Auswirkungen der onkologischen Reha-Nachsorge-Website Onko-Vital auf die Umsetzung gesundheitsförderlicher Nachsorgeziele
Heike Kähnert; Birgit Leibbrand *112*

Berufliche Teilhabe nach einer onkologischen Rehabilitation. Repräsentative Analysen auf Basis von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung
David Fauser; Pia Zollmann; Matthias Bethge; Marco Streibelt *114*

Die Anwendbarkeit von ePRO-Erhebungen bei älteren Patient:innen nach Krebserkrankung – Ergebnisse eine Beobachtungsstudie im Rahmen der klinischen Routine
David Riedl; Jens Lehmann; Maria Rothmund; Daniel Dejaco; Vincent Grote; Michael J. Fischer; Gerhard Rumpold; Bernhard Holzner; Thomas Licht *116*

Evaluierung von Prädiktoren der Wirksamkeit einer onkologischen Rehabilitation
Alena Garber; Vera Kaplienko-Wolff; Igor Wolff; Oliver Rick *118*

Frühfunktionelle Ergebnisse in Abhängigkeit von der angewendeten Operationsmethode im Zeitverlauf. Ergebnisse von 16.839 Patienten nach radikaler Prostatektomie – eine Analyse aus der Perspektive der urologischen Anschlussrehabilitation
Marius Cristian Butea-Bocu; Burkhard Beyer; Guido Müller *120*

Prädiktive Faktoren für die Verbesserung der gesundheitsbezogenen globalen Lebensqualität durch onkologische Rehabilitation
Oliver Rick; Alena Garber *122*

Psychischer Distress bei Brustkrebspatientinnen – Inzidenz und prädiktive Faktoren zu Beginn der onkologischen Rehabilitation anhand des Scheidegger Brustkrebs-Registers (BreCaReg)
Holger Hass *124*

Psychosoziale Belastung von 4.290 Patienten nach Operation eines Prostata-, Harnblasen- oder Nierenkarzinoms während der Corona-Pandemie
Guido Müller; Marius Cristian Butea-Bocu; Burkhard Beyer *125*

Reha-relevante Aspekte bei Patientinnen Ovarialkarzinom – Auswertung von über 1000 Patientenfällen
Holger Hass; Marianne Seywald; Volker Kunzmann; Achim Wöckel *127*

Soziale Teilhabe nach Brustkrebs 4–6 Jahre post-OP: Unterscheiden sich Reha-Teilnehmerinnen und -Nichtteilnehmerinnen von der Gesamtbevölkerung?
Eranda Sahiti; Stefanie Sperlich; Siegfried Geyer; Dorothee Noeres *129*

Orthopädische Rehabilitation 132

Die Rehabilitation nach Majoramputationen führt zu einer Verbesserung von Alltagsfunktion und körperlicher Leistungsfähigkeit betroffener Patient*innen
Ulrike Ziermann; Bibiane Steinecker-Frohnwieser; Bettina Thauerer; Oleh Kravchuk; David Felder; Monika Mustak-Blagusz *132*

Nachhaltigkeit in der ambulanten Gonarthrose-Rehabilitation – inwieweit beeinflusst die Erkrankungsprogredienz den Outcome?
Steffi Krohe; Maren Janßen; Stefan Dalichau; Torsten Möller *134*

Nicht-Unterlegenheit einer hybriden ambulanten orthopädischen Rehabilitation: 3-Monats-Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie
Richard Albers; Stella Lemke; David Fauser; Sebastian Knapp; Gert Krischak; Matthias Bethge *136*

Prädiktionsmodell der 1-Jahres-Patientenzufriedenheit nach Kniegelenks-Totalendoprothese: Entwicklung eines klinischen Scores
André Strahl; Maximilian M. Delsmann; Alexander Simon; Christian Ries; Frank Timo Beil; Tim Rolvien *138*

Präoperative berufliche und gesundheitliche Situation von Patient*innen vor Hüft- oder Knie-Gelenkersatz – Zwischenergebnisse aus dem „ProSEeG“-Projekt
Madeleine Gernert; Ole Müller; Lea Dejonghe; Marc Schöttler; Andrea Schaller *142*

Veränderung der Funktionsfähigkeit bei Personen mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen im Zeitverlauf: eine Mehrebenenanalyse
Sandra Kus; Katja Gutmair; Stefan Simmel; Michaela Coenen *144*

Vorhersage der beruflichen Wiedereingliederung nach komplexen körperlichen Traumen: eine Österreichische EFL-Daten basierte Modellierungsstudie
Martin Schindl; Harald Zipko; Werner Schätzner *146*

Perspektiven der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Rehabilitation: Ausbildung & Berufspraxis 150

„Bewusstsein für die anderen Berufsgruppen schaffen“: interprofessionelle rehabilitationsbezogene Lehre aus Sicht von Lehrverantwortlichen und Klinikern
Julia-Marie Zimmer; Kathleen Rechlin; Laura Retznik; Thorsten Meyer-Feil *150*

„Die Reha steht und fällt mit dem Team“ – interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht klinisch tätiger Reha-Mitarbeitenden
Ulrike Haß; Machteld Luizink-Dogan; Julia-Marie Zimmer; Heinz Völler; Thorsten Meyer-Feil; Annett Salzwedel *153*

Einsatz diversitätssensibler Maßnahmen – Ergebnisse einer postalischen Befragung von Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland
Tuğba Aksakal; Yüce Yilmaz-Aslan; Maria Mader; Fabian Erdsiek; Dennis Padberg; Kübra Annaç; Oliver Razum; Patrick Brzoska *155*

„Learning by doing“: Wie Reha-Mitarbeiter*innen die Lücke zwischen Theorie und Praxis problematisieren und schließen möchten
Machteld Luizink-Dogan; Ulrike Haß; Julia-Marie Zimmer; Heinz Völler; Thorsten Meyer-Feil; Annett Salzwedel *157*

Organisation und Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit in der neurologischen Frührehabilitation
Liliane Redzewsky; Ulrike Thielhorn; Claus-W. Wallesch; Mirjam Körner *159*

Prävention 162

Auswirkungen eines digitalen und konventionellen Präventionsprogramms auf die Arbeitsfähigkeit und die psychische und körperliche Gesundheit
Darko Jekauc; Julian Fritsch; Katharina Feil; Susanne Weyland; Detlef Schmidt *162*

Individualprävention von bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule bei Beschäftigten des Baugewerbes: die 12-Monatsergebnisse des Rückenkollegs
Daniel Engel; Stefan Dalichau; Aki Pietsch; Henry Kohler; Thomas Solbach; Hendrik Dorneburg; Torsten Möller; Helge Riepenhof; Farid Pouralikhan; Anette Wahl-Wachendorf *164*

Motive und Informationsquellen für die Beantragung von und Zufriedenheit mit Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung
Martin Brünger; Luisa Jung; Dorothea Mößnang; Julia Seifried; Deborah Amoah; Kristin Gärtner; Karla Spyra; Sebastian Bernert *166*

Sind die Ziele und die Motivation von arbeitslosen und erwerbstätigen Präventionsteilnehmenden identisch?
Lena Tepohl; Johannes Schmidt; Ellen Gaus *168*

Welche Ergebnisse erreichen die Teilnehmer während der 3-monatigen Trainingsphase im RV Fit-Präventionsprogramm der DRV?
Ersan Özen; Stefan Middel; Johannes Schmidt; Lena Tepohl *170*

Psychosomatische Rehabilitation 173
Das epistemische Vertrauen als zentraler Wirkfaktor in der psychosomatischen Rehabilitation – Ergebnisse einer Multi-Center-Beobachtungsstudie im Rahmen der klinischen Routine
David Riedl; Hanna Kampling; Johannes Kruse; Tobias Nolte; Karin Labek; Christina Kirchhoff; Vincent Grote; Michael J. Fischer; Astrid Lampe 173
Das Peer Review der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse des Verfahrens für die Psychosomatik
Niels Baumann; Stefanie Märtin 175
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in der Psychosomatik – Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie zwölf Monate nach der Rehabilitation
Miriam Markus; Markus Bassler; Nina Gabriel; Andrea Budde; Sophia Chrysanthou; Michaela Fleck; Alexandra Lambrecht; Frank Rosbiegal; Matthias Bethge 178
Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolgs in der österreichischen psychiatrischen Rehabilitation in Abhängigkeit vom Alter und dem beruflichen Status der Rehabilitand:innen
Birgit Senft; Bettina Schoeller; Caroline Jaritz; Sigurd Hochfellner 180
Reha-Erfolg psychosomatischer Rehabilitation in Abhängigkeit der Therapiedosis
Kirsten Rotter; Alexandra Lambrecht; Bernhard Koch; Axel Kobelt-Pönicke 183
The impact of the Covid-19 pandemic on the effectiveness of psychosomatic rehabilitation in Germany
Klaus Kaier; Jakob Knecht; Lukas Nalbach; Mirjam Körner 186
Versorgungsverläufe psychosomatischer Rehabilitanden mit Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Angebote (InVerPsych) – quantitative und qualitative Ergebnisse
Ernst von Kardorff; Christian Hetzel 189
Zusammenhang früher Traumatisierung mit psychischer Symptombelastung und berufsbezogener Selbstwirksamkeit
Lorena Brenner; Sophia Chrysanthou; Yesim Erim; Manuel Feisst; Marieke Hansmann; Meike Heming; Eva Rothermund; Ute Schröder; Tamara Waldmann; Volker Köllner 192

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement 195
Behandlungs- oder Hotelleistungen – Was bestimmt stärker Reha-Zufriedenheit und -Erfolg in der Psychosomatischen Rehabilitation?
Jürgen Schmidt; Rüdiger Nübling; Udo Kaiser; Alexa Kupferschmitt; Volker Köllner .. 195
Ergebnisse eines „MBOR-Check-ups“ in den Kliniken der RehaZentren Baden-Württemberg aus unterschiedlicher Perspektive
Udo Kaiser; Rüdiger Nübling; Jürgen Schmidt; Wolfgang Bürger; Robert Nechwatal; Constanze Schaal 198
Externe und interne Rehabilitandenbefragung im Kontext der aktuellen qualitätsorientierten Belegungssteuerung
Rüdiger Nübling; Jürgen Schmidt; Udo Kaiser 201
Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens aus Perspektive der Koordinator:innen unter Berücksichtigung ihrer Erfahrenheit
Gwendolyn Schmitt; Simone Telenga; Annika Hambrecht; Max Hassenstein; Sophie Janzen; Edith Andres; Björn Broge; Eva Maria Bitzer 204
Wie entwickelt sich die Prozessqualität im Zeitverlauf? Ergebnisse des Peer Review in der psychosomatischen Rehabilitation
Stefanie Märtin; Astrid Steinbrecher 206

Rechtswissenschaften 209
Anforderungen an die Begleitperson von behinderten Menschen bei einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 44b SGB V)
Dörte Busch 209
Ansprüche auf Rehabilitation und Assistenz für Freiwilligendienstleistende
Felix Welti 210
Bewegungsförderliches Arbeiten durch Betriebliche Gesundheitsförderung – (k)eine Aufgabe für die Gesetzliche Unfallversicherung
Katja Nebe 213
Der Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Therapien (von Kindern)
Claudia Beetz 215
Die einheitlichen Ansprechstellen für Arbeitgeber – ein Überblick
Leonard Seidel 217
Die Rolle der Betriebsärzte beim Zugang zu Teilhabeleistungen
Linda Albersmann 219
Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich in der GKV – die Einordnung als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ihre verfahrensrechtlichen Folgen für die Krankenkassen
René Dittmann 220
Mobilisierung von Rehabilitationsleistungen – Komplementarität von Arbeits- und Sozialrecht am Beispiel des BEM-Verfahrens
Philipp Jahn 222
Nachhaltiger Rehabilitationsprozess: die kommunikative Schlüsselrolle der Rehabilitationseinrichtung für die stufenweise Wiedereingliederung
Wolfhard Kohte 225
Völkerrechtliche Impulse für einen inklusiven Arbeitsmarkt
Michael Beyerlein 226

Rehabilitation bei chronischen Schmerzen 229
MultiMove and aquatic therapy as a multimodal appoach during inpatient rehabilitation in patients with chronic low back pain – a pilot study
Lutz Schega; Robert Bielitzki; Caroline Hildebrand; Marcel Motzko; Thorben Menrad; Martin Behrens; Kerstin Rohkohl; Ivonne Rudolph; Katharina Meiler; Jörg Franke 229
Subjektive Erwerbsprognose und psychosoziale Kennwerte bei nicht-spezifischen chronischen Rückenschmerzen in der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation
Petra Hampel; Anna Maria Hüwel; Anne Neumann 230

Rehabilitation bei COVID-19 233
Erfolge medizinischer Rehabilitation nach COVID-19 – ein 6-Monats-Follow-up
Isabel Meier; Stefanie Gillitzer; Jana Stucke; Thorsten Meyer-Feil 233
Pneumologische Anschlussrehabilitation und pneumologisches Heilverfahren nach einer COVID-19-Erkrankung im Vergleich: Entwicklung der subjektiven Gesundheit im Zeitverlauf
Mercedes Rutsch; Ruth Deck 235
Rehabilitationsmaßnahmen nach einer COVID-19-Erkrankung bei Versicherten der BGW: Ergebnisse einer retrospektiven Querschnittserhebung
Svenja Mertens; Albert Nienhaus; Claudia Westermann; Uwe Koch-Gromus 237

Trainingseffekte und Zusammenhänge zwischen physiologischen und psychologischen Parametern bei der Leistungsbeurteilung von COVID-19 Patienten im Rahmen einer stationären Rehabilitation
Uwe Schwan; Michèle Arndt; Helen Heyer; Lars Schlenker; Stefan Peters; Maximilian Köppel; Alexander Woll *239*

Unterschiede im COVID-19-Patientenkollektiv der pneumologischen Reha über den Verlauf der Pandemie
Markus Hayden; Matthias Limbach; Gabriele Schwarzl; Dennis Nowak; Michael Schuler; Konrad Schultz; Antonius Schneider *241*

Rehabilitation bei Post-COVID 243

Ergebnisse der Post-COVID-Sprechstunde und ihre Konsequenzen für die Rehabilitation im Kontext der gesetzlichen Unfallversicherung
Janna Klüver; Henrike Kordy; Stefan Dalichau; Wibke Brinkmeier; Jesko Kleefmann; Nadine Rathmann; Lacy Yorke; Torsten Möller *243*

Hausärztliche Einleitung einer medizinischen Rehabilitation bei Post-Covid-Patienten: Viele Erkrankte, aber nur wenige Reha-Anträge?
Silke Jankowiak; Rainer Kaluscha; Lena Tepohl *245*

Post-COVID-Symptome und Einschränkungen in Aktivität und Teilhabe von Frauen und Männern
Andrea Bökel; Jana Rosenstein; Christina Lemhöfer; Christian Sturm *248*

Rehabilitation des Post-COVID-Syndroms: Wer profitiert und ist am richtigen Platz?
Jürgen Wagner; Bernd Mössinger; Katerina Rosenblum; Jürgen Bonnert; Sezer Lammers; Matthias Schmalenbach; Sigrid Krause; Guido Waldmann; Franz van Erckelens; Dominik Raab; Mario Siebler *250*

Rehabilitationsbedarfe und Rehabilitationskonzepte für die Behandlung von Post-COVID aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten
Jens Hensen; Anika Tiede; Filipa Krolo-Wicovsky; Stefanie Tobschall; Corinna Bergelt *252*

Rehabilitation des Post-COVID-Syndroms: Möglichkeiten, Grenzen und Perspektiven – erste Ergebnisse der PoCoRe Multicenterstudie 255

Der Regensburg COVID-19 Recovery Documentation Fragebogen (ReCoRD) zur Erfassung der Symptomverteilung bei Post-Covid
Thomas Loew; Thilo Hinterberger; Nike Walter; Michael Jöbges; Alexa Kupferschmitt; Volker Köllner *255*

Die Post-Covid-Reha-Studie PoCoRe – eine multizentrische prospektive Studie zur Diagnostik und Wirksamkeit der Rehabilitation von Post-Covid Patient*innen
Thilo Hinterberger; Michael Jöbges; Christoph Kohl; Christoph Hermann; Stefan Kelm; Gerhard Sütfels; Alexa Kupferschmitt; Volker Köllner; Thomas Loew ... *257*

PoCoRe: Aufmerksamkeitsdefizite und depressive Symptome bessern sich unterschiedlich im Verlauf einer Post-COVID-Erkrankung – eine prospektive Kohortenstudie
Alexa Kupferschmitt; Christoph Hermann; Michael Jöbges; Stefan Kelm; Jennifer Randerath; Gerhard Sütfels; Thilo Hinterberger; Thomas Loew; Volker Köllner *259*

PoCoRe: Einschränkungen der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit bei Post-COVID und Effekte der Rehabilitation
Gerhard Sütfels; Melanie Berger; Selvije Morina; Thilo Hinterberger; Thomas Loew; Volker Köllner; Ida Montanari *262*

PoCoRe: neuropsychologische Defizite bei Post-COVID
Thilo Hinterberger; Michael Jöbges; Christoph Kohl; Christoph Hermann; Stefan Kelm; Gerhard Sütfels; Nike Walter; Melanie Tempfli; Thomas Loew; Volker Köllner *265*

PoCoRe: Patientenzufriedenheit und subjektiver Behandlungserfolg
Alexa Kupferschmitt; Christoph Hermann; Michael Jöbges; Stefan Kelm; Gerhard Sütfels; Thilo Hinterberger; Thomas Loew; Volker Köllner *267*

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 270

Begleitpersonen als besondere Zielgruppe in der Kinder- und Jugendrehabilitation – eine qualitative Befragung von Klinikmitarbeiter:innen
Laura Klüpfel; Sandra Fahrenkrog; Karla Spyra; Judith Stumm *270*

Evaluation eines neuen Rehabilitationskonzepts für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen im Längsschnitt
Monika Pauls; Sarah Leinberger; Nora Volmer-Berthele; Rainer Kaluscha; Buket Altan; Lena Tepohl; *272*

Fragebogen zum reha-bezogenen Behandlungskonzept für Kinder und Jugendliche – Revision und Validierung
Gloria Metzner; Manuela Glattacker *274*

Individualisiertes Familien-Coaching zur Förderung der Verhaltensmodifikation von begleiteten Kindern und Jugendlichen mit Adipositas: Phase 2
Evita Ausner; Ines Gellhaus; Christian Falkenberg; Petra Hampel *276*

Prozessevaluationsergebnisse zur Umsetzung mehrsprachiger Informationsveranstaltungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche im MiMi-Reha-Kids-Projekt
Hannes Banaschak; Flaminia Bartolini; Ramazan Salman; Matthias Bethge *278*

Reha-Kardiologie, Diabetes und Adipositas 281

Effekte der kardiologischen Rehabilitation bei Patienten/Patientinnen mit Herzinsuffizienz mit reduzierter linksventrikulärer Funktion, Analysen aus einer prospektiven Multicenter-Untersuchung
Michal Oszczygiel; Heinz Völler; Klaus Schröder; Eike Schromm; Irina-Silva Popescu-Schuh; Bernhard Rauch; Alexandra Strobel; Axel Schlitt *281*

Evaluation des neuen Rehabilitationskonzeptes „Psycho-Adipositas“ („ADIPE“-Studie)
Rosemarie Hillebrand; Harald Fischer *284*

Hohe Raten der Teilhabeeinschränkung bei Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 und Adipositas in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation
Jürgen Wagner; Thomas Helling; Maryam Berger; Jana Bohro *286*

Intervallfasten in der kardiologischen Rehabilitation – wirksam und umsetzbar? Ergebnisse aus der randomisierten kontrollierten Studie Intervfast
Florian Kaistha; Sara Schröer; Maria Borgert; Andreas Michalsen; Wolfgang Mayer-Berger; Claudia Pieper *287*

Reha-Verlaufseffekte bei Rehabilitand:innen mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit zum Rehabilitationsende
Karin Meng; Ronja Westphal; Michael Marx; Robert Nechwatal; Reimund Prokein; Gesine Dörr *289*

Reha-Nachsorge und Digitalisierung 292

Mittelfristige Effekte einer online unterstützten Intervention zur Vereinbarung und Nachverfolgung von Reha-Zielen
Susanne Dibbelt *292*

Technische Anforderungen an eine barrierefreie digitale Plattform, die vor allem Menschen mit einer Sehbehinderung adressiert
Marie-Christine Kugelmann *294*

Untersuchung zur Wirksamkeit einer digitalen Reha-Nachsorge bei Menschen mit Adipositas
Julian Fritsch; Katharina Feil; Susanne Weyland; Detlef Schmidt; Darko Jekauc *296*

Veränderung subjektiver Arbeitsfähigkeit und symptombezogener Funktionsfähigkeit nach einer digitalen IRENA bei Rückenschmerzpatient*innen
Sebastian Knapp; George Hunn; Frank Merten; Filippo Martino *298*

Zeitreihenanalyse zur Verstetigung der konsistenten Teilnahme von Personen mit neurologischen Erkrankungen im Programm der Tele-Reha-Nachsorge
Robin Stadel *300*

Reha-Orthopädie und Reha-Neurologie: berufliche Orientierung und Ergebnisqualität 303

Implementierung der MBOR-AHB in der orthopädischen Rehabilitation der Rentenversicherung aus der Perspektive des Reha-Teams
Udo Kaiser; Wolfgang Bürger; Rüdiger Nübling; Jürgen Schmidt *303*

Messung der Ergebnisqualität in der neurologischen Rehabilitation mittels PROMIS-10 – Ergebnisse eines Pilotprojekts in 17 Kliniken
Volker Beierlein; Ralf Bürgy; Torsten Kirsch; Johannes Kneißl; Matthias Köhler; Annabelle Neudam; Holger Schulz *306*

Prädiktoren für den Antrag auf Erwerbsminderungsrente bei neurologischen MB(O)R-Patienten 6 Monate nach Rehabilitation
Ines Guse; Nadine Schumann; Michael Sailer *308*

Umsetzung der berufsbezogenen Diagnostik in der orthopädischen Medizinisch-beruflich orientieren Rehabilitation (MBOR) – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung
David Bühne; Christian Hetzel; Mathis Elling; Torsten Alles *311*

Zielgruppen beruflich orientierter Leistungen in der neurologischen Rehabilitation: ein Vergleich von MbR- & MBOR-Teilnehmenden
Nadine Schumann; Janin Venediger; Ines Guse; Michael Sailer *313*

Reha-System und Reha-Praxis 317

Aktueller Status: Wie geht es den Leistungserbringern im Umfeld von Krisen und Herausforderungen?
Stefan Berghem *317*

Berufsbezogene Rehabilitation für Patient:innen mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung: erste Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie
Jana Langbrandtner; Gero Steimann *319*

Implementierung von Fallmanagement bei neun Rentenversicherungsträgern: Ergebnisse der Onlinebefragung von Fallmanager*innen (t1)
Sebastian Ehlen; Milena Arenz *321*

Personalbedarf in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe – Ergebnisse einer Personalbedarfserhebung
Hans-Christoph Eichert *323*

Zusammenarbeit von Organisationen in Modellprojekten des Bundesprogramms rehapro – Formen, Herausforderungen und Problemlösungsansätze
Clemens Kraetsch; Stefan Zapfel *327*

Return to Work bei chronischen Erkrankungen 330
Arbeitsfähigkeit nach COVID-19-Rehabilition –
Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie
Stefanie Gillitzer; Jana Stucke; Isabel Meier; Thorsten Meyer-Feil 330
Mega-Ethnographie qualitativer Meta-Synthesen zum Return to Work
bei chronischen Erkrankungen
Betje Schwarz; Hannes Banaschak; Rebekka Heyme; Ernst von Kardorff;
Nancy Reims; Marco Streibelt; Matthias Bethge 332
Prädiktoren der nachhaltigen Reintegration ins Erwerbsleben
bei psychischen Erkrankungen
Elena Andreeva; Tatjana Wassermann 334
Soziodemografische und klinische Eigenschaften von Ratsuchenden
in Krebsberatungsstellen mit Beratungsbedarf zu arbeitsbezogenen Themen
Clara Breidenbach; Nicole Ernstmann; Paula Heidkamp; Kati Hiltrop; Lina Heier;
Sophie Schellack; Johannes Soff; Christoph Kowalski 337
START – stufenweise Wiedereingliederung mit Assistenz des Reha-Teams:
Ergebnisse der Fragebogenerhebung
Lisa Hertrich; Rainer Kaluscha; Eva Rauscher 338

Stay at Work 341
Anpassung an neue Arbeitsabläufe am Beispiel der Einführung der E-Akte:
Persönlichkeit und digitaler Stress
Anke Eisenhauer; Axel Kobelt-Pönicke 341
Arbeit gesund und alter(n)sgerecht gestalten – Ergebnisse der arbeitsweltlichen
Gesundheitsberichterstattung der Betriebskrankenkassen
Dirk Rennert; Karin Kliner; Matthias Richter 343
„Blaufeuer“ für psychisch belastete Erwerbstätige –
Was geschieht und was verändert sich?
Michael Schuler; Lorenz Leven; Christian Gerlich; Uwe Krähnke; Ina Pamperin;
Nadine Vorsatz; Heiner Vogel 345
Die Bedeutung beruflicher Resilienz für arbeitsbezogenes Erleben
und persönliches Wohlbefinden von Beschäftigten
Jens Knispel; Veneta Slavchova; Fee Kahlhofer; Viktoria Arling 348
Wer nimmt an der Maßnahme Blaufeuer teil? – eine latente Profilanalyse
der mitgeteilten Arbeitsplatzprobleme im RehaPro-Projekt SEMpsych
Onur Erdem Ucar; Michael Schuler; Christian Gerlich; Lorenz Leven; Uwe Krähnke;
Ina Pamperin; Nadine Vorsatz; Heiner Vogel 351

Teilhabestrategien im SGB-II- und SGB-VI-Bereich 354
Einführung Teilhabestärkungsgesetz: Erfahrungen der Deutschen Renten-
versicherung, Jobcenter und Arbeitsagenturen in Rheinland-Pfalz und Saarland
Lukas M. Horstmeier; Vanessa Bernhard; Karoline Hölscher; Danielle Konz;
Luisa Mertiny; Cosima Nuszbaum; Franziska Praznovszky;
Rebekka Schlemmermeyer-Schoenfeld; Erik Farin-Glattacker 354
Jeder Schritt zählt – Förderung der Arbeitsmarktnähe im rehapro-Projekt GUIDE
Kerstin Guhlemann; Christina Meyn 356
Modellprojekt LIPSY: leicht bis schwer psychisch Erkrankte
auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – Herausforderungen und Chancen
Mathias Alberti; Maria Koschig; Felix Hussenoeder; Ines Conrad; Christian Thänert;
Lisa Reinisch; Katarina Stengler; Steffi Riedel-Heller 358

Varianten von Arbeitserprobungen und ihre Eignung für verschiedene Zielgruppen – Konzeption und Anwendungserfahrungen im Modellprojekt LAUT
Stefan Zapfel; Thomas Roßnagel *361*

Zwischen Exklusion, beruflicher Rehabilitation und sozialer Teilhabe – Perspektiven nachhaltiger Förderung langzeitarbeitsloser Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen
Sebastian Ixmeier *363*

Zugang zu Teilhabeleistungen 366

Akzeptanz der dualen Rehabilitation und Zugangswege aus Perspektive der Rehabilitand*innen – Ergebnisse qualitativer Interviews
Natascha Fahmer; Sophia Fiedler; Klaus Herrmann; Sabine Jendrosch; Volker Köllner; Jördis Kroll; Christoph Reichel; Gerhard Sütfels; Karin Meng *366*

Kurzantrag Rehabilitation (KUR) – Sicherstellung eines niedrigschwelligen Reha-Zugangs und ICF-orientierte Inhalte
Silke Jankowiak; Rainer Kaluscha; Heike Lauer *368*

Machbarkeit einer flächendeckenden Implementation des Ü45-Checks aus Sicht der Rentenversicherungsträger und der Untersuchungsstellen
Sarah Haberstroh; Annika Hambrecht; Simone Telenga; Renate Wiedemann; Eva Maria Bitzer *371*

Prävalenz des Bedarfs an Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung in der hausärztlichen Versorgung
Jennifer Marie Burchardi; Susanne Rossek; Christin Lissat; Martin Brünger; Maja A. Hofmann; Karla Spyra *373*

Prozessevaluation einer innovativen Teilhabestrategie für Menschen mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung zur Verbesserung der Rehabilitationsversorgung
Johanna Prehn; Lea Remus; Marei Grope; Matthias Bethge; Vera Kleineke *375*

Screenings zur Erfassung des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs bei Arbeitnehmer:innen im Alter von 45–59 Jahren (Ü45-Check)
Linda Kalski; Tilman J. Pulst Caliman; Franziska Greiß; Lorena Hafermann; Laura Völkel; Charleen Pächter; Maja A. Hofmann; Bernd Wolfarth *377*

Soziodemographische Unterschiede im Kenntnisstand über die Reha-Antragstellung bei älteren Beschäftigten
Jean-Baptist du Prel *379*

Warum nicht immer Reha vor Rente? Sozialmedizinische Sicht basierend auf einer Datenanalyse des DRV Statistikportals
Christian Wuchter-Czerwony; Maren Gehring; Susanne Weinbrenner; Andrea Bratfisch *381*

Welche Effekte hat die Projektteilnahme auf die psychosoziale Gesundheit? Ergebnisse aus der ersten Erhebungsphase SEMPRE
Elena Brushinski; Natalie Schüz; Aike Hessel; Anna Levke Brütt *383*

Wenn die medizinische Rehabilitation aufgrund gesetzlicher Bestimmungen veranlasst wird: Befürchtungen und Motivation zur Antragsstellung Aufgeforderter
Carolin Baur; Natalie Schüz; Bettina Begerow; Anna Levke Brütt *385*

Beiträge aus der Innovationswerkstatt (alphabetisch nach Session- und Beitragstitel)

Innovationswerkstatt – innovative Modelle und Konzepte aus dem Bundesprogramm „rehapro“ 388

Chancen für die Übertragbarkeit und Verstetigung von Modellprojektbestandteilen: Befundlage aus dem Projekt „ELAN“
Thomas Roßnagel; Stefan Zapfel; Bartholomäus Zielinski; Bernhard Schrauth 388

Einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit im Reha-Prozess von Kindern und Jugendlichen
Martina Schu; Benjamin Görgen; Kim Elaine Singfield 390

Erprobung einer innovativen Strategie zur bedarfsfokussierten Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen
Regina Osranek; Annette Blaudszun-Lahm 392

IPS-Coaching in Deutschland – Umsetzungserfahrungen und Folgerungen für die Praxis aus dem rehapro-Modellprojekt „IPS-ZIB“
Sarah Jenderny; Juliane Bergdolt; Lorenz Dehn; Vera Kleineke; Julia Schreiter; Ingmar Steinhart 394

LEILA-rehaktiv: Wirksamkeit neuer sowie innovativer Ansätze zur Integration von Langzeitarbeitslosen mit multiplen Beeinträchtigungen in den Arbeitsmarkt
Andreas Herteux 396

Peer-Begleitung im Jobcenter. Ein innovativer Beratungsansatz mit psychisch und suchterkrankten Menschen
Klara Lammers; Barbara Meinert 399

rehapro – Innovation nur für Exoten? Zukunftsvision der Umsetzungsberatung für das rehapro Projekt SERVE der Deutschen Rentenversicherung Hessen
Antonia Keller; Annette Becker; Veronika van der Wardt; Catharina Maulbecker-Armstrong; Monika Jacobs; Ulf Seifart 401

Verbesserung von Teilhabe für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen durch Innovation im G. A. T.-Projekt 403
Andreas Hammer; Anika Klug-Winter; Arne von Röpenack; Dirk Baumgart 403

Versorgungsangebot zur Rehavorbereitung: Onlineplattform und optionales Coaching
Bettina Begerow; Linda Richter; Arne Mangels; Natalie Schüz 405

Zwischen Wissenschaft und Praxis: Biografiekurven als Tool zur Ergründung (neuer) berufsbiografischer Orientierungen
Bianca Lange; Heike Ohlbrecht 407

Innovationswerkstatt – Medizinische Rehabilitation 409

Ein evidenzbasierter bewegungstherapeutischer Algorithmus zur Versorgung von Long-COVID-Betroffenen
Maximilian Köppel; Stefan Peters; Uwe Schwan; Tilo Späth; Gerhard Huber 409

Funktionelle Kombinationsdiagnostik (fKoDia) – ein Ansatz zur aktivitätenorientierten Funktionsdiagnostik am Beispiel von Long-/Post-COVID-Betroffenen
Anke Menzel-Begemann; Klaus Peikenkamp 410

Ohne Hand und Fuß – neue Möglichkeiten der Schmerzbehandlung bei Amputationen?
Regine Stelzhamer 413

Patientenbeteiligung bei der Verbesserung der Prognose und der Lebensqualität bei Darmkrebs
Cassandra Lill; Alexander Katalinic; Ruth Deck; Martina Oberländer; Christian Sina; Stefanie Derer-Petersen; Holger Sültmann; Nikolas von Bubnoff; Timo Gemoll; Hauke Busch; Peter Jülg *415*

techCov: Effekte technischer (tech) Behandlungsansätze auf neurologisch betonte Long- und Post-Covid-Symptome (Cov): milde hyperbare Oxygenierung und Cryotherapie
Anke Menzel-Begemann; Klaus Peikenkamp *418*

Innovationswerkstatt – Return to work 421

Digitalisierung der Trainingsphase mittels der App PROTHERAFIT® im Präventionsangebot RV Fit
Marie Rosalind Hübner; Nicole Lorenz; Dieter Beh; Johannes Schmidt; Lena Tepohl *421*

Inklusion als Prozess – Überlegungen zur Ergänzung beruflicher Rehabilitation
Hans-Christoph Eichert *423*

Kompetenzerwerb in der Sozialmedizin – der Weg zur sozialmedizinischen Expertise innerhalb der Deutschen Rentenversicherung
Wolfgang Schömig; Roland Küffner; Matthias Lukasczik; Annette Müller-Garnn; Heiner Vogel *426*

Programm zur Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung nach kardiologischer Anschlussrehabilitation bei Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen (AmPULS): ein Erfahrungsbericht aus der Pilotierung
Annika Sternberg; Hannes Banaschak; Nataliia Brehmer; Julia Mummelthey; Torsten Alles; Betje Schwarz; Nicole Schattat; Vera Kleineke; Heinz Völler, Matthias Bethge; Annett Salzwedel *428*

StEPin – ein ganzheitlich ausgerichtetes Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Auszubildende der Bremer Straßenbahn AG – Konzeptvorstellung und erste Ergebnisse
Laurine Rathmann; Daniela Metschar; Thorsten Cikryt; Katja Heil; Stefan Dalichau; Torsten Möller *430*

Beiträge in Postersessions (alphabetisch nach Session- und Beitragstitel)

Poster: Bedarfsermittlung 433

„[…] alle haben auf mich eingeredet“ Partizipation an der Bedarfsermittlung aus Sicht von Menschen mit Behinderungen
Lea Mattern; Tonia Rambausek-Haß; Gudrun Wansing; Ulrike Peters *433*

Akzeptanz des Ü45-Checks bei den Versicherten
Annika Hambrecht; Renate Wiedemann; Sarah Haberstroh; Simone Telenga; Eva Maria Bitzer *434*

Förderliche und hinderliche Faktoren bei der ganzheitlichen Klärung des Interventionsbedarfs bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit. Eine Fokusgruppenstudie
Jessica Roder; David Fauser; Stella Lemke; Saskia Dötsch; Claudia Kindel; Vera Kleineke; Claudia Langer; Matthias Bethge *436*

Vorhersage von Rehabilitationsbedarf auf Basis von Krankenkassendaten: Auswahl potentiell relevanter Parameter mittels Kontrastierung
Rainer Kaluscha; Johannes Schmidt; Lena Tepohl *439*

Vorhersage von Rehabilitationsbedarf auf Basis von Krankenkassendaten: Vergleich verschiedener Verfahren aus Statistik und Machine Learning
Johannes Schmidt; Lena Tepohl; Rainer Kaluscha *442*

Poster: Berufliche Teilhabe 445

Bedarfsfokussierte Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen – BETA-MeH
Susann Huthmann; Annette Blaudszun-Lahm; Rebekka Heyme; Regina Osranek; Dolores Claros-Salinas; Wilfried Schupp; Alexander Thomas *445*

Die Bedeutung eines ganzheitlichen Ansatzes bei der Klärung von Handlungsbedarf bei gefährdeter beruflicher Teilhabe: das rehapro-Modellvorhaben GIBI
Saskia Dötsch; David Fauser; Vera Kleineke; Dagmar Feddersen; Jessica Roder; Matthias Bethge *447*

Dimensionen der beruflichen Teilhabe bei an Multiple Sklerose erkrankten Rehabilitanden
Kerstin Eichstädt; David Ellenberger; Michael Sailer; Sarah Schilling; Michael Sailer; Alexander Stahmann; Nadine Schumann *449*

Kann die Inanspruchnahme psychologischer Unterstützung während der beruflichen Rehabilitation in einem Berufsförderungswerk auf der Grundlage von Routinedaten vorhergesagt werden?
Anna Maren Koch; Christian Hetzel; Mathis Elling; Gabriela Sewz; Christian Zwingmann *452*

Wege von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation – eine qualitative Studie zur Sicht von Mitarbeiter:innen aus Reha-Einrichtungen
Eileen Wengemuth; Lukas Kühn; Lara Lindert; Kyung-Eun (Anna) Choi *454*

Poster: Dermatologie, Ophthalmologie, Pneumologie 457

Der Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) für die berufsdermatologische Rehabilitation
Michaela Ludewig; Annika Wilke; Julia Meyer; Swen Malte John; Marc Rocholl *457*

Erhebung der Auswirkungen der ophthalmologischen Rehabilitation auf die sehbezogene Lebensqualität in Bezug auf den Nachsorgebedarf
Leonie Priebe; Oliver Kolbe; Dino Capovilla; Kathleen S. Kunert *459*

Konzeption und Pilotierung von Podcasts zur Unterstützung von Verhaltensänderungsprozessen für Patient*innen in der berufsdermatologischen Prävention
Michaela Ludewig; Leona Wilken-Fricke; Katja Dicke; Annika Wilke; Swen Malte John; Nele Ristow *461*

Muskuloskelettale Beschwerden bei Menschen mit Sehbehinderung – Ein Blinder Fleck?
Bernd Brechtelsbauer; Oliver Kolbe; Dino Capovilla; Kathleen S. Kunert *463*

Nachhaltigkeitseffekte der ambulanten pneumologischen Rehabilitation bei Patienten mit Asbestose im 8-Jahres Follow up
Stefan Dalichau; Torsten Möller *465*

Poster: Digitalisierung 468

Akzeptanz und Nutzung digital unterstützter Angebote in der medizinischen Rehabilitation – eine Mixed-Methods-Befragung von Rehabilitand*innen
Susanne Stampa; Monica-Diana Podar; Oliver Razum; Christoph Dockweiler *468*

Können Smartphone-Apps zu einer langfristigen Steigerung der körperlichen Aktivität nach einer medizinischen Rehabilitation beitragen? – eine Pilotstudie
Monika Reuß-Borst; Fabian Borst; Johannes Boschmann; Peter Schwarz *470*

Telemedizinische Fränkische Adipositas NachsorgeTherapie (Tele-FANT) – Ergebnisse der formativen Evaluation
Jutta Ahnert; Janina Hart-Kederer; Rainer Tischendorf; Heiner Vogel *472*

Untersuchung von möglichen Einflussfaktoren auf die Trainingsadhärenz bei der Tele-Reha-Nachsorge
Franka Kristin Drescher *474*

Usability- und User-Experience einer internetbasierten Nachsorge zur Rückkehr an den Arbeitsplatz
Adina Kreis; Anna Mayer; Manfred Beutel; Ingo Dahn; Hannah Schäfer; Rebecca Kilian; Rüdiger Zwerenz *476*

Poster: Gesunde Arbeit **478**

Deskriptive Charakteristika krankgeschriebener Arbeitnehmer*innen mit einer psychischen Störung: eine Baseline-Untersuchung der RTW-PIA Studienpopulation
Fiona Starke; Uta Wegewitz *478*

Geheimhaltung und Offenlegung einer psychischer Erkrankung im Bewerbungsprozess
Noemi Baab; Ricardo Baumann *480*

Inneres Resonanzerleben und interaktives Problemlösen. Das Blaufeuer-Fallmanagement als professionsübergreifendes Versorgungsangebot für psychisch belastete Arbeitnehmer:innen
Uwe Krähnke; Janina Myrczik; Beate Lieb; Katharina Mühlich; Cornelia Weiß; Ina Pamperin; Nadine Vorsatz; Heiner Vogel; Michael Schuler *482*

Sag ich's oder sag ich's nicht? Einblicke in das Offenlegungs-Dilemma chronisch erkrankter Arbeitnehmer*innen
Jana Felicitas Bauer; Veronika Chakraverty; Anja Greifenberg; Mathilde Niehaus *485*

Wovon hängt die wahrgenommene Verantwortung von Führungskräften bei der beruflichen Teilhabe psychischer erkrankter Menschen ab?
Veneta Slavchova; Jens Knispel; Anna Fishan; Fiona Potthoff; Svenja Scholz; Viktoria Arling *487*

Poster: Onkologische Rehabilitation **490**

Effektivität eines Kognitionstrainings auf die kognitive Leistungsfähigkeit onkologischer Rehabilitand*innen
Maren Schäfer; Alena Garber; Oliver Rick *490*

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation im allgemeinen Antragsverfahren bei onkologischen Erkrankungen: eine Post-hoc-Analyse
David Fauser; Julian Wienert; Jan Schmielau; Matthias Bethge *492*

Patient-Reported Outcomes in der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit kolorektalem Karzinom
Tilman Schmiesing; Bruno Neuner; Georgia Schilling *494*

Postoperative Ernährungsstörungen bei Patient:innen mit Magen- und AEG-Tumoren – Analyse von 460 Patientenfällen
Holger Hass; Andrea Herzberger; Volker Kunzmann *496*

Poster: Post-COVID-Syndrom **498**

Eine Übersicht über das Post-COVID-Rehabilitationsangebot in Niedersachsen
Sanny Witt; Anna Völkel; Dorian Louis Noll; Anna Levke Brütt *498*

Funktionelles Outcome von Post-COVID-Patienten:
Treppen steigen – vom Defizit zum Einstieg in eine therapeutische Studie
Maike Schrader; Marlen Tietz; Heithem Ben Abdallah; Susann Seddigh; Tobias Ohmann *499*

Optimierungspotenziale der medizinischen Rehabilitation von Long COVID aus der Sicht von Klinikmitarbeiter*innen – eine qualitative Erhebung
Mercedes Rutsch; Ruth Deck *501*

Post-COVID-Betroffene im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege: psychosoziale Aspekte und Teilhabeerfahrungen
Laura Luedtke; Julia Haller-Wolf; Levente Kriston; Uwe Koch-Gromus; Albert Nienhaus; Martin Härter *503*

Teilhabebeeinträchtigungen zwölf Monate nach COVID-19-Rehabilitation
Isabel Meier; Jana Stucke; Stefanie Gillitzer; Thorsten Meyer-Feil *505*

Poster: Prävention und Stay at Work 507

Betriebliche Schwerbehindertenvertretungen – wichtiger Akteur bei Prävention und Rehabilitation
Thomas Ketzmerick; Cathleen Rabe-Rosendahl *507*

„Gesundheitsvorsorge Aktiv“ – ein Präventionsprogramm der Österreichischen Pensionsversicherung zur Erhaltung der Teilhabe
Bettina Thauerer; Bibiane Steinecker-Frohnwieser; Johannes Püspök; David Felder; Martin Skoumal *509*

Promotionsbetreuende als Schlüsselfaktor für den Verbleib gesundheitlich beeinträchtigter Promovierender in der Wissenschaft
Karoline Rhein; Jana Felicitas Bauer; Mathilde Niehaus *511*

Wie sich die berufliche Teilhabe von Menschen mit chronisch-entzündlicher Darmerkrankung gestalten lässt
Philipp Trögeler; Eva Eisch *513*

Poster: Psychosomatik 516

Follow-up-Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Multicenter-Studie drei Monate nach einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in der Psychosomatik
Miriam Markus; Markus Bassler; Nina Gabriel; Andrea Budde; Sophia Chrysanthou; Michaela Fleck; Alexandra Lambrecht; Frank Rosbiegal; Matthias Bethge *516*

Formative Evaluation einer dualen Rehabilitation in verschiedenen Indikationsbereichen – Analyse der Rahmenkonzeptumsetzung anhand von KTL-Daten
Sophia Fiedler; Natascha Fahmer; Peter Eisermann; Klaus Herrmann; Volker Köllner; Christoph Reichel; Gerhard Sütfels; Robert Weßbecher; Karin Meng *518*

Gelingt die berufliche Reintegration nach der psychosomatischen Rehabilitation – Auswertung von Basisdokumentation- und Katamnesedaten
Sina Hommes; Dieter Bingel-Schmitz *521*

Krankenstandsdauern im Jahr vor und nach ambulanter psychiatrischer Rehabilitation in Österreich
Miriam Traugott; Daniela Fischer-Hansal; Barbara Haider-Novak; Birgit Senft *523*

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation an der Nahtstelle von psychosomatischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration („RehaTrail“)
Matthias Stapel; Katharina Schmell; Andreas Malone; Matthias Rudolph; Vanessa Bernhard; Luisa Mertiny *525*

Poster: Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement 528
Ärztliche Personalsituation in stationären Mutter-/Vater-Kind- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
Julia Habermann; Deborah Hauser; Dorothee Noeres; Claudia Kirsch 528
Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL): Nutzung und Kodierungsverhalten in den Jahren 2019–2022
Rainer Kaluscha; Markus Thiede; Angela Kranzmann; Anke Mitschele 530
Neuauflage des Peer-Review-Verfahrens zur Qualitätssicherung von Durchgangsarztberichten der DGUV: Einfluss veränderter Rahmenbedingungen auf die Ergebnisse
Liesa Steidle; Daniel Szczotkowski; Bianca Biedenweg; Carolin Neik; Marion Wittwer; Ute Polak; Thomas Kohlmann 532
Neue Qualitätskriterien für die Patientenschulung – Ergebnisse eines mehrstufigen Delphi-Prozesses
Andrea Reusch; Heiner Vogel; Ulrike Worringen; Petra Becker; Silke Neuderth; Robert Jaeschke; Roland Küffner 536
Unterschiede und Ähnlichkeiten in den Patientenkollektiven der Reha-Qualitätssicherungssysteme von DRV und GKV
Eva Maria Bitzer; Max Hassenstein; Annika Hambrecht; Gwendolyn Schmitt; Edith Andres; Sophie Janzen; Elena Dreher; Simone Telenga; Erik Farin-Glattacker; Björn Broge 538

Poster: Rehabilitationspsychologie und Sozialmedizin 541
Ergebnisse einer Fokusgruppe zur Berücksichtigung der ICF-Kontextfaktoren in der sozialmedizinischen Begutachtung
Judith Gartmann; Christoph Egen; Christian Sturm; Andrea Bökel 541
Krankheitsbewältigung von Angehörigen
Melanie Jagla-Franke; Merle Nathalie Schilling; Moritz Herthum; Gabriele Helga Franke 542
Krankheitsverarbeitungsmuster von Psychotherapiepatient*innen
Gabriele Helga Franke; Melanie Jagla-Franke 544
Rumination als transdiagnostischer Prozess bei der Entwicklung psychischer Störungen bei Herzpatient*innen?
Stefan Lueger; Tanja Lueger; Peter Deeg 546

Poster: Teilhabestrategien im SGB-II- und SGB-VI-Bereich 550
Nachhaltige berufliche Rehabilitation für alleinlebende Frauen im ALG-II-Bezug
Stefan Kohlhof; Georgina Habdas; Duygu Yigit 550
Stabilisierung der individuellen Gesundheit bei Arbeitslosen: Kann das rehapro Präventionsprogramm dazu beitragen?
Ellen Gaus; Rainer Kaluscha; Lena Tepohl 552
Veränderung der subjektiven Reintegrationsprognose im Verlauf des ersten Intervalls der medizinischen Rehabilitation im rehapro-Projekt FREEMI
Jens Knispel; Viktoria Arling 554
Vergleich der Bewilligungsdiagnosen bei EM-Berentungen mit dem Fokus auf Alkoholerkrankungen
Sebastian Bernert; Maxi Mari Bergenroth 557
Wege aus der Alkoholabhängigkeit zurück ins Sozial- und Erwerbsleben – eine retrospektive Datenanalyse
Verena Kakuschke; Janusz Surzykiewicz; Joachim Thomas; Fanny Loth 559

Poster: Therapeutische Leistungen 562
Adipositas: Implementierung und Evaluation des Curriculum Adipositas der Deutschen Rentenversicherung in der Rehabilitation
Hilke Weichert; Nicola Voicu; Henrik Gutowski..... 562
Aktuelle Empfehlungen der DGRh-Kommission Komplementäre Heilverfahren zur Ernährung bei rheumatischen Erkrankungen
Monika Reuß-Borst; Andreas Michalsen; Inna Frohne; Mandy Gläß; Alexander Pfeil; Olaf Schultz; Olga Seifert; Oliver Sander; Gernot Keyßer 564
Fibro-Aktiv: Trainingsprogram für Patient*innen mit schwerer Fibromyalgie – Evaluation und systematische Literatursuche
Martin Gehlen; Nina Göhle; Tim Below; Shahin Zolfaghari; Michael Schwarz-Eywill .. 566
Intervalltraining oder kontinuierliches Ausdauertraining bei Cystischer Fibrose: Effekte auf die körperliche Leistungsfähigkeit während einer Reha-Maßnahme
Wolfgang Gruber; Jana Koop; Franziska Anna Hägele; Christian Falkenberg; Stefan Dewey; Burkhard Weisser; Anja Bosy-Westphal..... 568
Welchen Effekt hat die Anwendung von neuen Gamification-Produkten auf die Handfunktion bei orthopädischen Reha-Patienten? Eine monozentrische Studie
Heithem Ben Abdallah; Heinz-Herbert Homann; Tobias Ohmann; Christian Schmitz; Janina-Sophie Tennler..... 570
Poster: Weiterentwicklung des Reha-Systems 572
Eine Forschungsagenda für die angewandte Rehabilitationsforschung in der Pensionsversicherung
Doreen Stöhr; Martin Matzka; Isabella Hager; Monika Mustak-Blagusz; David Felder 572
Entwicklung und Konsentierung des ReCoVer-Handlungskatalogs zur Bewältigung pandemiebedingter Herausforderungen in der medizinischen Rehabilitation
Kübra Annaç; Jana Fieselmann; Diana Wahidie; Sabahat Ölcer; Anna Audia; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska..... 574
Herausforderungen und Bedarfe in der COVID-19-Rehabilitation aus Sicht von Patient*innen und Mitarbeitenden von Rehakliniken
Jana Stucke; Stefanie Gillitzer; Isabel Meier; Thorsten Meyer-Feil 576
Identifikation und Entwicklung von curricularen Lehr- und Lernmaterialien für die arbeitsmarktorientierte Beratung von Menschen mit geistigen Behinderungen in WfBM und Arbeitgeber*innen – ein Beitrag zur Teilhabeforschung des Include³-Projekts
Silvia Keller; Jenny Schulz..... 578
Teilnahme an einem Begleitpersonenprogramm in der Kinderrehabilitation. Einblicke in die Erfahrungswelten von Begleitpersonen
Judith Stumm; Sandra Fahrenkrog; Laura Klüpfel; Karla Spyra 580

Länger arbeiten – (nur) eine Frage der Gesundheit? Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zum Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand

Hans Martin Hasselhorn

Bergische Universität Wuppertal

Der demografische Wandel ist nun in eine neue Phase eingetreten: Derzeit befinden sich gut 9 Millionen erwerbstätige Babyboomer in Deutschland in einer Lebensphase, in der sich der Erwerbsausstieg zunehmend als realistische Option und Alternative zu ihrer Erwerbstätigkeit anbietet. Hierzulande entscheiden sich die meisten älteren Erwerbstätigen für einen frühen Ausstieg, meist deutlich vor Erreichen der Regelaltersgrenze.

Was ist es, das unter den Babyboomern den Wunsch auslöst, das Erwerbsleben so frühzeitig verlassen zu wollen, obwohl doch übergreifende gesellschaftliche Sachverhalte eine Weiterbeschäftigung nahelegen würden? Und welche Rolle spielen dabei die Gesundheit und die Arbeit?

Die lidA-Studie (leben in der Arbeit, www.lida-studie.de) begleitet seit 2011 die Babyboomer-Generation in Deutschland bei ihrem Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand. Aktuelle Ergebnisse dieser Befragungsstudie, die repräsentativ gezogene Stichproben verwendet (Welle 4, 2022/23, N=8.884), erlauben es, einen tieferen Blick auf die heutige Erwerbsperspektive der Babyboomer zu werfen.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass in Deutschland nach wie vor eine „Kultur des Frühausstiegs“ vorherrscht. Die meisten Babyboomer (hier: die 1959 und 1965 Geborenen) würden gerne frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden, deutlich vor ihrer Regelaltersgrenze und vor dem Zeitpunkt, bis zu dem sie arbeiten könnten. Gleichzeitig scheint sich ein kleiner Teil der auf die Babyboomer folgenden Generation (hier: die im Jahr 1971 Geborenen) bereits darauf einzustellen, etwas länger erwerbstätig zu sein. Bei den genannten Gründen für den Wunsch nach einem frühen Erwerbsausstieg dominiert der Wunsch nach Selbstbestimmung und das Gefühl eines inzwischen erworbenen Anspruchs auf den frühen Ausstieg (siehe Abbildung). Die Gründe „anstrengende Arbeit“ und „gesundheitliche Probleme“ folgen erst an vierter und fünfter Stelle. Weitere Ergebnisse bestätigen, dass der Wunsch nach Selbstbestimmung auch die Gründe für den erfolgten frühzeitigen Erwerbsausstieg in die Altersrente dominiert.

Abb. 1: Gründe für den Frühausstiegswunsch bei älteren Beschäftigten im Alter von ca. 51, 57 bzw. 63 Jahren, die angegeben haben, nur bis zu einem Alter von höchstens 64 Jahren arbeiten zu wollen. lidA-Studie, Welle 4, 2022/23. Anzahl Befragte: n = 4.680.

Rolle der Gesundheit

Gesundheit gilt gemeinhin als einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf den Zeitpunkt des Erwerbsaustritts: Es ist bekannt, dass ältere Beschäftigte mit schlechter Gesundheit eher früher und solche mit guter Gesundheit eher später in den Ruhestand gehen. Folglich verweisen Politik und Wirtschaft gern auf die Notwendigkeit der Förderung der Gesundheit der (älteren) Beschäftigten, wenn es um die Verlängerung der Lebensarbeitszeit geht. Doch im höheren Erwerbsalter ist der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Erwerbsteilhabe gar nicht immer so eindeutig (s.o.). Studienergebnisse zeigen, dass sowohl eine schlechte Gesundheit als auch eine gute Gesundheit Gründe dafür sein können, vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszuscheiden. Gleichzeit arbeiten so manche ältere Beschäftigte mit schlechter Gesundheit weiter – weil sie dies *wollen*, *können* oder weil sie dies *müssen*.

Rolle der Arbeit

Auch wenn die *Arbeit* nicht als häufigster Grund für den frühen Ausstiegswunsch und den tatsächlich erfolgten frühen Erwerbsausstieg genannt wird, hat sie eine Schlüsselrolle, wenn es darum geht, mehr Menschen länger im Erwerbsleben zu halten. Die Ergebnisse der lidA-Studie deuten einige betriebliche Ansatzpunkte zur längeren Bindung älterer Beschäftigter an. Hierzu gehören betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Arbeitsfähigkeit und Gesundheit, die von denen, die sie erhalten, allermeist als *hilfreich* beurteilt werden. Jedoch werden nur selten angeboten. Insbesondere aber sollte in regelmäßigen Gesprächen zwischen Vorgesetzten und ihren älteren Beschäftigten deren Perspektive auf die letzten Arbeitsjahre thematisiert werden.

Schlussfolgerungen für Betrieb und Politik

Die weitere Förderung der Gesundheit (älterer) Beschäftigter ist wichtig, aber die meisten Beschäftigten verlassen das Erwerbsleben nicht, weil sie nicht mehr arbeiten *können*, sondern weil sie nicht mehr erwerbstätig sein *wollen*. Wenn Politik und Wirtschaft in Deutschland das Ziel verfolgen, dass ältere Beschäftigte länger im Erwerbsleben verbleiben, muss es ihnen gelingen, diese dazu zu bringen, länger arbeiten zu *wollen*. Dies kann nicht

ohne grundlegende Betrachtung (oft: Verbesserung) der Arbeitsbedingungen geschehen. Das zentrale Setting werden also die Betriebe sein, die hier eine Reihe von Ansatzpunkten hätten; die Politik sollte hier unterstützend beitragen.

Schlussfolgerungen für die Forschung

Eine Aufgabe der Wissenschaft ist es, die Komplexität des Übergangs vom Arbeitsleben in den Ruhestand zu erkennen, beschreiben und möglichst gut zu verstehen. Dies gilt nicht zuletzt für das Zusammenspiel von *Arbeit*, *Gesundheit* und *Erwerbsteilhabe*. Die *Arbeit* stellt sich dabei sowohl als Teil des Problems (schlechte Arbeit demotiviert die älteren Beschäftigten) wie auch als Teil der Lösung dar (gute Arbeit motiviert und bindet ältere Beschäftige, erleichtert Wiedereingliederung). Seit 2011 bildet die lidA-Studie die Faktoren *Arbeit*, *Gesundheit* und *Erwerbsteilhabe* und deren Wechselspiel unter älteren Beschäftigten detailliert ab. Ein Scientific Use File, der alle vier Erhebungswellen umfasst, soll ermöglichen, dass dieser Datens(ch)atz nicht nur vom lidA-Team, sondern künftig von weiten Kreisen der Wissenschaft genutzt werden kann.

Entwicklung und dimensionale Validierung einer 7-Säulen-Resilienzskala für den Berufskontext (RB-30)

Jens Knispel; Veneta Slavchova; Fee Kahlhofer; Viktoria Arling

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Beschäftigte sind im Berufsleben verschiedenen Belastungen bzw. Stressoren ausgesetzt. Als Beispiele sind hohe Arbeitsbelastung, Überstunden, knappe Fristen, fehlende Autonomie oder organisationale Veränderungen zu nennen. Im Sinne des Belastungs-Beanspruchungs-Modells (Neuner, 2016) wirken sich diese Stressoren jedoch bei Menschen hinsichtlich der Beanspruchung unterschiedlich aus (z.B. Arbeitszufriedenheit, Risiko der Entstehung psychischer Erkrankungen). In diesem Rahmen stellt Resilienz als psychische Widerstands- bzw. Anpassungsfähigkeit eine wichtige Moderatorvariable zwischen Belastung und Beanspruchung dar (Liu et al. 2020).

Zur Identifikation von Trainingsbedarfen bzgl. der individuellen Resilienz bedarf es einer geeigneten Diagnostik. In der beraterischen Praxis wird häufig ein 7-Säulen-Modell der Resilienz angenommen: Optimismus, Akzeptanz, Lösungsorientierung, Selbstfürsorge, Netzwerkorientierung, Verantwortungsübernahme und Zukunftsplanung (RUV, 2023). Bestehende Fragebögen erfassen das Konstrukt der Resilienz in der Regel jedoch nur einfaktoriell und ohne ausdrücklichen Berufsbezug.

Ziel der vorliegenden Studie war es daher, eine Resilienzskala für den Berufskontext zu entwickeln und in Bezug auf die unterstellte siebenfaktorielle Struktur dimensional zu überprüfen.

Methoden

Auf Basis der theoretischen Definitionen des 7-Säulen-Modells entwickelten die Autor:innen einen Itempool (z.B. Selbstfürsorge: „Ich höre auf meinen Körper und gönne ihm Ruhepausen vom Beruf“). Die Beantwortung des Fragebogens erfolgte anhand einer 6-stufigen Likertskala von 1: „stimme überhaupt nicht zu“ bis 6: „stimme voll und ganz zu“. Die Instruktion des Fragebogens lautete: „Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu Ihren Einstellungen und Ihrer Haltung gegenüber Ihrem Beruf und Ihrem sozialen Umfeld. Bitte geben Sie das Ausmaß Ihrer persönlichen Zustimmung an.“

Die Akquise der Studienteilnehmer:innen erfolgte über soziale Netzwerke in Form einer Online-Umfrage. Der Fragebogen wurde von 906 berufstätigen Personen ausgefüllt (Geschlecht: 615 Frauen, 285 Männer, 6 diverse Personen; durchschnittliches Alter: 38.98 Jahre, SD = 13.58 Jahre). Die dimensionale Überprüfung wurde anhand einer konfirmatorischen Faktorenanalyse mittels des R-Packages „lavaan“ (Rosseel, 2012) durchgeführt. Die Bewertung des Modells orientiert sich an der konservativen Bewertung von Modellfit-Parametern (CFI > .95, RMSEA < .05, SRMR < .05, vgl. Hu & Bentler, 1999).

Ergebnisse

Zur Berechnung der konfirmatorischen Faktorenanalyse kam ein τ-kongenerisches, unrestringiertes Sieben-Faktoren-Modell mit MLM-Schätzer zum Einsatz. Für die 30 Items ergab sich ein sehr guter Modellfit für die Sieben-Faktoren-Struktur (CFI = .95, RMSEA = .039 [90% KI: .037-.042], RMSEA <.05,*p*<.001, SRMR = .042; vgl. Abb. 1).

Abb. 1: Sieben-Faktoren Modell auf Basis von 30 Items. Die Faktoren bilden die Subskalen Optimismus (O), Akzeptanz (A), Lösungsorientierung (L), Selbstfürsorge (S), Netzwerkorientierung (N), Verantwortungsübernahme (V) und Zukunftsplanung (Z) ab. Die Abbildung zeigt die Parameter der latenten Faktoren und der manifesten Indikatoren. Modellgüte: $\chi^2(384, N = 906) = 927.678$, $p < .001$; CFI = .950; RMSEA = .039 [90% KI: .037-.042], RMSEA < .05, *p* < .001; SRMR = .042.

Die Interkorrelationen zwischen den sieben latenten Faktoren lagen im Mittel bei .273 (Spanne: .071 - .510). In diesem Sinne kann man schlussfolgern, dass die sieben Faktoren nicht redundant zueinander sind. Somit hat jede Säule eine eigenständige Aussagekraft. Als Gegenprobe wurden die 30 Items in Bezug auf eine mögliche einfaktorielle Struktur überprüft. Der Modellfit erwies sich als unzureichend (CFI = .485, RMSEA = .123 [90% KI: .121-.147, SRMR = .124) und untermauert damit die Gültigkeit des 7-Faktor-Modells.

Zusätzliche Messinvarianzanalysen ergaben darüber hinaus, dass die 7- Faktor- Skalenstruktur unabhängig vom Geschlecht der Befragten einen guten Fit aufwies. Die Reliabilitäten der Subskalen waren als gut bis sehr gut einzuschätzen (Cronbachs Alpha von .79-.90).

Diskussion und Fazit

Mit der vorliegenden Studie konnte nachgewiesen werden, dass die in der Literatur theoretisch angenommenen sieben Säulen sich mittels der entwickelten Items messbar abbilden lassen. Die mehrdimensionale Struktur ist der eindimensionalen Betrachtung gegenüber methodisch deutlich überlegen. Inhaltlich liegt eine ausdrückliche Stärke der Skala darin, dass sie die Resilienz speziell für den Berufskontext erfassbar macht.

Durch die Mehrdimensionalität und den Berufsbezug wird die Ableitung passgenauer Trainings- und Fördermaßnahmen bzgl. psychischer Widerstands- bzw. Anpassungsfähigkeit

im Arbeitsleben erleichtert. Damit kann die Skala zur nachhaltigen Sicherung beruflicher Teilhabe sinnvoll Anwendung finden.

Take-Home-Message

Mit der RB-30 liegt eine dimensional valide Skala zur Erfassung des 7-Säulen-Modells der Resilienz im Berufskontext vor.

Literatur

Hu, L. T., Bentler, P. M. (1999): Cutoff criteria for fit indexes in co-variance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural Equation Modeling, 6(1), 1–55.

Liu, J. J. W., Ein, N., Gervasio, J., Battaion, M., Reed, M. (2020): Comprehensive meta-analysis of resilience interventions. Clinical Psychology Review, 82, 101919.

Neuner, R. (Hrsg.) (2016): Grundlagen. In: Psychische Gesundheit bei der Arbeit. Springer Gabler, Wiesbaden.

Rosseel Y (2012): “lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling.” Journal of Statistical Software, 48(2), 1–36.

RUV (2023): Die 7 Säulen der Resilienz: So meistern Sie Herausforderungen im Leben. URL: https://www.ruv.de/gesundheit/resilienz-staerken, Abruf: 21.09.2023.

Messeigenschaften des SELF bei Patienten mit muskulo-skelettalen Erkrankungsfolgen: eine schweizerisch-österreichische prospektive Multizenterstudie

Martin Schindl[1]; Daniel Riese[2]

[1] AUVA-Rehabilitationszentrum Weißer Hof; [2] Klinik Valens

Hintergrund und Zielstellung

Der SELF (Selbsteinschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit) von Janssen et al. (2016) ist ein bildbasierter Fragebogen zur Bestimmung der selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit bei Patienten mit muskuloskelettalen Störungen. Bisher wurde nur eine Studie (Burrus et al., 2022) zur Bestimmung der Minimally Clinically Important Difference (MCID) durchgeführt, die sich jedoch ausschließlich auf verteilungsbasierte Methoden stützte. Das Hauptziel unserer Studie bestand darin, die MCID anhand eines ankerbasierten Ansatzes zu ermitteln.

Methoden

In einer prospektiven multizentrischen Studie wurden insgesamt 243 Patienten mit muskuloskelettalen Störungen aus drei schweizerischen und einer österreichischen Rehabilitationsklinik rekrutiert. Zur Ermittlung der MCID wurde eine ankerbasierte Analyse anhand des HAQ durchgeführt. Dabei wurde die MCID des HAQ von 0.220 (Redelmeier, Lorig, 1993) als Referenzwert herangezogen. Beide Fragebögen wurden den Patienten zu Beginn und am Ende des stationären Rehabilitationsaufenthaltes vorgelegt

Nach Prüfung der Parametrik erfolgte die Bestimmung der Korrelation zwischen SELF und HAQ mittels Korrelationskoeffizienten. Die Bestimmung der Vorhersagegenauigkeit erfolgte

mittels eine Receiver Operating Characteristic (ROC)-Analyse, bei welcher der HAQ als externer Anker diente. Die MCID des SELF wurde durch die Berechnung des Youden Index (Youden, 1950) ermittelt, um den optimalen cut-off-Wert auf der ROC-Kurve zu bestimmen (Zweig, Campbell, 1993).

Ergebnisse

Die soziodemographischen Daten sind in Tab. 1 zusammengefasst.

Die Mehrzahl der Patienten arbeitete in körperlich belastenden Berufen (Arbeitsschwere bei 17.7% Gewichten < 5kg). Der Median des SELF lag bei Aufnahme bei 55 Punkten (IQR: 42 – 65) und der Median des HAQ bei 0.875 (IQR: 0.375 – 1.125).

Am Ende des stationären Rehabilitationsaufenthaltes wurde eine signifikanten Zunahme des SELF und des HAQ festgestellt (SELF: 60.8 (IQR: 58.8-62.7), $p < 0.0001$, HAQ: 0.602 (0.537- 0.668), $p < 0.0001$).

Gruppengröße und - verteilung:

Insgesamt wurden 122 Patienten (50,21%) anhand des HAQ-Ankerkriteriums der "positiven" Gruppe und 121 Patienten (49,79%) der "negativen" Gruppe zugeordnet.

Korrelationsanalyse

Es zeigte sich eine deutlich negative Korrelation zwischen HAQ und SELF $r=-0.6305$ ($p < 0.0001$). 95% CI: -0.7007 to -0.5481.

ROC Analysis:

Die Analyse der ROC zeigte eine Fläche unter der Kurve (AUC) von 0,743 +/- 0,0322 (95% Konfidenzintervall: 0,683 - 0,797). Die z-Statistik von 7,546 bei einem Signifikanzniveau von $p < 0,0001$ wies auf die Signifikanz der Abweichung von AUC von 0,5 hin.

Optimaler Cut-off Weret:

Der Youden Index betrug $J = 0.4330$ für den korrespondierenden Kriteriumswert von > 8 auf der SELF Skala. An dieser Schwelle lag die Sensitivität bei 60.66% und die Spezifität bei 82.64%

Diskussion und Fazit

Der mediane HAQ bei Aufnahme von 0,875 weist auf eine mittelgradige Beeinträchtigung hin. Der Median des SELF bei Aufnahme von 52.6 Punkten entspricht einer selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit für eine leichte körperliche Belastung von 5-10kg.

Es besteht eine moderat starke Korrelation zwischen der Differenz der Eintrittsmessungen von SELF und HAQ. Unter Verwendung eines ankerbasierten HAQ-MCID-Werts von 0,220 wurde das Patientenkollektiv in annähernd gleich große Gruppen bezüglich einer positiven und einer negativen Gruppenzugehörigkeit unterteilt.

Stärken der Studie:

Eine ausreichend hohe Fallzahl und das prospektive, multizentrische Studiendesign stellen die Stärken der Studie dar.

Schwächen der Studie:

Eine Einbindung Deutscher Rehabilitationseinrichtungen hätte die Generalisierbarkeit der Ergebnisse für den deutschsprachigen Raum zusätzlich erhöht.

Take-Home-Message

Der SELF weist in Bezug auf die Alltagsbeeinträchtigung gemessen anhand des HAQ eine ausreichend hohe Sensitivität und Spezifität auf. Ein Wert von > 8 Punkten stellt somit in einem Patientenkollektiv mit muskuloskelettalen Erkrankungen die minimal detektierbare klinisch relevante Veränderung dar.

	Overall
N	243
Age (median, IQR)	46 (34-54)
Sex, female (N, %)	
female	89 (36.6%)
male	154 (63.4%)
primary symptoms (N, %)	
lumbar spine	90 (35.4%)
thoracic spine	1 (0.4%)
cervical spine	24 (9.4%)
upper limb	51 (20.1%)
lower limb	77 (30.3%)
>1 symptom area	76 (29.9%)
Workload (DOT)	
<5kg	43 (17.7%)
5-15kg	52 (21.4%)
15-25kg	51 (21%)
25-45kg	58 (23.8%)
>45	39 (16%)
Sick listed	
yes	207 (85.2%)
no	21 (8.6%)
parttime	15 (6.2%)
Duration of sick leave (median IQR)	98 (69-165)

Tab. 1: Soziodemographische Daten

Abb. 1: Area under the ROC curve (AUC)

Literatur

Janssen, S., Trippolini, M. A., Hilfiker, R., Oesch P. (2016): Development of a modofied version of the spinal function sort (M-SFS): A mixed method approach. J Occup Rehabil 2016; 26: 253-263.

Burrus, C., Vuistiner, P., Léger, B., Luthi, F. (2021): Detemination of perceived levels of physical work demands thresholds, and reliability and responsiveness of the modified-spinal function sort questionnaire in a multidsiciplinary occupational setting. J Occup Rehabil. 2021 Mar 24. doi:10.1007/s10926-021-09968-5.

Redelmeier, D. A., Lorig, K. (1993): Assessing the clinical importance of symptomatic improvements. An illustration in rheumatology. Arch Intern Med. 1993 Jun 14;153(11):1337-42. PMID: 8507124.

Youden, W. J. (1950): Index for rating diagnostic tests. Cancer, 3(1), 32-35.

Zweig, M. H., Campbell, G. (1993): Receiver-operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine. Clinical Chemistry, 39(4), 561-577.

Selbstauskunft, Fremdbeurteilung oder beides? Screening und Interview in der Beschwerdenvalidierung

Dilek Dorn; Axel Kobelt-Pönicke

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Hintergrund und Zielstellung

In sozialmedizinischen Begutachtungen sollten psychisch bedingte Beschwerden auf Nachvollziehbarkeit geprüft werden. Der SIRS2 ist ein Fremdbeurteilungsverfahren und gilt in den USA aufgrund seiner optimalen Testkennwerte als Goldstandard. In verschiedenen internationalen Studien weist der SIRS-2 eine sehr hohe Spezifität, jedoch eine geringere Sensitivität zwischen 36,8% in einer forensisch-psychiatrischen Stichprobe, 66,7% im Simulationsdesign und 80% in einer klinischen Stichprobe auf (Green et al., 2013). Bisher gibt es nur wenige Studien zum SIRS-2 in Deutschland.

Der SIRS-2 (Schmidt et al., 2019) soll mit bereits in der Routine eingesetzten Screeningverfahren (SFSS, BEVA (Walter et al., 2016)) hinsichtlich der Quote ermittelter authentischer und nicht authentischer Antworten im Rahmen der Begutachtung von Versicherten verglichen werden, die einen Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung gestellt haben.

Methoden

Die psychiatrische Begutachtung wurde durch das Interview SIRS-2 und eine testpsychologische Untersuchung (SFSS, BEVA, PHQ9) ergänzt. Ergänzend füllten die Versicherten einen Fragebogen aus, in dem soziodemographische Angaben gemacht und Fragen zu vorangegangenen Rehabilitationsleistungen, Schul- und Berufsausbildung und dem Migrationshintergrund beantwortet werden sollten. Die von den Versicherten gemachten Angaben zur Einnahme von Psychopharmaka wurden durch den Serumspiegel überprüft.

Die Stichprobe (n=100) bestand aus Versicherten, die einen Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung aufgrund einer psychischen Erkrankung gestellt hatten. Das Interview SIRS-2 sowie die testpsychologische Untersuchung wurden im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung in einer Untersuchungsstelle der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Hildesheim sowie vom Datenschutzbeauftragten der Deutschen Rentenversicherung BS-H genehmigt.

Ergebnisse

Wir fanden signifikante niedrige bis mittlere Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen des SIRS2 und dem BEVA sowie dem SFSS. Die höchsten Korrelationen wurden erwartungsgemäß für die Skalen erreicht, die den Konstruktionsprinzipien von BEVA und SFSS entsprechen. So werden in der Skala „Offenkundige Beschwerden“ vor allem Laienvorstellungen von psychischen Erkrankungen formuliert, in der Skala „Subtile Beschwerden“ Symptome angegeben, die in der Allgemeinbevölkerung häufig vorkommen, aber nicht pathologisch sind, während in der Skala „Selektive Beschwerden“ untypische Beschwerden bei nicht authentischem Antwortverhalten angekreuzt werden. Auch die Aufzählung seltener Beschwerden, die in klinischen Populationen kaum vorkommen, entspricht den beiden Screenings.

Die niedrigen Korrelationen zwischen den dichotomisierten Skalen (authentisches vs. nicht authentisches Antwortverhalten) weisen darauf hin, dass sich die Klassifizierung authentischer und nicht authentischer Antwortmuster zwischen den Instrumenten in unserer Stichprobe erheblich unterschied. Während der SIRS-2 18% der Antwortenden als nicht authentisch klassifizierte, wurden im BEVA 30% und im SFSS sogar 64% als nicht authentisch eingeordnet.

Diskussion und Fazit

Wir konnten die von Schmidt berichteten hohen Korrelationen zwischen SFSS und SIRS-2 in unserer Stichprobe nicht bestätigen. Tarescavage und Glassmire (2016) konnten zeigen, dass die Revision des SIRS zu einer deutlichen Verringerung der Sensitivität des SIRS2 geführt hat, was vor allem auf die dem SIRS2 zugrunde liegenden Entscheidungsregeln und die mangelnde Konstruktvalidität mancher Skalen zurückgeführt wird. Zweifel an der Authentizität bzw. der Nachvollziehbarkeit der geäußerten Beschwerden sollten nicht allein mit dem Ergebnis eines Beschwerdenvalidierungstest begründet werden, vor allem deshalb nicht, weil die Entscheidung nur auf der Basis einer empirischen Wahrscheinlichkeit getroffen werden kann (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 7.9.2022 – L 2 R 235 / 21).

Limitationen: Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Einschätzung des Leistungsvermögens von den Ergebnissen der Tests beeinflusst war, da sie der Gutachterin bekannt waren. Daher kann das Begutachtungsergebnis nicht als Validierung der Instrumente gewertet werden.

Take-Home-Message

Es gilt, die Testwerte gegenüber dem klinischen Eindruck abzuwägen und zu entscheiden, welche Kriterien schwerwiegender sind, wobei zwischen der Glaubwürdigkeit im juristischen Sinne und der mangelnden Nachvollziehbarkeit der beklagten Beschwerden (Konsistenzprüfung) unterschieden werden muss.

Literatur

Green, D., Rosenfeld, B., Belfi. B. (2013): New and Improved? A Comparison of the Original and Revised Versions of the Structured Interview of Reported Symptoms. Assessment, 20. 210–218.

Schmidt, T., Watzke, S., Lanquillon, S., Stieglitz, R. (2019): SIRS-2. Structured Interview of Reported Symptoms: Structured Interview of reported Symptoms -2; deutschsprachige Adaptation des Structured Interview of Reported Symptoms, 2nd edition, von Richard Rogers, Kenneth W. Sewell und Nathan D. Gillard. Göttingen: Hogrefe.

Tarescavage A., Glassmire, D. (2016): Differences between Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) and SIRS-2 sensitivity estimates among forensic inpatients: A criterion groups comparison. Law and Human Behavior, 40.488–502.

Walter, F., Petermann, F., Kobelt, A. (2016): Erfassung von negativen Antwortverzerrungen – Entwicklung und Validierung des Beschwerdenvalidierungstests BEVA. Die Rehabilitation, 3. 1-9.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen sind Mitarbeiter:innen der Deutschen Rentenversicherung

Validierung arbeitsbezogener Situationsbeschreibungen als Trainingsgrundlage zur Förderung berufsbezogener sozialer Kompetenzen

Viktoria Arling; Jens Knispel; Veneta Slavchova

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Soziale Kompetenzen stellen eine zentrale Kernkompetenz im Arbeitsleben dar: Sie leisten einen wichtigen Beitrag für eine erfolgreiche Kommunikation zwischen Beschäftigten, Vorgesetzten und Kund:innen. Fehlt es an diesen, so ist die berufliche Teilhabe gefährdet und der Wiedereinstieg nach Inanspruchnahme einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme deutlich erschwert. Insofern lohnt es sich, soziale Kompetenzen in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (z.B. Berufsförderungswerke, Berufstrainingszentren) zu trainieren.

Das Training sozialer Kompetenzen erfolgt in der Regel mit Hilfe von Rollenspielen mit vorgegebenen Situationen. Um die Akzeptanz von Teilnehmer:innen der beruflichen Rehabilitation für solche Übungen zu erhöhen, hat die Autorengruppe ein Set an berufsbezogenen Situationsbeschreibungen inklusive Verhaltensinstruktionen entwickelt und erprobt (Arling et al., 2023).

Ziel dieser Studie war es, die Situationsbeschreibung konvergent anhand einer Stichprobe von Beschäftigten zu validieren. Hieraus leiteten sich drei Fragestellungen ab:

1. Fragestellung: Wie hängen die Einschätzungen der berufsbezogenen Situationsbeschreibungen mit der beruflichen Resilienz zusammen?
2. Fragestellung: Wie hängen die Einschätzungen der berufsbezogenen Situationsbeschreibungen mit berufsbezogener sozialer Unsicherheit zusammen?

3. Fragestellung: Wie hängen die Einschätzungen der berufsbezogenen Situationsbeschreibungen mit der Ablehnungssensitivität im Kontext sozialer Situationen zusammen?

Methoden

Die in Arling et al. (2023) entwickelten Situationsbeschreibungen umfassen jeweils 12 Vignetten für die Situationstypen „Recht durchsetzen“, „Beziehungspflege“ und „Sympathieerwerb“. Die Befragten waren angehalten, entsprechende Situationen bzw. Verhaltensinstruktionen hinsichtlich ihrer Schwierigkeit auf einer Skala von 0% bis 100% einzuschätzen.

Zur konvergenten Validierung kam ein siebendimensionaler Fragebogen zur Erfassung berufsbezogener Resilienz zum Einsatz (RB-30, Knispel et al., submitted). Entsprechende Aussagen wurden von einer Skala von 1: „stimme überhaupt nicht zu“ bis 6: „stimme voll und ganz zu“ eingeschätzt. Die berufsbezogene soziale Unsicherheit (BSU) wurde mit acht Aussagen erfasst, die in Anlehnung an den Unsicherheitsfragebogen von Ullrich und Muynck (2001) von der Autorengruppe entwickelt wurden (Einschätzung von 1: „stimmt gar nicht“ bis 5: „stimmt vollkommen“). Zur Erfassung der Ablehnungssensitivität in sozialen Situationen kam der RSQ-9 von Staebler et al. (2011) zum Einsatz (Skalierung von +1 bis -6).

An der Online-Studie nahmen 246 berufstätige Personen teil (191 weiblich (77.6%), 55 männlich (22.4%), durchschnittliches Alter: AM = 39.75 Jahre, SD = 11.73 Jahre). Es wurden unterschiedliche Akquisekanäle genutzt (z.B. soziale Medien, Direktansprache).

Ergebnisse

Die deskriptiven Statistiken und Interkorrelationen zur konvergenten Validierung der berufsbezogenen Situationsbeschreibungen mitsamt ihrer Verhaltensinstruktionen sind Tab. 1 zu entnehmen.

Im Sinne der o.g. Fragestellungen ergeben sich erwartungskonforme Ergebnisse. Die Korrelationen sind statistisch signifikant und liegen im kleinen bis mittleren Bereich. Je leichter die Schwierigkeitseinschätzung der Situationstypen „Recht durchsetzen“, „Beziehungspflege“ und „Sympathieerwerb“ ausfallen, desto beruflich resilienter schätzen sich die Befragten ein (Fragestellung 1). Darüber hinaus gilt, dass eine ausgeprägtere berufliche soziale Unsicherheit (Fragestellung 2) und eine größere Ablehnungssensitivität (Fragestellung 3) mit einer höheren Schwierigkeitseinschätzung der Situationstypen einhergeht.

Tab. 1: Korrelationstabelle zur konvergenten Validierung der berufsbezogenen Situationsbeschreibungen und Verhaltensinstruktionen zur Erfassung der Facetten sozialer Kompetenzen.

			Berufsbezogene Situationsbeschreibungen (subjektive Einschätzung, wie leicht die Umsetzung entsprechendem Verhaltens in der vorgegebenen Situation fällt) [1]		
Konstrukt	**Skala**	**AM (SD)**	**Recht durchsetzen**	**Beziehungs-pflege**	**Sympathie-erwerb**
Optimismus	RB-30[2]	4.37 (0.96)	.378***	.350***	.433***
Akzeptanz		4.03 (1.17)	.288***	.329***	.341***
Lösungsorientierung		4.61 (0.78)	.331***	.378***	.377***
Selbstfürsorge		3.83 (1.25)	.316***	.303***	.343***
Netzwerkorientierung		4.34 (1.02)	.296***	.244***	.294***
Verantwortungsübernahme		5.18 (0.58)	.304***	.313***	.286***
Zukunftsplanung		3.65 (1.23)	.170***	.222***	.272***
Berufsbezogene soziale Unsicherheit	BSU[3]	2.01 (0.69)	-.478***	-.454***	-.482***
Ablehnungssensitivität	RSQ-9[4]	9.59 (3.97)	-.360***	-.505***	-.497***
		AM (SD)	78.10% (20.12%)	65.33% (23.56%)	67.33% (20.65%)

Anmerkungen: N = 246; Pearson-Korrelation (zweiseitig): *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$;
[1] Berufsbezogene Situationsbeschreibungen und Instruktionen: Schwierigkeitseinschätzung von 0% - 100%; umgepolt: je höher der Wert, desto leichter fällt die entsprechende Situation
[2] *RB-30 – berufliche Resilienz*: (1) „stimme überhaupt nicht zu" bis (6) „stimme voll und ganz zu"; Beispielitem Selbstfürsorge: „Ich höre auf meinen Körper und gönne ihm Ruhepausen vom Beruf"
[3] BSU – Berufsbezogene soziale Unsicherheit: (1) „stimmt gar nicht" bis (5) „stimmt vollkommen"
[4] RSQ-9 – Ablehnungssensitivität: -1 bis +6

Diskussion und Fazit

Mit der vorliegenden Studie konnte nachgewiesen werden, dass die arbeitsbezogener Situationsbeschreibungen und Instruktionen konvergent valide sind. D.h., Befragte, die die Bewältigung sozialer Situationen als schwierig einschätzen, schreiben sich weniger berufliche Resilienz, größere soziale Unsicherheiten und mehr Ablehnungssensitivität zu. Dies unterstreicht neben dem ausdrücklichen Berufsbezug die inhaltliche Eignung der Situationsbeschreibungen für ein Training sozialer Kompetenzen. In diesem Sinne ist ein Einsatz im Kontext der beruflichen Rehabilitation empfehlenswert. Auf diese Weise kann die berufliche Teilhabe nachhaltig gefördert werden.

Take-Home-Message

Mit den entwickelten arbeitsbezogenen Situationsbeschreibungen und Verhaltens-instruktionen liegt ein valides Set zum Training berufsbezogener sozialer Kompetenzen vor.

Literatur

Arling, V., Kosmadaki, M., Weber, A., Slavchova, V., Knispel, J. (2023): Förderung berufsbezogener sozialer Kompetenzen in der beruflichen Rehabilitation: Entwicklung arbeitsbezogener Situationsbeschreibungen als Trainingsgrundlage. In Deutsche

Rentenversicherung Bund (Hrsg.), 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Bd. 128 (S. 303-305): Hannover: DRV-Schriften.

Knispel, J., Slavchova, V., Kahlhofer, F., Arling, V. (submitted): Entwicklung und dimensionale Validierung einer 7-Säulen-Resilienzskala für den Berufskontext (RB-30): Rehabilitionswissenschaftliches Kolloquium 2024 in Bremen.

Staebler, K., Helbing, E., Rosenbach, C., Renneberg, B. (2011): Rejection sensitivity and borderline personality disorder. Clinical psychology & psychotherapy, 18(4), 275–283.

Ullrich, R., de Muynck, R. (2001): Das Assertiveness-Training-Programm ATP. Testmappe. Klett-Cotta: Stuttgart.

Auswirkungen von Krafttraining auf Fatigue während der Chemotherapiegabe bei Brustkrebspatienten: ein systematisches Review und Meta-Analyse

Jasmin Lange[1]; Oliver Klassen[2]; Konstantin Beinert[2]

[1] Erfurt; [2] Deutsche Hochschule für Gesundheit und Sport

Hintergrund und Zielstellung

Im Jahr 2020 erkrankten 2,3 Millionen Menschen weltweit an Brustkrebs (WHO, 2023). Während der medizinischen Therapie entwickeln ein Großteil der Betroffenen krebsbezogene Fatigue (CRF). Während der Chemotherapie beträgt die Prävalenz der CRF 56-95 % (de Jong et al., 2004). Sie scheint als systemische Therapie einen Einfluss auf die Muskelkraft auszuüben, wobei eine verringerte Kraft mit einer verringerten Autonomie, einer Abnahme der Lebensqualität und einer stärker ausgeprägten Fatigue assoziiert wird (Klassen et al., 2017). Besonders Anthrazykline führen während der Behandlung zu Muskelatrophien und Muskeldysfunktion (Mijwel et al., 2018). Zudem könnte eine mitochondriale Dysfunktion, ausgelöst durch Chemotherapie bedingte Schäden der Mitochondrien, ein Entstehen von Fatigue begünstigen (Buffart et al., 2020). Körperliche Aktivität und Training, z. B. in Form von Ausdauertraining, zeigten positive Auswirkungen auf den mitochondrialen Gehalt und die Ausprägung der CRF (Mijwel et al., 2018). Der Effekt von Krafttraining, vor allem als Prävention von CRF während der Chemotherapie, schien bis vor Kurzem noch nicht abschließend geklärt zu sein. Diese Übersichtsarbeit untersucht deswegen den Effekt von Krafttraining und der Kombination aus Kraft- und Ausdauertraining während der Chemotherapiegabe auf die CRF bei Brustkrebspatienten.

Methoden

Die systematische Literatursuche umfasste drei Datenbanken (PubMed, SPORTDiscus, Cochrane Database) im Juli/August 2023. Inkludiert wurden randomisierte klinische Studien (RCT) die ein supervisiertes Krafttraining oder eine Kombination aus supervisierten Kraft- und Ausdauertraining und deren Auswirkungen auf die CRF während der Chemotherapie bei Brustkrebspatienten untersuchten. Exkludiert wurden andere Formen der ärztlichen Behandlung, wie z.B. Bestrahlung, kombinierte Behandlung (wie Bestrahlung und Chemotherapie), sowie andere Krebsentitäten und Interventionen, die kein Krafttraining durchführten. Die Qualität der einzelnen Studien wurde mittels GRADE analysiert. Die Meta- Analyse poolte die Ergebnisse über die standardisierte Mittelwertdifferenz.

Ergebnisse

7 RCT wurden eingeschlossen. Drei Studien untersuchten Krafttraining und vier Studien untersuchten eine Kombination aus Kraft- und Ausdauertraining. Keine Intervention verhinderte eine CRF. Es wurde jedoch ein geringerer Anstieg im Vergleich zu den Kontrollgruppen beobachtet. Krafttraining zeigte einen gepoolten Effekt von -0,28 (95%

CI: -0,52, -0,05, p=0,02) auf die totale und in einzelnen Studien geringe Effekte auf körperliche und emotionale Fatigue. Eine Kombination aus Kraft- und Ausdauertraining zeigte einen gepoolten Effekt von -0,29 (95% CI: -0,48, -0,10, p= 0,002) auf die totale und in einzelnen Studien moderate Effekte auf die körperliche Fatigue, die Fatigue im täglichen Leben und geringe Effekte auf die emotionale und kognitive Fatigue.

Diskussion und Fazit

Betrachtet man die gepoolten Effektstärken für die totale Fatigue, scheinen sowohl Krafttraining als auch die Kombination von Kraft- und Ausdauertraining einen ähnlichen Effekt auf die totale Fatigue zu haben Diese sind jedoch aufgrund der geringen inkludierten Daten in ihrer Aussagekraft stark eingeschränkt. Betrachtet man die Effektstärken der einzelnen Studien, scheint eine Kombination aus Kraft- und Ausdauertraining dem Krafttraining bezüglich des Anstieges der körperlichen Fatigue überlegen zu sein. Es müssen weitere Studien und Daten abgewartet werden, um die Effekte neu zu bewerten.

Take-Home-Message

Ein kombiniertes Kraft- und Ausdauertraining scheint mit einem geringen bis mittleren Effekt den Anstieg der CRF abzudämpfen.

Literatur

Buffart, L. M., Sweegers, M. G., de Ruijter, C. J., Konings, I. R., Verheul, H. M. W., van Zweeden, A. A., Grootscholten, C., Chinapaw, M. J., Altenburg, T. M. (2020): Muscle contractile properties of cancer patients receiving chemotherapy: Assessment of feasibility and exercise effects. Scand J Med Sci Sports, 30(10), 1918-1929. https://doi.org/10.1111/sms.13758.

de Jong, N., Candel, M. J., Schouten, H. C., Abu-Saad, H. H., Courtens, A. M. (2004): Prevalence and course of fatigue in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. Ann Oncol, 15(6), 896-905. https://doi.org/10.1093/annonc/mdh229.

Klassen, O., Schmidt, M. E., Ulrich, C. M., Schneeweiss, A., Potthoff, K., Steindorf, K., & Wiskemann, J. (2017): Muscle strength in breast cancer patients receiving different treatment regimes. J Cachexia Sarcopenia Muscle, 8(2), 305-316. https://doi.org/10.1002/jcsm.12165.

Mijwel, S., Cardinale, D. A., Norrbom, J., Chapman, M., Ivarsson, N., Wengström, Y., Sundberg, C. J., Rundqvist, H. (2018): Exercise training during chemotherapy preserves skeletal muscle fiber area, capillarization, and mitochondrial content in patients with breast cancer. Faseb j, 32(10), 5495-5505. https://doi.org/10.1096/fj.201700968R

WHO (2023): Breast Cancer (Fact Sheet) URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer; Abgerufen: 26.10.2023; 18:42.

Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie bei Personen mit nicht-übertragbaren Erkrankungen: eine Übersichtsarbeit von systematischen Reviews

Andres Jung[1]; Wolfgang Geidl[1]; Leon Matting[2]; Lina-Marie Hössel[1]; Waldemar Siemens[3]; Gorden Sudeck[2]; Klaus Pfeifer[1]

[1] Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg; [2] Universität Tübingen; [3] Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

Biopsychosoziale Bewegungstherapiekonzepte können Rehabilitand*innen zu eigenständiger gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität über den Rehabilitations-aufenthalt hinaus unterstützen (McGrane et al., 2015). In jüngster Zeit wurden mehrere systematische Reviews veröffentlicht, in denen die Wirksamkeit von bewegungs-therapeutischen Ansätzen zur Förderung der körperlichen Aktivität bewertet wurde.

Ziel dieser Übersichtsarbeit war es, die Evidenz aus systematischen Reviews über die Wirksamkeit von Therapiekonzepten zur Förderung körperlicher Aktivität in der Bewegungstherapie bei Personen mit nicht-übertragbaren Erkrankungen zusammenzufassen.

Methoden

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Übersichtsarbeit von systematischen Reviews (Englisch: „overview of reviews“). Die Übersichtsarbeit wurde gemäß dem Cochrane-Handbuch und dem Preferred Reporting Items for Overviews Of Reviews (PRIOR)-Statement (Gates et al., 2022) durchgeführt. Das Protokoll der Übersichtsarbeit wurde am 21. Februar 2023 im Open Science Framework (OSF) registriert: https://doi.org/10.17605/OSF.IO/JFGHM. Die Datenbanken PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, PsycINFO und Scopus wurden bis 28. Februar 2023 systematisch durchsucht. Es wurde nach systematischen Reviews gesucht, die die Wirksamkeit von bewegungsförderlichen Therapiekonzepten in der Bewegungstherapie zur Steigerung der körperlichen Aktivität bei Personen mit nicht-übertragbaren Erkrankungen untersuchten. Als Endpunkte wurden die von den Personen berichtete körperliche Aktivität (z.B. Tagebuch oder Fragebogen) und gerätegestützte Messungen der körperlichen Aktivität (z.B. Schrittzähler, Beschleunigungssensor) eingeschlossen. Die Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen systematischen Reviews erfolgte mit dem AMSTAR-2 Instrument (Shea et al., 2017) und die Überlappung von Primärstudien wurde durch Berechnung des Überlappungsgrads („corrected covered area“ - CCA) erfasst und analysiert.

Ergebnisse

Es wurden 14 systematische Reviews eingeschlossen. Der Überlappungsgrad der zugrunde liegenden Primärstudien war mit einem CCA = 0,42 % sehr gering. Die meisten systematischen Reviews wiesen eine sehr niedrige (n = 5) bis niedrige (n = 7) methodische Qualität auf. Zwei Reviews wiesen eine moderate methodische Qualität auf. Von insgesamt zwölf Meta-Analysen, welche in sieben systematischen Reviews berechnet wurden, ergaben acht eine kurz- (< 3 Monate) und langfristig (≥ 6 Monate) signifikante Steigerung körperlicher Aktivitäten zugunsten bewegungsförderlicher Therapiekonzepte in der Bewegungstherapie

im Vergleich zu Kontrollinterventionen. Vier dieser Meta-Analysen wiesen klinisch relevante Effektgrößen auf. Nur drei der systematischen Reviews mit Meta-Analysen enthielten eine Bewertung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz. Drei der eingeschlossenen systematischen Reviews führten Meta-Regressions- oder Subgruppenanalysen durch, um weitergehend wirksame Techniken zur Verhaltensänderung identifizieren zu können. Demnach haben sich 13 Verhaltensänderungstechniken als wirksam erwiesen, u.a. die Formulierung von Verhaltenszielen, die Handlungsplanung, die Selbstbeobachtung von Verhaltensergebnissen, Verhaltensverträge, sowie der Einsatz gestufter Aufgaben. Aus den systematischen Reviews ohne Meta-Analyse (n = 7) konnten keine schlüssigen Aussagen bezüglich der Wirksamkeit von bewegungstherapeutischen Therapiekonzepten zur Förderung der körperlichen Aktivität abgeleitet werden.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Übersichtsarbeit deuten darauf hin, dass bewegungsförderliche Therapiekonzepte der Bewegungstherapie zur kurz- und langfristigen Verbesserung der körperlichen Aktivität bei Personen mit nicht-übertragbaren Erkrankungen wirksam sein können. Als besonders vielversprechend haben sich 13 Verhaltensänderungstechniken gezeigt, die sich für bewegungstherapeutische Konzepten für die Stärkung der Bewegungsförderung empfehlen. Die Ergebnisse bilden gemeinsam mit einem Scoping-Review zu bewegungsförderlichen Konzepten (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

Zielgerichtet eingesetzte bewegungsförderliche Therapiemaßnahmen in der Bewegungstherapie zur Verbesserung der körperlichen Aktivität bei Personen mit nicht-übertragbaren Erkrankungen scheinen sowohl kurz- als auch langfristig wirksam zu sein.

Literatur

Gates, M., Gates, A., Pieper, D., Fernandes, R.M., Tricco, A.C., Moher, D., Brennan, S.E., Li, T., Pollock, M., Lunny, C., Sepúlveda, D., McKenzie, J.E., Scott, S.D., Robinson, K.A., Matthias, K., Bougioukas, K.I., Fusar-Poli, P., Whiting, P., Moss, S.J., Hartling, L. (2022): Reporting Guideline for Overviews of Reviews of Healthcare Interventions: Development of the PRIOR Statement. BMJ, 378. e070849–e070849.

McGrane, N., Galvin, R., Cusack, T., Stokes E. (2015): Addition of Motivational Interventions to Exercise and Traditional Physiotherapy: A Review and Meta-Analysis. Physiotherapy, 101. 1–12.

Shea, B.J., Reeves, B.C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., Henry, D.A. (2017): AMSTAR 2: A Critical Appraisal Tool for Systematic Reviews That Include Randomised or Non-Randomised Studies of Healthcare Interventions, or Both. BMJ, 358. j4008–j4008.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Einfluss von Intervalltraining vs. kontinuierlichem Ausdauertraining auf die Appetitregulation und Körperzusammensetzung bei Personen mit Mukoviszidose

Jana Koop[1]; Wolfgang Gruber[1]; Franziska Anna Hägele[1]; Franca Markmeyer[1]; Christian Falkenberg[2]; Stefan Dewey[3]; Burkhard Weisser[1]; Anja Bosy-Westphal[1]

[1] Christian-Albrechts-Universität zu Kiel;
[2] Fachklinik Satteldüne; [3] Strandklinik St. Peter-Ording

Hintergrund und Zielstellung

Hochintensives Intervalltraining (High-Intensity Interval Training, HIIT) und moderates kontinuierliches Ausdauertraining (Moderate-Intensity Continuous Training, MICT) haben bei Gesunden unterschiedliche Auswirkungen auf die Appetitregulation (Hu et al., 2023) und die Körperzusammensetzung (Steele et al., 2021). Ziel der laufenden Studie ist es, den Einfluss von HIIT und MICT auf den Appetit und die Körperzusammensetzung bei Patient*innen mit Mukoviszidose (Cystic Fibrosis, CF) zu vergleichen.

Methoden

51 Patient*innen (29 Frauen/22 Männer; Alter: 40 ±10 Jahre; BMI: 23,3 ±2,8 kg/m2) mit einem ppFEV1 von 66,8 ±19,6 % nahmen an einem 3-wöchigen Trainingsprogramm (3 x pro Woche auf einem Fahrradergometer) während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme teil. Sie wurden randomisiert dem HIIT (n=25; 10 x 1 min Intervalle bei 90 % der maximalen Sauerstoffaufnahme, VO2max; 2 min 40 % VO2max nach jedem Intervall) oder MICT (n=26; 30 min bei 60 % der VO2max) zugeteilt. Die Auswirkungen auf die ad-libitum Energieaufnahme und die Essgeschwindigkeit (kcal/min) bei einer anschließenden Testmahlzeit 105 min nach der Trainingseinheit (64 % Kohlenhydrate, 23 % Fett, 13 % Protein) sowie das subjektive Appetitempfinden (visuelle Analogskalen, iAUC) innerhalb von 4 h nach dem Training wurden zu Beginn (T0) und am Ende (T1) des Interventionszeitraums gemessen. Die Körperzusammensetzung (Fettmasse, FM; fettfreie Masse, FFM in kg; Skelettmuskelmasse, SMM in kg) wurde mittels bioelektrischer Impedanzanalyse (seca mbca 525) zu beiden Zeitpunkten ermittelt.

Ergebnisse

Zu Beginn der Reha (T0) konnten keine Unterschiede in Bezug auf die ad-libitum Energieaufnahme (HIIT: 460 ±141 kcal vs. MICT: 544 ±154 kcal; $p > 0,05$, n=33) und die Essgeschwindigkeit (HIIT: 31 ±7 kcal/min vs. MICT: 38 ±11 kcal/min; $p > 0,05$, n=33) zwischen den Interventionsgruppen festgestellt werden. Bei T1 waren die ad-libitum Energieaufnahme (T1, HIIT: 483 ±130 kcal vs. MICT: 601 ±160 kcal; $p < 0,05$, n=33) und die Essgeschwindigkeit in der HIIT-Gruppe geringer als in der MICT-Gruppe (T1, HIIT: 32 ±7 kcal/min vs. MICT: 39 ±9 kcal/min, $p < 0,05$, n=33). Zu beiden Zeitpunkten unterschied sich das subjektive Appetitempfinden zwischen den Interventionsgruppen nicht ($p > 0,05$, n=32). Über den Zeitraum von 3 Wochen zeigten sich im Vergleich von HIIT und MICT keine Unterschiede in der Veränderung (Δ=T1-T0) der ad-libitum Energieaufnahme (HIIT: +23 ±101 kcal vs. MICT: +57 ±135 kcal; $p > 0,05$, n=33), der Essgeschwindigkeit (HIIT: +0,5 ±6,3 kcal/g vs. MICT: +1,9 ±7,2 kcal/g; $p > 0,05$, n=33), dem subjektiven Appetitempfinden und der

Körperzusammensetzung (ΔFM, HIIT: -0,3 ±1,1 kg vs. MICT: -0,1 ±1,6 kg; ΔFFM, HIIT: +0,8 ±1,1 kg vs. MICT: +0,7 ±1,4 kg; ΔSMM, HIIT: +0,3 ±0,7 kg vs. MICT: +0,3 ±1,0 kg; alle $p > 0,05$, n=51). Innerhalb beider Gruppen zeigte sich bei Vergleich von T0 und T1 eine Zunahme der FFM (HIIT: +0.8 ±1,1 kg; $p < 0,05$, n=25 vs. MICT: +0.7 ±1,4 kg; $p < 0,05$, n=26). Zusätzlich konnte eine Steigerung der SMM in der HIIT-Gruppe nach 3 Wochen beobachtet werden (+0,3 ±0,7 kg; $p < 0,05$, n=25).

Diskussion und Fazit

Sowohl das HIIT als auch das MICT scheinen gleichermaßen für Personen mit Mukoviszidose geeignet zu sein. Es gab keinen überlegenen Effekt des HIIT im Hinblick auf die Veränderung der Körperzusammensetzung und des subjektiven Appetitempfindens nach der 3-wöchigen Intervention. Innerhalb beider Gruppen zeigten sich im Vergleich von T0 und T1 jedoch positive Auswirkungen auf die FFM, wobei HIIT zusätzlich zu einer Zunahme der SMM führte. Weitere Untersuchungen sollten folgen, um die langfristigen Auswirkungen auf die Körperzusammensetzung und Appetitregulation bei Personen mit Mukoviszidose zu verstehen und individuelle Trainingsstrategien zu entwickeln.

Take-Home-Message

Hochintensives Intervalltraining und moderates kontinuierliches Ausdauertraining haben positive Effekte auf die Körperzusammensetzung und scheinen gleichermaßen für Personen mit Mukoviszidose geeignet zu sein.

Literatur

Hu, M., Nie, J., Lei, O. K., Shi, Q., Kong, Z. (2023): Acute effect of high-intensity interval training versus moderate-intensity continuous training on appetite perception: A systematic review and meta-analysis. Appetite, 182, 106427. https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106427.

Steele, J., Plotkin, D., Van Every, D., Rosa, A., Zambrano, H., Mendelovits, B., Carrasquillo-Mercado, M., Grgic, J., Schoenfeld, B. J. (2021): Slow and Steady, or Hard and Fast? A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies Comparing Body Composition Changes between Interval Training and Moderate Intensity Continuous Training. Sports, 9(11), Article 11. https://doi.org/10.3390/sports9110155.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

Polarisierte Trainingsintensitätsverteilung und Schwellentraining bei Krebsüberlebenden: eine randomisierte kontrollierte Studie

Nikolai Bauer; Justine Schneider; Kathrin Schlüter; Joachim Wiskemann

Nationales Centrum für Tumorerkrankungen

Hintergrund und Zielstellung

Eine polarisierte Trainingsintensitätsverteilung gilt als effektives Instrument zur Verbesserung der Ausdauerleistung von Athleten (Filipas et al., 2022; Stöggl, Sperlich, 2014). Jedoch gibt

es noch keine Untersuchungen bezüglich der Effekte einer polarisierten Intensitätsverteilung auf die Ausdauerleistungsfähigkeit von Brust- und Prostatakrebsüberlebenden. Aus diesem Grund untersuchten wir die Auswirkungen einer polarisierten Trainingsintensitätsverteilung im Vergleich zu isokalorischem Schwellentraining bei Krebsüberlebenden.

Methoden

28 Brustkrebs- und 27 Prostatakrebsüberlebende wurden in die polarisierte Trainingsgruppe (POL, n = 27, Alter 60±8 Jahre, VO2peak 23 mL·min-1·kg-1) oder die Schwellentrainingsgruppe (ThT, n = 28, Alter 59±10 Jahre, VO2peak 23 mL·min-1·kg-1) randomisiert und absolvierten über zwölf Wochen zwei Einheiten pro Woche auf einem Fahrradergometer. Die Belastungsdauer wurde so angepasst, dass der Energieverbrauch in beiden Gruppen gleich war. Es wurden kardiopulmonale Belastungs- und Verifikationstests durchgeführt, um die Ausdauerleistungsfähigkeit (VO2peak, Maximalleistung (PPO), ventilatorische Schwelle (VT1) und Laktatschwellen (LT1 und IAT)) bestimmen zu können.

Ergebnisse

Sowohl POL als auch ThT verbesserten ihre Ausdauerleistung ($p < .001$) in Bezug auf VO2peak (0,09 und 0,12 L·min-1), PPO (27 und 17W), Leistung an VT1 (11 und 13W), Sauerstoffaufnahme an VT1 (0,09 und 0,11 L·min-1), Leistung an LT1 (7 und 12W) und Leistung an IAT (12 und 14W) signifikant. Es konnte kein Unterschied zwischen den Trainingsgruppen festgestellt werden, allerdings nahm das Schwellentraining signifikant ($p < .001$) weniger Zeit in Anspruch als die polarisierte Trainingsintensitätsverteilung (59±1 min/Woche vs. 76±11 min/Woche). Auch die Betrachtung des Energieverbrauchs im Verlauf der Intervention ergab keine Unterschiede zwischen den Gruppen (POL: 170±43 kJ/Sitzung, ThT: 175±35 kJ/Sitzung, $p = 0,10$).

Diskussion und Fazit

Eine polarisierte Trainingsintensitätsverteilung und isokalorisches Schwellentraining führten zu vergleichbaren Effekten auf die Ausdauerleistungsfähigkeit von Krebsüberlebenden, wobei das Schwellentraining deutlich weniger Zeit für diese Effekte benötigte.

Take-Home-Message

Sowohl eine polarisierte Trainingsintensitätsverteilung als auch ein Schwellentraining können von Krebsüberlebenden durchgeführt werden und zu positiven Effekten bezüglich der Ausdauerleistungsfähigkeit führen.

Literatur

Filipas, L., Bonato, M., Gallo, G., Codella, R. (2022): Effects of 16 weeks of pyramidal and polarized training intensity distributions in well-trained endurance runners. Scand J Med Sci Sports, 32(3), 498-511. doi:10.1111/sms.14101.

Stöggl, T., Sperlich, B. (2014): Polarized training has greater impact on key endurance variables than threshold, high intensity, or high volume training. Front Physiol, 5, 33. doi:10.3389/fphys.2014.00033.

Förderung: Dietmar Hopp Foundation

Therapeut:innenfeedback in der gruppenbasierten Bewegungstherapie – Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Therapeut:innen und Rehabilitand:innen

André Arik Schuber[1]; Andrea Schaller[2]

[1] Deutsche Sporthochschule Köln; [2] Universität der Bundeswehr München

Hintergrund und Zielstellung

Feedback gilt als eine der wichtigsten sozial-kommunikativen Kompetenzen und Methoden zur Förderung von Lernprozessen und Verhaltensänderungen (Strijbos, Müller, 2014). Obwohl gruppenbasierte Therapieangebote einen Großteil der bewegungstherapeutischen Leistungen in stationären Rehabilitationsmaßnahmen ausmachen (Brüggemann et al., 2018), gibt es nur wenige Informationen zum Einsatz von Therapeut:innenfeedback in diesem Kontext. Zielstellung dieser Untersuchung war es daher, ein Verständnis für die Anwendungen, Dimensionen und Wirkungen von Therapeut:innenfeedback im Rahmen der gruppenbasierten Bewegungstherapie in der orthopädischen Rehabilitation zu entwickeln.

Methoden

Dazu wurden in einer monozentrischen, qualitativen Studie leitfadengestützte Interviews mit fünf Bewegungstherapeut:innen und fünf Rehabilitand:innen durchgeführt. Einschlusskriterium waren eine mindestens drei Jahre umfassende Erfahrung in der Leitung von gruppenbasierter Bewegungstherapie (Bewegungstherapeut:innen) bzw. die vollständige Teilnahme an einer zweiwöchigen Rückenschule im Rahmen der orthopädischen Rehabilitation (Rehabilitand:innen). Die Interviews wurden in Präsenz durchgeführt, digital aufgezeichnet, transkribiert und anschließend durch zwei Projektmitarbeiter:innen gemäß der strukturierenden, qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz softwaregestützt (MAXQDA 20) analysiert.

Die Studie ist Teil des DRV-Projekts FeedYou, welches den Einfluss von bewegungstherapeutischem Feedback auf die Ergebnisqualität in der orthopädischen Rehabilitation evaluiert und im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS00027263) registriert ist.

Ergebnisse

Aus insgesamt 89 themenrelevanten Interviewpassagen wurden drei Feedbackkategorien mit den jeweiligen Durchführungsmodalitäten und Ausprägungen identifiziert (Tab. 1). Neben einem Feedback zur Übungsausführung verwenden Bewegungstherapeut:innen motivationales Feedback sowie Leistungsfeedback zur Förderung der physischen Funktionen und positiven Emotionen ihrer Rehabilitand:innen.

Tab. 1: Identifizierte Feedbackkategorien im Kontext der gruppenbasierten Bewegungstherapie

Feedback-kategorien	**Durchführungs-modalitäten**	**Ausprägungen**
Feedback zur Übungs-ausführung	Kommunikationsform	Verbal
		Visuell
		Taktil
	Zeitpunkt	Während der Bewegungsaufgabe
		Unmittelbar nach der Bewegungsaufgabe
	Frequenz	Rehabilitand:innenabhängig
	Umfang	Rehabilitand:innenabhängig
		Begrenzt durch zeitlichen Rahmen der Gruppentherapie
Motivationales Feedback	Kommunikationsform	Verbal
	Zeitpunkt	Zeitnah zur jeweiligen Situation
	Frequenz	Mindestens einmal pro Rehabilitand:in und Kursstunde
		Abgestimmt auf Feedback zur Übungsausführung um Glaubwürdigkeit zu wahren
Leistungs-feedback	Kommunikationsform	Verbal & Visuell
	Zeitpunkt & Frequenz	Über den Verlauf der Rückenschule hinweg
		In der letzten Kurseinheit

Diskussion und Fazit

Obwohl Therapeut:innenfeedback in der gruppenbasierten Bewegungstherapie eine wichtige Komponente der patientenzentrierten Kommunikation darstellt, beinhaltet es weder einen individuellen Alltagsbezug (Bewältigungskompetenz) (Pfeifer et al., 2010) noch Informationen zu metakognitiven Strategien wie Selbstregulation und Selbstwirksamkeit (Hattie, Timperley, 2007). Es gilt deshalb zu prüfen, wie Therapeut:innenfeedback zur Förderung der mittel- und langfristigen Ziele der Bewegungstherapie (Pfeiffer et al., 2010) ergänzt werden kann.

Take-Home-Message

Therapeut:innenfeedback ist eine wichtige und ausbaufähige Komponente der patientenzentrierten Kommunikation in der gruppenbasierten Bewegungstherapie.

Literatur

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

Hattie, J., Timperley, H. (2007): The Power of Feedback. Rev Educ Res, 77. 81–112.

Pfeifer, K., Sudeck, G., Brüggemann, S., Huber, G. (2010): DGRW-Update: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität, Perspektiven. Rehabilitation, 49. 224-236.

Strijbos J-W., Müller, A. (2014): Personale Faktoren im Feedbackprozess. In: Ditton, H., Müller, A. (Hrsg.): Feedback und Rückmeldungen - Theoretische Grundlagen, empirische Befunde, praktische Anwendungsfelder. Münster: Waxmann. 83–134.

Förderung: Rehabilitationsforschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

Das Budget für Ausbildung: eine echte Alternative zur Werkstatt?! Ergebnisse einer explorativen Studie

Lea Mattern; Tonia Rambausek-Haß; Gudrun Wansing; Ulrike Peters

Humboldt-Universität zu Berlin

Hintergrund und Zielstellung

In den Abschließenden Bemerkungen vom 03.10.23 zeigte sich der UN-Fachausschuss (erneut) besorgt über die hohe Anzahl von Beschäftigten in den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM), die geringe Übergangsquote von der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und das Fehlen zugänglicher und inklusiver Einrichtungen der Berufsausbildung (CRPD, 2023, S. 13). Das Budget für Ausbildung (BfAus) wurde in Anlehnung an das Budget für Arbeit (Mattern et al., 2022) am 01.01.2020 mit § 61a SGB IX als Alternative zur WfbM eingeführt, um jene Übergänge durch anerkannte Berufsabschlüsse zu fördern (Mattern, Rambausek-Haß, 2022). Neben dem Anspruch auf Werkstattleistungen muss ein sozialversicherungspflichtiges Ausbildungsplatzangebot vorliegen. Zum Leistungsumfang gehört die Erstattung der Ausbildungsvergütung sowie eine Anleitung und Begleitung am Ausbildungsplatz und in der Berufsschule.

Im Rahmen des Projekts „Zugänglichkeit - Inklusion - Partizipation. Nachhaltige Teilhabe an Arbeit durch Recht“ wurde 2023 eine explorative Studie an der Humboldt-Universität zu Berlin zum Umsetzungsstand des BfAus durchgeführt. Forschungsleitend waren Fragen nach der Zugänglichkeit, dem leistungsberechtigten Personenkreis, den Erfahrungen beteiligter Akteur:innen sowie hemmenden und förderlichen Faktoren hinsichtlich der Inanspruchnahme.

Methoden

Aufgrund der begrenzten Verfügbarkeit von Erkenntnissen zu den bisher nur in geringem Umfang in Anspruch genommenen BfAus wurde ein exploratives Studiendesign gewählt. Geführt wurden sieben Einzelinterviews sowie eine Fokusgruppe mit Budgetnehmenden, Reha-Berater:innen der Agentur für Arbeit, Arbeitgebern, Jobcoaches, Vertreter:innen eines Berufsbildungswerkes, Angehörigen sowie Werkstattvertreter:innen. Insgesamt wurden 13 Personen aus unterschiedlichen Bundesländern leitfadengestützt befragt. Die transkribierten Interviews wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse mit Hilfe von MAXQDA ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt wird die Inanspruchnahme des Budgets für Ausbildung von den Budgetnehmenden und ihren Angehörigen insbesondere aufgrund des Gefühls der sozialen Zugehörigkeit und der Möglichkeiten zur individuellen Weiterentwicklung und Anschlussperspektiven auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als positiv bewertet. Die Anforderungen an den Personenkreis enthalten jedoch Widersprüche, die auch von den Befragten benannt und kritisiert werden (Werkstattfähigkeit und gleichzeitige

Ausbildungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt). Hierdurch müssen Leistungsberechtigte eine Vielzahl von Unterlagen einreichen (Befundberichte, Feststellungsbescheide und weitere Gutachten und Dokumente). Da auch die Konzeption der Anleitung und Begleitung als umfangreich beschrieben wird, werden Arbeitgeber und Budgetnehmende bei der Antragsstellung von Leistungserbringern und teilweise auch von Leistungsträgern selbst unterstützt. Der Besuch der Berufsschule wird als „große Unbekannte“ angesehen, weshalb es sich für potenzielle Budgetnehmende als förderlich erweist, vorher ein Praktikum in der Berufsschule zu absolvieren, um die eigene Leistungsfähigkeit hinsichtlich einer Voll- oder theoriereduzierten Ausbildung besser einschätzen zu können. Auch wenn der Antragsprozess als aufwändig eingeschätzt wird, berichteten die Interviewpartner:innen übereinstimmend von deren unkomplizierter und zügiger Bewilligung. Als Hürden erweisen sich u.a. das reduzierte Angebot an theoriereduzierten Ausbildungen, eine fehlende Vermittlungstätigkeit in Ausbildungsverhältnisse durch die Agentur für Arbeit, eine als ungenügend beschriebene Informiertheit aller Beteiligten, die von Budgetnehmenden beschriebene Angst vor Stigmatisierung (v.a. in der Berufsschule) sowie Zweifel an der Leistungsfähigkeit der potentiell Auszubildenden. Obwohl gem. der fachlichen Weisungen der Bundesagentur für Arbeit ausschließlich Erstausbildungen gefördert werden sollen, wurden laut der Befragten von der Agentur für Arbeit auch Zweitausbildungen gefördert.

Diskussion und Fazit

Das BfAus kann die Chance bieten, den Mechanismus „automatischer“ Übergänge von der Förderschule in die WfbM zu unterbrechen und motivierte Menschen mit Werkstattberechtigung eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen. Zwar ist die Verpflichtung der Leistungsträger, potenzielle Budgetnehmende bei der Ausbildungsplatzsuche zu unterstützen, grundsätzlich als positiv zu bewerten, in der Praxis findet diese Unterstützung jedoch (bisher) nicht statt. In der Gesetzesbegründung wird ähnlich wie beim BfA von einer vollen Erwerbsminderung der Leistungsberechtigten ausgegangen. Dies ist umstritten, könnte in der Praxis jedoch zu einem Ausschluss von Leistungsberechtigten aus dem Arbeitsbereich der WfbM aus der Arbeitslosenversicherung führen, den die Bundesagentur für Arbeit in ihren fachlichen Weisungen vorsieht. Dies führt zu einer Ungleichbehandlung von Auszubildenden im BfAus, die von der Anspruchsgrundlage (§§ 57 oder 58 SGB IX) abhängig ist.

Take-Home-Message

Die widersprüchlichen Anspruchsvoraussetzungen können die Bewilligung des BfAus erschweren und bergen die Gefahr, dass diese Leistung nur in wenigen Fällen eine Alternative zur WfbM darstellt.

Literatur

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) (2023): Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Germany, CRPD/C/DEU/CO/2 - 3. URL: https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhsleRIDp%2FbIid%2BwLdltzUl7kjWgN06KyNc3tKXzyrffB8JQg8WesQ%2FAkfYuUACHx7DlRa0gE29kDaGFR6dptQd99OvrH2uuvSHIH2x7anaLxR, Abruf: 03.11.2023.

Mattern, Lea; Rambausek-Haß, Tonia (2022): Zwei Jahre Budget für Ausbildung – Was wir wissen und was nicht. URL: https://www.reha-

recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2022/D9-2022_Forschungsstand_Budget_f%C3%BCr_Ausbildung.pdf , Abruf: 03.11.2023.
Mattern, Lea; Rambausek-Haß, Tonia; Wansing, Gudrun; Peters, Ulrike (2022): Das Budget für Arbeit. Eine explorative Studie zur Umsetzung von § 61 SGB IX in Berlin. Humboldt-Universität zu Berlin. URL: https://doi.org/10.18452/25039, 1, Abruf: 03.11.2023.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderung – Barrieren und Handlungsmöglichkeiten

Sabrina Lorenz; Marianne Kreuder-Schock; Thomas Schley

Forschungsinstitut Betriebliche Bildung gGmbH

Hintergrund und Zielstellung

Digitalisierung bietet viele Chancen für die soziale und berufliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung, ist allerdings kein automatischer Garant für Inklusion (DVfR, 2021). Im Gegenteil kann sie Exklusion fördern, wenn Bedarfe mit Blick auf Barrierefreiheit oder Unterstützungssysteme nicht berücksichtigt werden (ebenda).

Bisherige Untersuchungen zeigen, dass Menschen mit Behinderung allgemein überdurchschnittlich oft von digitaler Ausgrenzung betroffen sind (Scholz et al., 2017). Da die Digitalisierung und damit auch die digitale Transformation der Arbeitswelt weiter voranschreitet, bestehen hier zukünftig weiterhin Gefahren einer ‚digitalen Kluft' zwischen Menschen mit und ohne Behinderungen auf dem Arbeitsmarkt (Haage, Bosse 2019). Gleichzeitig ist ein ‚digital disability divide' zu erkennen (Sube, Sonnenschein, 2022). Das bedeutet, dass v.a. Menschen mit psychischer und/oder kognitiver Behinderung größeren Risiken durch die Digitalisierung ausgesetzt sind und besonders von digitaler Ausgrenzung betroffen scheinen.

Bisher gibt es jedoch nur wenige systematische Erkenntnisse dazu, welche Barrieren und Handlungsmöglichkeiten für eine gelingende Nutzung digitaler Medien unter Berücksichtigung verschiedener behinderungsbedingter Barrieren vorliegen.

Methoden

Im Rahmen eines partizipativen Forschungsdesigns, das Menschen mit Behinderung sowie weitere relevante Akteure in der beruflichen Rehabilitation einbindet, werden klassische Erhebungsformate wie eine explorative deutschlandweite Online-Befragung (n=136, davon n=75 Menschen mit Behinderung) und halbstandardisierte leitfadengestützte Interviews mit Menschen mit psychischen und/oder kognitiven Behinderungen (n=8) mit drei Zukunftswerkstätten (n≈20 je Zukunftswerkstatt) kombiniert. Struktur gibt das Konstrukt der digitalen Teilhabe, das „Teilhabe an (Zugänglichkeit und digitale Kompetenzen), Teilhabe durch (assistive Technologien und technische Hilfsmittel) und Teilhabe in (aktive Teilnahme in digitaler Welt) digitalen Technologien" unterscheidet (Lorenz et al., 2023).

Aufgrund bisheriger Herausforderungen bzgl. der Homogenität und Heterogenität der Gruppe der Menschen mit Behinderung (Lorenz et al., 2023) löst sich das BMBF geförderte Forschungsprojekt „digitaleTeilhaBe“ des Forschungsinstituts Betriebliche Bildung (f-bb) von medizinisch geprägten Kategorien, die sich aus einzelnen Diagnosen speisen. Allerdings werden die Symptomkomplexe unter den vier übergeordneten Behinderungsarten ‚Körperbehinderung‘, ‚Sinnesbehinderung‘, ‚kognitive/geistige Behinderung‘ sowie ‚psychische/seelische Behinderung‘ subsumiert, da diese aufgrund der Sozialgesetzgebung sowie des ‚digital disability divide‘ nicht vollständig außer Acht gelassen werden können. Im Beitrag werden die identifizierten Barrieren und Handlungsfelder digitaler Teilhabe vorgestellt.

Ergebnisse

Barrieren in der digitalen Teilhabe von Menschen mit Behinderung liegen aktuell noch in der Infrastruktur, Zugang zu Geräten und Transparenz über Angebote vor. Gleichzeitig mangelt es häufig an ausreichenden digitalen Kompetenzen – sowohl bei Betroffenen als auch beim Fachpersonal. Fehlende Schnittstellen bei eingesetzten Kommunikationssystemen, die fehlende Kompatibilität von Assistenzsystemen, der Datenschutz und die Bedienerfreundlichkeit (v.a. bei Passwörtern und Videotelefonie) wurden außerdem als weitere Barrieren identifiziert. Es herrscht ein Spannungsfeld zwischen restriktiven Datenschutzvorkehrungen und niederschwelliger Kommunikation.

Das wohl wichtigste Thema ist die bislang fehlende bzw. noch nicht vollständig umgesetzte Barrierefreiheit. Hier wird eine gesamtgesellschaftliche Bewusstseinsbildung bzgl. der Bedarfe von Menschen mit Behinderungen notwendig – angefangen bei der Entwicklung von digitalem Content, bei der im besten Fall Menschen mit Behinderung direkt eingebunden werden. Hier werden vermutlich in Zukunft stärkere rechtliche Vorgaben bzw. Sanktionierungen notwendig, sei es um für eine Einhaltung der Barrierefreiheit zu sorgen oder eine Verpflichtung der Einbindung von Menschen mit Behinderung als Expertinnen und Experten in eigener Sache zu schaffen.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse bieten einen aktuellen Einblick in die Barrieren und Handlungsfelder digitaler Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Hier wird deutlich, dass vor allem eine politische Notwendigkeit besteht, einheitliche Vorgaben und Regelungen gemeinsam mit Menschen mit Behinderung zu schaffen, um einem ‚digital disability divide‘ entgegenzuwirken.

Take-Home-Message

Für Menschen mit Behinderungen, insb. psychische und/oder kognitive Behinderungen, liegen vielfach noch Barrieren in der digitalen Teilhabe vor, für die systematisch und partizipativ einheitliche und konkrete Lösungsansätze entwickelt werden müssen.

Literatur

DVfR – Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2021): Abschlussbericht. Sicherung der Teilhabe während und nach der Pandemie: Problemlagen, Herausforderungen, Handlungsoptionen.

Haage, A., & Bosse, I. (2019): Basisdaten zur Mediennutzung von Menschen mit Behinderungen. Handbuch Inklusion und Medienbildung, 49-64.

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.

Scholz, F., Yalcin, B., & Priestley, M. (2017): Internet access for disabled people: Understanding socio-relational factors in Europe. Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 11(1).

Sube, L., & Sonnenschein, N. (2022): Media@Work: Berufliche Teilhabe durch digitale Medien stärken. ZDfm–Zeitschrift für Diversitätsforschung und-management, 7(1), 27-28.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Inklusionsbeauftragte des Arbeitgebers: „Ich habe einen bunten Blumenstrauß insgesamt an Aufgaben“

Rebecca Groß; Marie Heide; Mathilde Niehaus

Universität zu Köln

Hintergrund und Zielstellung

Arbeitgeber*innen unterliegen dem gesetzlichen Auftrag, eine*n Inklusionsbeauftragte*n zu bestellen, der*die sie in Angelegenheiten schwerbehinderter Menschen vertritt (§ 181 SGB IX). Diese sollen dazu beitragen, dass der Arbeitgeber seine obliegenden Verpflichtungen erfüllt. Inklusionsbeauftragte sind verpflichtet, eng mit der Schwerbehindertenvertretung zusammenzuarbeiten (§§ 177 ff SGB IX). Gemeinsam mit dieser und dem Betriebs-/ Personalrat bilden sie das betriebliche Integrationsteam, welches sich um die Belange schwerbehinderter Beschäftigter kümmert (§ 182 Abs. 1 SGB IX). Durch das Amt der Inklusionsbeauftragten wird sichergestellt, dass es eine Ansprechperson auf Arbeitgeber*innenseite zu den Themen Inklusion, Behinderung und Arbeit gibt (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, 2021).

Über die praktische Ausgestaltung der Arbeit als Inklusionsbeauftragte*r ist in der empirischen Forschung jedoch bisher wenig bekannt, weswegen es das Ziel ist, die Rolle der Inklusionsbeauftragten über einen ersten explorativen Zugang zu beleuchten.

Methoden

Zur Erhebung der praktischen Ausgestaltung der Aufgaben und der Herausforderungen, die im Arbeitsalltag auftreten, wurden im Januar 2023 sechs Inklusionsbeauftragte deutscher Hochschulen als Expert*innen in eigener Sache interviewt. Die Auswahl dieser Expert*innen erfolgte mit dem Ziel, eine größtmögliche Heterogenität zu erlangen, wobei beispielsweise Unterschiede in der Dauer der Amtsausführung berücksichtigt wurden. Die Ergebnisse wurden anschließend mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse in einem deduktiv-induktivem Verfahren ausgewertet (Kuckartz, Rädiker, 2022).

Ergebnisse

Die befragten Inklusionsbeauftragten sind zugleich auch Personalleiter*in, BEM-Beauftragte*r, Ausbildungsleitung oder auch Repräsentant*innen der AGG-Beschwerdestelle. Sie agieren in dieser Rollenkomplexität, was die Abgrenzung von Aufgabenbereichen unterschiedlicher Rollen erschwert.

Die Ergebnisse zeigen, dass die interviewten Personen einem breiten Aufgabenspektrum – „ein bunter Blumenstrauß“ (Beauftragter 3) - nachgehen. Das Aufgabenspektrum der Inklusionsbeauftragten erstreckt sich über die Zusammenarbeit mit den Interessensvertretungen des betrieblichen Integrationsteams über Gremienarbeit bis hin zur Schaffung struktureller Rahmenbedingungen zur Stärkung von Inklusion. Außerdem übernehmen sie die Kontrolle und Förderung der Arbeitgeber*innenpflichten, zu denen insbesondere die Erfüllung der Beschäftigungspflicht, die Einhaltung des Benachteiligungsverbots bei der Besetzung freier Stellen sowie die Einladungspflicht öffentlicher Arbeitgeber*innen von Bewerber*innen mit Schwerbehinderung zählen. Außerdem unterstützen die befragten Inklusionsbeauftragten die Arbeitgebenden in der Umsetzung der Prävention und dem betrieblichen Eingliederungsmanagement sowie bei der Planung und Beschaffung behindertengerechter Arbeitsplatzanpassung.

In der Ausführung der genannten Aufgaben entstehen verschiedene Herausforderungen, wie unter anderem mangelnde zeitliche Ressourcen. Eine befragte Person beschreibt diese Herausforderung wie folgt: „ZEIT! Wenn ich ein bisschen mehr Zeit hätte. Also meine Aufgaben sind, sind in meiner Wahrnehmung zu viel für die, ich will mal sagen, wachsenden, wachsenden Fälle. Also es werden nicht weniger Menschen, die beeinträchtigt sind, sondern ich erlebe als Inklusionsbeauftragte, dass es sehr wohl auch jüngere Menschen betrifft‘‘.

Als Gründe für den Zeitmangel werden die fehlende Freistellung für die Aufgaben, der Anstieg der schwerbehinderten Beschäftigten und die damit einhergehende steigende Beratungskomplexität gegenüber dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin, die Reduktion personeller Ressourcen sowie bürokratische Hürden genannt.

Darüber hinaus nannten die hochschulischen Inklusionsbeauftragten auch Herausforderungen in der inhaltlichen Ausgestaltung ihrer Aufgaben. Ihnen sei daran gelegen und sie seien auch dazu aufgefordert, dazu beizutragen, die gesetzlich auferlegte Schwerbehindertenquote zu erfüllen. Hier ist es herausfordernd, dass aufgrund des demographischen Wandelns immer mehr schwerbehinderte Beschäftigte ausscheiden und in den Ruhestand gehen. Gleichzeitig bleiben Neubewerbungen von Menschen mit Schwerbehinderung aus. Außerdem berichten die Interviewten von Vorbehalten auf Seiten der Vorgesetzen bei der Einstellung von Menschen mit Schwerbehinderung, insbesondere im wissenschaftlichen Bereich.

Diskussion und Fazit

Auf Grundlage der dargestellten Ergebnisse ergeben sich Ansatzpunkte zur weiteren Ausgestaltung, Stärkung sowie Klärung der Rolle der Inklusionsbeauftragten. Wünschenswert erscheint die Bildung von Netzwerken zwischen den Inklusionsbeauftragten, um einen Austausch zur Begegnung genannter Herausforderungen zu initiieren. Weiter kann es hilfreich sein, Synergien mit weiteren Netzwerkpartner*innen zu schaffen, wie der Schwerbehindertenvertretung, und so einen Transfer von Wissen und Erfahrungen

sicherzustellen (Heide et al., 2019). Zudem ergeben sich Ansatzpunkte zur weiteren (quantitativen) Erforschung der Rolle der Inklusionsbeauftragten und deren Arbeitsfeld.

Take-Home-Message

Fehlende Freistellungszeiten stellen einen herausfordernden Faktor für Inklusionsbeauftragte des Arbeitgebers dar, denen ein breites Aufgabenspektrum rund um die Themen Inklusion, Behinderung und Arbeit obliegt.

Literatur

BIH – Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2021): Inklusionsbeauftragte des Arbeitgebers Verantwortliche Vertretung – so sorgen Sie als Inklusionsbeauftragte für das Mehr an beruflicher Inklusion. Hürth: CW Haarfeld GmbH.

Heide, M., Bauer, J., Niehaus, M. (2019): Schwerbehindertenvertretungen in der "inklusiven Hochschule" - Rolle, Aufgaben und Herausforderungen. RP Reha. Recht und Praxis der Rehabilitation, 4(4), 41-46.

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

Schwerbehindertenvertretung und Beauftragte für Betriebliches Eingliederungsmanagement: Gemeinsamkeiten und Unterschiede erkennen und Synergien nutzen

Marie Heide[1]; Tomke S. Gerdes[2]

[1] Universität zu Köln; [2] Technische Universität Dortmund

Hintergrund und Zielstellung

Sowohl die Schwerbehindertenvertretung (SBV) als auch die*der Beauftragte für Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM-Beauftragte) haben das Ziel, Teilhabe am Arbeitsleben zu fördern. Dabei unterscheiden sie sich erheblich in ihrer Verankerung und Perspektive. Die SBV wird von den schwerbehinderten Beschäftigten gewählt und vertritt deren Interessen inner- und außerhalb des Unternehmens sowie gegenüber dem Arbeitgeber (§ 178 SGB IX). Im Gegensatz dazu ist das BEM Aufgabe des Arbeitgebers, der die Durchführung von BEM-Verfahren verantwortet (§ 167 SGB IX). Er bestimmt oftmals (interne oder externe) BEM-Beauftragte, die den Prozess der Wiedereingliederung begleiten.

Beide Akteur*innen haben ähnliche Ziele, z. T. dieselbe Zielgruppe unter den Beschäftigten und agieren im Spannungsverhältnis des Erwerbssettings zwischen den Interessen des Arbeitgebers und der Beschäftigten (Gerdes, 2019; Heide, 2023). Um in diesem Spannungsfeld handlungsfähig zu sein, nutzen sie verschiedene Strategien. An dieser Stelle kann es hilfreich sein, die auftretenden Ambivalenzen in der betrieblichen Praxis vergleichend zu analysieren und zu diskutieren, um potentielle Synergien für die Stärkung von Teilhabe zu identifizieren.

Methoden

Für einen umfassenden Einblick in die verschiedenen Perspektiven wurden leitfadengestützte Interviews mit SBVen (n = 16) und mit BEM-Beauftragten (n = 5) geführt. Die Auswertung erfolgte jeweils mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse. Das Kategoriensystem wurde in einem induktiv-deduktivem Verfahren entwickelt, um das Vorwissen berücksichtigen sowie die Besonderheiten des Materials herausarbeiten zu können.

Ergebnisse

Die Interviews mit den SBVen und den BEM-Beauftragten verdeutlichen, in welchem Maße die Interessen der Arbeitgeber und Beschäftigten hinsichtlich der Teilhabe von Menschen mit Behinderung voneinander abweichen können. Eine SBV berichtet: „Der Arbeitgeber oder die Vertreter der Arbeitgeberseite haben erst mal Interesse, dass der Betrieb gut läuft. Die Kollegen mit Behinderung und ich haben erst mal Interesse, dass sie gut an ihrem Arbeitsplatz arbeiten können und […] nicht so stark belastet sind. Da kommt es natürlich zu Kollisionen.“ Eine andere SBV bringt die Arbeitgeberperspektive auf den Punkt: „[D]ie […] wollen nur noch die Elite haben. Und die Schwächeren, die will man nicht mehr haben. Im Gegenteil (…) die kosten Geld. […].“ Ein*e BEM-Beauftragte*r berichtet: „Die Vorbehalte [der Beschäftigten] waren natürlich am Anfang sehr groß. Die Missverständnisse wurden da auch eine Zeitlang kultiviert: ‚Man wird vorgeladen und ist nur dazu da, uns zu durchleuchten‘ […].“

Zum Umgang mit den verschiedenen Interessen und zur Erhöhung der Akzeptanz der eigenen Rolle auf der Beschäftigten- bzw. Arbeitgeberseite erläutert ein*e BEM-Beauftragte: „Öffentlichkeitsarbeit ist auch mit das Wichtigste. […] Im Prinzip müsste man jedes halbe Jahr das neu bekannt machen. Weil auf einmal sind andere Menschen in Konfliktsituationen oder neue Beschäftigte, oder…“ In diesem Zusammenhang wird auch die Vernetzung der Akteur*innen im Unternehmen, die für gesundheits- und behinderungsbezogenen Fragestellungen zuständig sind, als entscheidend für die Akzeptanz sowohl auf Beschäftigten- als auch auf Arbeitgeberseite angesehen. Eine SBV dazu: „Und erkläre immer wieder, was ich mache. Aber nur dann begreifen die anderen es auch und es entsteht sowas wie Vertrauen.“

Diskussion und Fazit

Die SBV und die BEM-Beauftragten spielen aus ihren jeweiligen Blickwinkeln eine entscheidende Rolle in der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben. Dabei ist das den Akteur*innen jeweils entgegengebrachte Vertrauen bzw. die Skepsis unterschiedlich gelagert. Die aufgezeigten Spannungsverhältnisse im Erwerbssetting unterstreichen, dass eine nachhaltige Rückkehr und der Verbleib in Arbeit das Zusammenbringen der Perspektiven von Beschäftigten und Arbeitgeber erfordern. Von Seiten der SBV ist eine engere Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber notwendig, der seine Verpflichtungen zur Schaffung inklusiver Strukturen erfüllen und kooperativ mit der SBV zusammenarbeiten sollte. Der*die BEM-Beauftragte hingegen muss tendenziell das Vertrauen der Beschäftigten gewinnen und kann anhand von Einzelfall-Lösungen der Wiedereingliederungen sowie Rückkopplungen im Rahmen der Gesundheitsprävention Impulse für eine inklusive Unternehmenskultur beitragen.

Sowohl die SBV als auch die BEM-Beauftragten befinden sich trotz unterschiedlicher Perspektiven in einer Vermittlungsposition. Um die oft divergierenden Interessen besser

auszubalancieren, könnte eine verstärkte Zusammenarbeit, regelmäßiger Informationsaustausch und eine koordinierte Vermittlung zwischen den verschiedenen Interessenslagen hilfreich sein.

Take-Home-Message

SBV und BEM-Beauftragte sollten im Spannungsfeld zwischen den Interessen des Arbeitgebers und den Beschäftigten ihre zentrale Rolle in der Förderung von Teilhabe am Arbeitsleben durch Kooperation stärken.

Literatur

Gerdes, T. S. (2019): Psychische Beeinträchtigung und Erwerbsarbeit. Eine qualitative Studie zu Frauen und Männern mittleren Alters in der Öffentlichen Verwaltung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Heide, M. S. (2023): Die Bedeutung der Schwerbehindertenvertretung für Inklusion und Teilhabe im Arbeitsleben aus organisationstheoretischer Perspektive – eine konzeptionelle Einordnung. Sozialer Fortschritt. Online First.

„Und ich muss ja auch für meinen Sohn dann sprechen, weil er es nicht kann, ne?“ – zur Rolle von Angehörigen bei der ambulanten medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung

Cornelia Weiß[1]; Kristina Ottersbach[2]; Thorsten Meyer-Feil[1]

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

Hintergrund und Zielstellung

2022 lebten in Deutschland rund 7,8 Millionen Menschen mit einer Schwerbehinderung, von denen 1,2 Millionen zwei oder mehr Behinderungen aufwiesen (Destatis, 2022). In der Versorgung und Unterstützung von ihnen spielen Angehörige eine entscheidende Rolle. Es ist davon auszugehen, dass sich jeweils mehrere Angehörige um eine beeinträchtigte Person kümmern. Im Projekt MeZEB (Laufzeit 01/2019 bis 08/2022, gefördert vom Innovationsfonds G-BA unter der Fördernummer 01VSF18040) wurde die ambulante medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger oder schwerer mehrfacher Beeinträchtigung im Zusammenhang mit deren Versorgung in einem Medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) untersucht. Die Studie wurde in Kooperation mit dem MZEB Bruno- Valentin-Institut Hannover und dem MZEB in Bethel (Bielefeld) durchgeführt. Das Herzstück der Studie bilden Interviews mit beeinträchtigten Personen oder Angehörigen zu ihren Versorgungserfahrungen im Rahmen ambulanter Regelversorgung bzw. ambulanter spezialisierter Versorgung im MZEB. Im Laufe der Erhebung wurde sehr schnell klar, dass die Angehörigen, die zunächst in einer Stellvertreterrolle an der Studie teilnahmen, eine eigene und oftmals entscheidende Funktion im Versorgungsprozess einnehmen und damit eine teilhaberelevante Leistung erbringen.

Ziel dieses Beitrags ist die Darstellung von Rollen und Funktionen, die Angehörige im Versorgungsprozess von Menschen mit Behinderung einnehmen, um erste Ansätze für ihre adäquate Beteiligung zu entwickeln.

Methoden

Im Projekt MeZEB wurden in verschiedenen Teilprojekten insgesamt 42 Interviews mit Angehörigen geführt. Das Datenmaterial wurde transkribiert, pseudonymisiert, thematisch codiert (Flick 2000), in Fallvignetten zusammengefasst und inhaltsanalytisch für fallbezogene und fallvergleichende Auswertung aufbereitet. Die Auswertung erfolgte softwaregestützt mit MAXQDA unter induktiver und deduktiver Kategorienbildung (Kuckartz, Rädiker 2022).

Ergebnisse

Angehörigen kommt neben der Unterstützung im Alltag als Begleiter*innen, Dolmetscher*innen, Fürsprecher*innen und Entscheider*innen eine teilhaberelevante Rolle im Rahmen der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung zu, die u.a. durch strukturelle Defizite des Versorgungssystems (erschwerter Zugang zu bedarfsgerechter medizinischer Versorgung, nicht genügend Zeit für Diagnostik und Versorgung, kein ausreichendes fachliches Wissen im Bereich Behindertenmedizin) besondere Bedeutung hat. Sie stehen in verschiedenen Funktionen kontinuierlich und langfristig zur Verfügung. Dadurch tragen sie erheblich zu alltäglicher und versorgungsbezogener Stabilität bei. Sie sind diejenigen, die den Bedarf an Versorgung erkennen, sowie den Alltag und die Versorgung planen. Sie begleiten und unterstützen beim Arztbesuch. Außerdem sind sie diejenigen, die über alle Phasen einer möglichen Behandlung organisierend und ausführend tätig sind. Durch komplexe Unterstützungsleistungen helfen sie die Teilhabechancen von Menschen mit Behinderung zu verbessern und leisten wertvolle Beiträge zu gelingender Versorgung. Die Interviewten thematisieren aber auch Barrieren und Herausforderungen, denen sie im Rahmen dieser Funktionen begegnen. Für die erwachsenen Personen mit Behinderung kann die ständige Begleitung durch Angehörige zugleich auch eine Herausforderung darstellen, da die persönliche Intimsphäre hier verletzbar erscheint. Darüber hinaus werden begleitete Menschen mit Behinderung von den Versorgenden häufig nur bedingt als Ansprechpartner*innen wahrgenommen.

Angehörige sind in ihrer Rolle ge- und manchmal überfordert. Für sie können sich durch die oftmals jahrzehntelange Belastung aus ihrer Rolle auch psychische und körperliche Beanspruchungen ergeben, die ihrerseits Versorgungsbedarfe entstehen lassen.

Diskussion und Fazit

Im Rahmen der ambulanten medizinischen Versorgung und alltäglichen Unterstützung von Menschen mit schweren Behinderungen nehmen Angehörige eine eigene bedeutende Rolle ein. Sie stellen eine wesentliche Ressource im Versorgungsgeschehen dar, haben mit besonderen Herausforderungen zu kämpfen und sind aber auch durch verschiedene Belastungen gefährdet. Unsere Ergebnisse geben Hinweise auf eine für die Versorgung entscheidende Gruppe, die bisher in der Forschung wenig gesehen wird.

Eine entscheidende Limitation ergibt sich daraus, dass die ins Projekt MeZEB eingeschlossenen Zielpersonen überwiegend Nutzer*innen der genannten MZEB sind. 39 von 42 Interviews wurden mit Angehörigen von MZEB-Nutzer*innen geführt. Die Mehrzahl

der Menschen mit Behinderung jedoch nimmt bislang keine Versorgung im MZEB wahr. Damit können wir nur einen sehr speziellen Ausschnitt abbilden.

Take-Home-Message

Angehörige sind in ihrer aktiven Beteiligung eine für alle an der Versorgung Beteiligten essenzielle, oftmals unterschätzte und auch gefährdete Ressource, ohne die Versorgungsprozesse nicht in der gewünschten Weise und im notwendigen Umfang ablaufen könnten.

Literatur

Destatis (2022): 7,8 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/06/PD22_259_227.html, zuletzt aktualisiert am 22.06.2022, zuletzt geprüft am 04.05.2023.

Flick, Uwe (2000): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Orig.-Ausg., 5. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55546):

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

Förderung: Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

BORA-TB: Was zeichnet die Studienteilnehmer*innen aus?

Helen Ewertowski; Thorsten Meyer-Feil

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

BORA-TB (Berufsorientierte Teilhabebegleitung in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen, Laufzeit November 2019 – Oktober 2024) ist ein Projekt des Bundesprogramms „rehapro“. Ziel ist es, suchterkrankte Menschen dabei zu unterstützen, ihre in der medizinischen Rehabilitation erarbeiteten beruflich orientierten Ziele durch ein begleitendes Fallmanagement für bis zu ein Jahr über die Rehabilitationsmaßnahme hinaus weiterzuentwickeln und umzusetzen.

Methoden

In dieser Beobachtungsstudie arbeitet die wissenschaftliche Begleitung zur Evaluation des Modellprojekts mit einem Mixed-Methods-Ansatz. Eingesetzt werden standardisierte Instrumente zur summativen und offene Verfahren zur formativen Evaluation. Im vorliegenden Beitrag liegt der Fokus auf den Ergebnissen der standardisierten Methoden. In der Erhebung werden Fragebögen zu vier Zeitpunkten erfasst: zu Beginn (t0) und zum Ende (t1) der medizinischen Rehabilitation sowie 6 (t2) und 18 Monate (t3) danach. Die Teilhabebegleiter*innen, Expert*innen der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik, führen zudem Primärdatendokumentationen durch, anhand derer sich zum einen Rekrutierungsprozesse mit Gründen zur (Nicht-)Teilnahme, zum anderen Aufgaben und Leistungen der Teilhabebegleitung sowie Versorgungsverläufe der Rehabilitand*innen rekonstruieren lassen. Routinedaten der beteiligten Einrichtungen dienen als Kontrolle, um Projektteilnehmende mit Rehabilitand*innen, die nicht am Projekt teilnehmen, zu vergleichen.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf 1) deskriptive Auswertungen von N=141 t0- Fragebögen und N=62 t1-Fragebögen, 2) Daten aus einer Rehabilitationseinrichtung von N=90 BORA-TB-Teilnehmenden mit einer Kontrollgruppe von N=763 Rehabilitand*innen sowie 3) Rekrutierungsdokumentationen über N=690 potentielle Teilnehmer*innen.

Ergebnisse

Mit dem Projekt erreichen wir Personen, die mit einer Vielzahl unterschiedlicher Problemlagen besonders belastet sind. Im Vergleich zu Rehabilitand*innen, die nicht am Projekt teilnehmen, sind bei den BORA-TB-Projektteilnehmenden jeweils 10% mehr Personen, die berufliche Problemlagen aufweisen oder im SGB III-Bezug sind.

Die Schwere der Belastungen zeigt sich auch in der wahrgenommenen Lebenszufriedenheit, die in unseren Fragebögen mit der „Satisfaction with Life Scale“ (SWLS) gemessen wurde (Glaesmer et al., 2011). So liegt der SWLS-Score, der in der deutschen Normalbevölkerung 24,9 (SD=6,3) beträgt, bei den Projektteilnehmenden zu Beginn der Rehabilitations-

maßnahme mit 16,6 (SD=7,2) mehr als eine Standardabweichung darunter. Zudem weisen Projektteilnehmende gemäß Skala zur Erfassung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, einen Rentenantrag zu stellen und berentet zu werden als die Normalstichprobe (Mittag et al., 2006).

Gründe für die Projektteilnahme laut Rekrutierungsdokumentation waren neben dem Wunsch nach beruflicher Orientierung (mit beruflicher Orientierung im Allgemeinen und konkreten Anliegen wie Arbeitsplatzwechsel, Jobsuche, Umschulung, Wiedereingliederung) und sozialrechtlichen Anliegen (wie Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten oder GdB-Anerkennungsverfahren) auch Probleme mit der körperlichen Gesundheit, psychischen Belastungen, Alltagsbewältigung oder der finanziellen und Wohnsituation. Diese komplexen Problemlagen zeigen sich auch in den Antworten der Projektteilnehmenden zu den am Kerndatensatz der Suchthilfestatistik orientierten Fragen nach Problembereichen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2023). In N=141 eingegangenen t0-Fragebögen gaben 38,3% der Befragten an, Probleme mit ihrem Suchtverhalten zu haben. Andere Belastungen kommen zur Suchterkrankung hinzu. So gaben 60,3% der Befragten an, sich durch ihr körperliches Befinden belastet zu fühlen und 68,8% aufgrund ihrer psychischen Probleme. 49,6% der Teilnehmenden empfanden (auch) ihre finanzielle Situation als problematisch, 47,5% ihre Beschäftigungssituation und 41,8% erlebten Probleme in ihrer familiären Konstellation. Die psychische und körperliche Gesundheit sowie die familiäre Situation und Alltagsstruktur sind die Bereiche, in denen von den Befragten die meisten Verbesserungen während und nach der Rehabilitationsmaßnahme wahrgenommen werden.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die BORA-TB-Teilnehmenden zu einer besonders belasteten und problembehafteten Bevölkerungsgruppe gehören. Es ist Ziel der Teilhabebegleitung, in Zusammenarbeit mit den Betroffenen an diesen Problemlagen zu arbeiten. Je nachdem welche Belastungen eine besondere bzw. akute Relevanz haben, kann das bedeuten, dass vor der Umsetzung beruflicher Orientierung und Weiterentwicklung andere Themen (wie z.B. psychische Belastungen, Alltagsstruktur, Motivation) im Vordergrund stehen. Die Dauer der Teilhabebegleitung von bis zu einem Jahr über die Rehabilitationsmaßnahme hinaus scheint für einige Personen ausreichend, für andere wiederum erscheint sie erst ein Start für weitere Schritte im Versorgungs- und Berufskontext.

Take-Home-Message

Innovative Ansätze in der Versorgung suchterkrankter Menschen müssen mit einem Klientel umgehen, das in unterschiedlichen Bereichen hoch belastet ist, weshalb insbesondere die Belastungen, die über die Krankheits- und berufliche Situation hinausgehen, eine ganzheitliche Beachtung in diesem Kontext finden sollten.

Literatur

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2023): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. https://www.suchthilfestatistik.de/kds/kds-manual.html.

Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E. & Roth, M. (2011): The German Version of the Satisfaction With Life Scale (SWLS): European Journal of Psychological Assessment, 27(2), 127–132.

Mittag, O., Meyer, T., Glaser-Möller, N., Matthis, C. & Raspe, H. (2006): Vorhersage der Erwerbstätigkeit in einer Bevölkerungsstichprobe von 4225 Versicherten der LVA über einen Prognosezeitraum von fünf Jahren mittels einer kurzen Skala (SPE-Skala): Gesundheitswesen, 68(5), 294–302.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Der Mensch im Mittelpunkt – der Sucht-Rehakompass (SRK) für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung

Lea Jürgens; Knut Tielking; Frank Bela Schädlich

Hochschule Emden/Leer

Hintergrund und Zielstellung

Der Bedarf nach niedrigschwelligen Wegen in die Beratung und Behandlung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ist noch immer hoch. Deutlich wird dies durch das erschwerte Erreichen der Zielgruppe und einem verlängerten Zeitraum zwischen der Entstehung der Erkrankung und deren Behandlung (DHS 2019). Ziel des Projektes SEMRES ist es, Menschen mit entstehender oder manifester Abhängigkeitserkrankung durch gezielte Netzwerkarbeit von bei der DRV Oldenburg-Bremen etablierten Reha-Lots*innen frühzeitig einen Zugang in das Hilfesystem zu ermöglichen. Anschließend soll mit einem so genannten Sucht-Rehakompass (SRK) zwei Tage lang die Möglichkeit gegeben werden, erste Erfahrungen in einer stationären Rehabilitationseinrichtung zu sammeln. Dadurch werden Rehabilitationsbedarf und Rehabilitationsfähigkeit festgestellt und Betroffene unterstützt, eine Reha zu beantragen.

Dabei steht der Mensch im Mittelpunkt. Das heißt zum einen, dass im Rahmen des SRK besonderer Wert auf den Austausch der Erfahrungen von aktuell Rehabilitierenden – im Sinne einer Peer-Arbeit – gelegt wird. Zum anderen ist bei der Umsetzung des Konzeptes die Haltung und Meinung der Teilnehmenden im Projekt von großer Bedeutung, da durch eine zielgerichtete Betroffenenperspektive die Qualität des Projektes gestärkt wird (Bethmann et al., 2021).

Methoden

Um die Perspektive der Teilnehmenden des Projektes in die konzeptionelle Weiterentwicklung einbeziehen zu können, wurden im Mixed-Methods-Design quantitative (standardisierte Prä-Posterhebungen) und qualitative Erhebungen durchgeführt. Letztere umfassten teilnehmende Beobachtungen bei angebotenen Workshops und problemzentrierte Interviews (N=8), die nachfolgend unter Berücksichtigung quantitativer Zwischenergebnisse näher vorgestellt werden. Die leitfadengestützten Interviews wurden mit der Inhaltsanalyse (Mayring, Fenzl 2019) ausgewertet und geben einen Einblick in das Empfinden und Erleben der Betroffenen in Bezug auf die Teilnahme am SRK.

Ergebnisse

Die quantitativen Zwischenergebnisse (Erhebungszeitraum 01/2020-07/2023) verdeutlichen, dass durch die Netzwerkarbeit der Reha-Lots*innen ein breites Feld an lebensweltorientierten Vermittlungswegen (N=38) gefunden werden konnte. Betrachtet man die Altersstruktur der Interventionsgruppen-Teilnehmenden (n= 18) im Vergleich mit der Kontrollgruppe (n= 32), die angaben, eine alkoholbezogene Störung zu haben, so wird ein signifikanter (t (48) = 2,21; p = 0,016) Mittelwertunterschied von 7,08 Jahren deutlich. Durch die Zugänge im Projekt SEMRES werden Personen mit einer alkoholbezogenen Störung demnach über 7 Jahre jünger erreicht.

Besonderes Augenmerk auf die Themen "frühzeitige Intervention" und "niedrigschwellige Hilfen" wurde auch in den qualitativen Erhebungen gelegt. Die betroffenen Personen berichteten von aktivem und passivem Vermeidungsverhalten bei dem Versuch, sie früh durch Öffentlichkeitsarbeit wie Flyer oder Zeitungsartikel zu erreichen. Erst durch die Aktivierung des privaten Umfeldes konnten die Betroffenen die Motivation finden, am Projekt teilzunehmen.

Weiter stand im Mittelpunkt der Erhebung, welche Erfahrungen die betroffenen Personen in dem zweitägigen SRK gemacht haben und wie sich diese auf den weiteren Hilfeplan auswirken.

Deutlich wurde dabei, dass die interviewten Personen das Angebot als besonders hilfreich einschätzten. Hervorgehoben wurde die therapeutische Arbeit des Teams, der Austausch mit aktuellen Rehabilitand*innen, der bedarfsorientierte Fokus auf die Erkrankung sowie die unkomplizierte, unbürokratische gemeinsame Antragstellung zur Rehabilitation. Durch Aussagen wie: „(…) also dieser Rehakompass, also das ist das Beste, was mir passieren konnte. Ich bin so unendlich dankbar (…), dass so etwas überhaupt existiert, dass es so etwas gibt.“ (I1: Z.137-139), wird die Bedeutung der Maßnahme für die Teilnehmenden deutlich.

Diskussion und Fazit

Menschen mit Problemlagen frühzeitig zu erreichen, gilt seit jeher als große Herausforderung im Suchthilfesystem (DHS 2019). So steht auch das Projekt SEMRES vor dieser Hürde, einen niedrigschwelligen Zugang zu betroffenen Personen zu etablieren. Um dieser Hürde erfolgreich zu begegnen, legt das Projekt besonderen Wert auf eine lebensweltorientierte Netzwerkarbeit durch Reha-Lots*innen der DRV Oldenburg-Bremen, welche den Betroffenen im nächsten Schritt mit dem SRK die Möglichkeit zum „Schnuppern“ in kooperierenden stationären Reha-Einrichtungen bieten. Durch die quantitativen Zwischenauswertungen der Behandlungsverläufe der Betroffenen, wie auch durch die qualitativen Auswertungen wird deutlich, dass der SRK als Verstärker der Motivation zur Behandlung wahrgenommen wird und die Teilnehmenden diese Maßnahme als große Hilfe einschätzen.

Take-Home-Message

Die qualitativen Interviews mit den Betroffenen zeigen auf, dass die Teilnahme am Sucht-Rehakompass als unterstützend und motivierend eingeschätzt wird und die Betroffenen in der Absicht stärkt, eine Rehabilitation zu beantragen.

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.

Bethmann, A., Hilgenböcker, E., Wright, M. (2021): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann, M., Mohokum, M. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit . Springer, Berlin, Heidelberg. S. 1083-1094. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_119.

Mayring, P., Fenzl, T. (2019): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, N., Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden. S. 633-648. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Ein Weg der Eingliederung für Menschen mit suchtbezogenen Störungen (ohne Abstinenzanforderung) über die Sozialgesetzbücher hinweg

Miriam Ladanyi[1]; Anita Galuschek[2]; Harald Stickel[3]

[1] Landratsamt Enzkreis; [2] Q-PRINTS & SERVICE gGmbH ;
[3] Plan B gGmbH - Jugend, Sucht & Lebenshilfe

Hintergrund und Zielstellung

Substanzgebrauchsstörungen (SUDs) stellen eine erhebliche Belastung für den Einzelnen und die Gesellschaft dar und haben vielfältige gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Folgen (GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators, 2018). Arbeitslosigkeit ist ein häufiges Problem bei Menschen mit SUDs (Nolte-Troha et al., 2023), da Menschen mit SUDs eher negative Auswirkungen auf ihre Beschäftigungsfähigkeit und damit auf ihren Verbleib im Arbeitsmarkt haben (Henkel, 2011; Nolte-Troha et al., 2023). Von der positiven Arbeitsmarktentwicklung der letzten Jahre konnten erwerbsfähige Leistungsberechtigte mit suchtbezogenen Belastungen kaum profitieren. Es fehlen aufeinander abgestimmte Angebote der medizinischen Rehabilitation mit Angeboten der beruflichen Integration. Eine Bündelung der Interessen von den Hilfesuchenden soll erreicht werden. (Versäulung der Sozialgesetzgebung). Jedoch behindert das vorherrschende Abstinenzparadigma eine sinnvolle Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und Teilhabe am Erwerbsleben. Um arbeitslose Erwachsene mit SUDs in den Arbeitsmarkt zu integrieren, sind maßgeschneiderte Beschäftigungsinterventionen auf der Grundlage des IPS (Individual Placement and Support) erforderlich. „ANDANTE“ ist eine neuartige IPS-basierte Intervention zur Förderung der Beschäftigung und Abstinenz von Menschen mit SUDs. Die Intervention umfasst die Zusammenarbeit verschiedener Akteure (Jobcenter, Suchtberatung, Beschäftigungsträger, Psychiater) sowie die nachhaltige Betreuung der Teilnehmer.

Methoden

Personen ab 18 Jahren mit Konsumverhalten im Bürgergeldbezug können an ANDANTE teilnehmen. Auch Personen, die (noch) keinen klaren Abstinenzwunsch haben werden aufgenommen sowie Menschen, die schon länger vom Suchthilfesystem unterstützt werden und bisher wenige Erfolge erreichen konnten. Neue Möglichkeiten einer ambulanten arbeitsorientierten Sucht Reha ohne Abstinenzanforderung sollen geschaffen werden, die in drei Phasen aufgeteilt sind (Abb. 1).

Abb. 1

Eine prospektive, nicht kontrollierte Längsschnittstudie mit vier Messzeitpunkten und einem Mixed-Methods-Design wird zur Evaluierung dieser neuen Intervention durchgeführt. Der primäre Outcome der Evaluierung ist die Wiedereingliederung von Arbeitssuchenden mit Suchterkrankungen in das Arbeitsleben, sekundäre Outcomes sind Substanzkonsum, Punktabstinenz, arbeitsbezogenes Selbstmanagement, subjektive Beeinträchtigung. Zielkriterien werden im Rahmen einer Teilnehmendenbefragung mittels Fragebögen erhoben, weitere Indikatoren zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben werden aus der Falldokumentation der interdisziplinären Anlauf- und Clearingstelle gezogen.

Ergebnisse

Die Innovation zeigt bereits jetzt, dass die Teilnehmer im rechtsübergreifenden Konzept von ANDANTE, Arbeit, Medizin, Therapie und Beratung zu vereinen eine große Chance sehen erfolgreich zu sein. Bisher ist die Wiedereingliederung in den Beruf in Deutschland selten erfolgreich und wird nur von einem kleinen Teil der Suchtkranken erreicht (Henkel, Zemlin, 2013). 58 Personen sind seit Projektbeginn in ANDANTE angekommen. (88% männlich, Durchschnittsalter 41,2 Jahre, 64,5% alleinlebend). Die Kontinuität und das „Dranbleiben“ an den Teilnehmenden soll eine stufenweise Wiedereingliederung ermöglichen. In die Phase B wurden schon 18 Teilnehmer in das Beschäftigungsprojekt aufgenommen und neun bei Übergängen zu anderen Hilfestellen und Maßnahmen begleitet. Es wird eine zusätzliche Stabilisierung, ohne „Abbruch“ der Projektteilnahme erreicht.

Diskussion und Fazit

Das Konzept einer ambulanten arbeitsorientierten Rehabilitation mit Kooperation verschiedener Akteure kann als ein möglicher Weg der Suchtrehabilitation in der Praxis

erfolgreich sein. Bei positiver Evaluation der Intervention sollte die bisherige Trennung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation durch ein Angebot der ambulanten arbeitsorientierten Suchtrehabilitation ergänzt und als Alternative zu einer stationären Therapie, die mit mindestens vierfach so hohen Kosten verbunden ist, anerkannt werden.

Take-Home-Message

ANDANTE verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz. Dieser berücksichtigt die gesundheitliche, berufliche und soziale Lebenssituation. ANDANTE erkundet Möglichkeiten, die bisherige Trennung von medizinischer und beruflicher Reha zu überwinden, wenn es die komplexe Problemlage suchtkranker Menschen erfordert, um so die Integration von arbeitslosen Personen mit Suchterkrankungen in den Arbeitsmarkt zu verbessern.

Literatur

GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators (2018): The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the 328 Global Burden of Disease Study 2016. The lancet. Psychiatry, 5 (12), 987–1012.

Henkel, D. (2011): Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010): Current 337 drug abuse reviews, 4 (1), 4–27.

Henkel, D., Zemlin, U. (2013): Suchtkranke im SGB II: Vermittlungen an die Suchthilfe durch 339 Jobcenter und Integration in Arbeit – eine kritische Bilanz. SUCHT, 59 (5), 279–286.

Nolte-Troha, C., Roser, P., Henkel, D., Scherbaum, N., Koller, G., Franke, A. G. (2023): 353 Unemployment and Substance Use: An Updated Review of Studies from North America and 354 Europe. Healthcare (Basel, Switzerland), 11 (8).

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Optimierungspotenziale einer Intervention (KSI) in der stationären Versorgung abhängigkeitserkrankter Eltern und ihrer Begleitkinder – erste qualitative Ergebnisse

Laura Hoffmann; Ananda Stullich*; Matthias Richter*

Technische Universität München

*Geteilte Erstautorenschaft: Hoffmann, L., Stullich, A.

Hintergrund und Zielstellung

Etwa 8,2 Millionen Menschen in Deutschland sind von (il-)legalen Substanzen oder vom Glücksspiel abhängig; hinzu kommen knapp zehn Millionen Angehörige Abhängigkeitserkrankter, darunter viele Kinder (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2019). Abhängigkeitserkrankungen stellen nicht nur für die Betroffenen eine erhebliche Belastung dar, sondern bergen auch Risiken für die Entwicklung ihrer Kinder (Moesgen, 2017). Oftmals ist ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt, mit oder ohne Begleitkinder notwendig, um die Abstinenz der betroffenen Eltern zu sichern. Therapiebedarfe abhängigkeitserkrankter Eltern hinsichtlich des Themas „Elternschaft“ werden zwar erkannt,

jedoch in der stationären Entwöhnungsbehandlung, aufgrund fehlender evidenzbasierter Konzepte, nicht adressiert. Daher ist es essenziell, die stationäre Versorgung abhängigkeitserkrankter Eltern mittels evidenzbasierter Interventionen zu optimieren. Vorliegende Ergebnisse sind Teil der Gesamtstudie „KontextSucht“. Ziel dieser ist die Entwicklung und Erprobung einer Intervention (KSI), welche die Stabilität von Eltern (mit und ohne Begleitkinder ≤ 14 Jahren) verbessern und die Gesundheit der Familien positiv beeinflussen soll. Die Studie wird im Rahmen des Modellvorhabens rehapro in Kooperation mit der DRV Mitteldeutschland, der MEDIAN Klinik Römhild, der Barbarossa Klinik Kelbra sowie fünf Vergleichskliniken durchgeführt.

Methoden

Die Datenerhebung erfolgt in einem konsekutiven Mixed-Methods Verfahren und ist unterteilt in 1.) Machbarkeitsuntersuchung und 2.) Nutzenabschätzung. Die qualitative Datenerhebung der ersten Teilstudie in den Interventions- und Vergleichskliniken umfasste leitfadengestützte Expert*inneninterviews (n=14) sowie Rehabilitand*inneninterviews (n=37). Ziel der Analysen während der 1.) Machbarkeitsuntersuchung ist die Beantwortung der übergeordneten Frage, wie die KSI verbessert werden muss, um die Bedarfe der Rehabilitand*innen an eine Intervention zur Stärkung der Elternschaft und Abstinenz optimal zu decken. Die Auswertung erfolgte mittels deduktiv-induktiv durchgeführter, qualitativ-strukturierender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015; Pohontsch, 2019). Die Erkenntnisse fließen zur Optimierung der entwickelten Intervention in das Gesamtprojekt ein.

Ergebnisse

Die Ergebnisse aus den Interventionskliniken zeigen, dass die KSI von den Rehabilitand*innen überwiegend positiv bewertet wird. Besonders hervorgehoben wird der subjektiv erlebte Nutzen in den Interventionseinheiten mit Begleitkinderangebot und den dort positiv erlebten Momenten zwischen Eltern und Kindern. Es konnten Bedarfe hinsichtlich konkreter Strategien der Alltagsführung mit Kind sowie Themen wie „Grenzen setzten“, „Umgang mit Pubertät“, „Entwicklungsförderung“ und den „persönlichen Bezug zu den Kindern zu vertiefen, zu erhalten oder wiederherzustellen“ ermittelt werden. Strukturell sind Aspekte wie „Therapieplanung“, „personelle Ressourcen“ und „Flexibilität der therapeutischen Abläufe“ von den ausführenden Expert*innen zur Verbesserung benannt worden.

Die Ergebnisse aus den Vergleichskliniken komplettieren die Erkenntnisse zur Verbesserung der Intervention. Die Ergebnisse der Expert*inneninterviews zeigen, den Mangel an Therapieangeboten, bei denen abhängigkeitsbetroffene Eltern an ihren elternschafts-bezogenen Aufgaben arbeiten können, auf. Hier bestehen Bedarfe hinsichtlich Psychoedukationsgruppen, in denen Themen wie Verantwortungsübernahme, Sicherheit in der Beziehungsgestaltung zu den Kindern und ambulante Unterstützungsangebote sowie behördliche Angelegenheiten berücksichtigt werden. Weiterhin bedarf es an Angeboten für biografische Arbeit der betroffenen Eltern und einen stärkeren Einbezug der Kinder in die Therapieangebote. Optimierungsbedarfe bestehen zudem im Bereich von Angeboten zum Umgang mit Emotionen sowie zur gewaltfreien Kommunikation. Daneben konnten Bedarfe hinsichtlich der professionellen Weiterbildung in den Kliniken im Hinblick auf elternschaftsbezogene Themen ermittelt werden.

Die Analysen der Rehabilitand*inneninterviews aus den Vergleichskliniken zeichnen ein ähnliches Bild. Während des stationären Aufenthalts wünschen sich die Befragten gemeinsame, professionelle Angebote mit ihren Kindern zur Bindungsstärkung und Erziehungsunterstützung. Es ist ihnen wichtig, dass ihre Kinder altersangemessen über ihre Erkrankungen aufgeklärt werden. Weiterhin sehen sie, ebenso wie die Expert*innen, Optimierungspotenziale im Bereich der Zusammenarbeit und Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten.

Diskussion und Fazit

Negative Auswirkungen abhängigkeitserkrankter Eltern auf ihre Kinder sind umfangreich belegt. Der daraus abgeleitete Versorgungsbedarf im stationären Setting wird durch bisher fehlende Konzepte begründet. Vorliegende Ergebnisse unterstreichen konkrete Bedarfe nach einer evidenzbasierten Intervention der familienfokussierten Entwöhnungsbehandlung, zeigen diesbezügliche Optimierungspotenziale auf und tragen dazu bei zukünftig die Versorgung und daraus resultierend die Gesundheit, Lebensqualität und Funktionalität betroffener Familien zu verbessern.

Take-Home-Message

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen inhaltliche und strukturelle Optimierungspotenziale für die Intervention KontextSucht aus Expert*innen- und Rehabilitand*innenperspektive auf, die es während der Umsetzungsphase zu implementieren gilt.

Literatur

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2019): Drogen- und Suchtbericht. Berlin.

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

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

Pohontsch, N. J. (2019): Die Qualitative Inhaltsanalyse. Die Rehabilitation, 58(6), 413–418. https://doi.org/10.1055/a-0801-5465

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

SEMPRE / SEMRES:
der Rehakompass als innovativer Zugangsweg zur Rehabilitation anhand zweier Fallbeispiele

David Ittekkot; Annette Baimler-Dietz; Lena Haslop; Maike Kothe; Laura Tolle; Aike Hessel; Natalie Schüz

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Hintergrund und Zielstellung

In den letzten zwanzig Jahren ist ein Anstieg an Arbeitsunfähigkeitstagen und –fällen aufgrund von psychischen und Suchterkrankungen zu verzeichnen (Hildebrandt et al., 2023). Auch für die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente sind diese Erkrankungen inzwischen der häufigste Grund (DRV Bund, 2022). Betroffene finden aber häufig keinen Zugang in die medizinische Rehabilitation, bzw. finden ihn erst nach langjähriger Chronifizierung.

Ziel der durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Rahmen des Programms rehapro geförderten Projekte SEMPRE und SEMRES (auch als „Rehakompass“ bezeichnet) ist es, rechtzeitig einen niedrigschwelligen Zugang zur medizinischen Rehabilitation zu bahnen, indem Betroffene über Netzwerkpartner*innen in ihren Lebenswelten auf die Möglichkeit zur Teilnahme an einer zweitägigen „Schnupper-Reha“ aufmerksam gemacht werden. Während der zweitägigen Maßnahme wird der Rehabilitationsbedarf ermittelt, bei Bedarf die Rehabilitationsmotivation gesteigert und auf eine Rehabilitationsbehandlung vorbereitet. Durch die Möglichkeit der direkten Antragstellung während der Schnupper-Reha wird zudem das Antragsverfahren erleichtert.

Methoden

An jeweils einem Fallbeispiel aus den Projekten SEMPRE und SEMRES wird der Verlauf des Rehakompasses beispielhaft dargestellt. Hierbei wird sich insbesondere auf die Dokumentation des Erstgesprächs bezogen sowie auf den Rehakompass-Abschlussbericht, der im Projekt den ärztlichen Befundbericht und den zur Rehabilitation für Abhängigkeitskranke erforderlichen Sozialbericht abbildet. Schließlich werden die Entlassungsberichte aus der Rehabilitation miteinbezogen, um auch den Verlauf nach der Teilnahme am Rehakompass darzustellen.

Ergebnisse

Fall SEMPRE (Psychosomatik)

Frau H., 39 J., verheiratet, zusammenlebend mit Ehemann und Sohn (2,5 J.) wurde im Internet auf das Angebot aufmerksam und schildert in der Erstberatung u.a. Überlastungsempfinden, Antriebslosigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten. Ihr Ehemann sei depressiv, sodass sie neben einer fordernden Vollzeitbeschäftigung den Großteil der Haushaltstätigkeit übernehmen müsse. Frau H. ist aus Berater*innensicht kaum chronifiziert und äußert im Beratungsgespräch selbst den Wunsch, eine Präventionsleistung (RV Fit) zu beantragen.

In der Schnupper-Reha (Psychosomatischer Rehakompass) wird ein Rehabilitationsbedarf festgestellt. Frau H. gelingt nach den zwei Tagen ein besseres Verständnis ihrer Symptomatik

und sie gelangt zur Einsicht der eigenen Behandlungsbedürftigkeit, sodass sie eine ganztägig ambulante psychosomatische Rehabilitation beantragt.

Während dieser setzt sie sich eingehend mit der emotionalen, aber auch privaten und beruflichen Situation auseinander. Im Rehabilitationsverlauf erreicht sie laut Entlassungsbericht insbesondere Verbesserungen in den vorher definierten Problembereichen der Abgrenzung und Überforderungsvermeidung. Ebenso schaffe sie es besser, um Hilfe zu bitten sowie sich Freiräume für eigene Hobbys zu schaffen. Es gebe auch eine allgemeine Verbesserung des psychischen Befindens.

Fall SEMRES (Sucht)

Herr K., männlich, 25 J., ledig, alleinlebend, wurde durch das Jobcenter auf den Rehakompass aufmerksam und schildert in der Erstberatung ausgeprägte depressive Symptome. Im Verlauf der Beratung stellt sich eine Medienabhängigkeitsproblematik (Gaming-/Computersucht) heraus und Herr J. wird in den Sucht-Rehakompass gesteuert.

Dort bestätigt sich die Einschätzung. Nach anfänglicher Ablehnung sieht Herr K. ein, dass eine stationäre Entwöhnung für ihn sinnvoll ist und beantragt diese.

In dieser kommt es zu deutlichen Verbesserungen. Um diese im Alltag zu stabilisieren, durchläuft Herr K. anschließend zunächst eine ganztägig ambulante und schließlich eine ambulante Weiterbehandlung, sodass er auf eine Gesamtbehandlungszeit von ca. 1,5 Jahren kommt. Er erreicht laut den Entlassungsberichten in dieser Zeit wesentliche Verbesserungen in seiner Freizeitgestaltung (Umgang mit Langeweile) sowie der sozialen Interaktion (insb. Affektmitteilung) und ihm gelingt eine deutliche Reduktion des Medienkonsums. Da sich sein ursprünglich gelernter Beruf als Fachinformatiker aufgrund seiner Erkrankung als nicht mehr ausübbar darstellt, findet auch eine berufliche Umorientierung statt. Im Anschluss an die Rehabilitation war bereits ein Umschulungsplatz zum Industriemechaniker sichergestellt.

Diskussion und Fazit

Die beiden ausgewählten Fälle zeigen, dass der Rehakompass (SEMPRE/SEMRES) Betroffene mit einem geringen Chronifizierungsgrad frühzeitig identifizieren und eine Klärung hinsichtlich des Rehabilitationsbedarfs erreichen kann. Ebenso können Betroffene mit wenig ausgeprägter Rehabilitationsmotivation angesprochen und zur Antragsstellung motiviert werden. Weiterhin kann die ursprüngliche subjektive Problemeinschätzung der Teilnehmenden hinterfragt und bedarfsgerecht verändert werden.

Das Projekt Rehakompass wird bis Juni 2025 gefördert und entsprechend hält die Datenerhebung weiter an. Erste quantitative und qualitative Ergebnisse sind vielversprechend, jedoch noch zu wenig aussagekräftig, um eine finale Aussage über die Effektivität des Rehakompasses zu treffen.

Take-Home-Message

Der Rehakompass ist ein neuer, innovativer Zugangsweg in die Rehabilitation für Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen. Er ermöglicht eine frühzeitige, bedarfsgerechte Steuerung in die Rehabilitation und leistet Motivationsarbeit.

Literatur

Hildebrandt, S., Dehl, T., Zich, K., Nolting, H. D. (2023): Gesundheitsreport 2023. Analyse der Arbeitsunfähigkeiten. Gesundheitsrisiko Personalmangel: Arbeitswelt unter Druck. In: A. Storm, DAK-Gesundheit (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 44)

Deutsche Rentenversicherung Bund (2022): Rentenversicherung in Zeitreihen. DRV-Schriften Band 22.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Eine Meta-Synthese zur wirksamen Beratung im Return-to-Work-Prozess von Personen mit Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe

Anna-Lena Baasner[1]; Sofia Petrak[1]; Linda Albersmann[2]; Stefanie Gröhl[2]; Stella Lemke[1]; Matthias Bethge[1]

[1] Universität zu Lübeck; [2] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Personen mit Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe sollen möglichst dauerhaft in das Arbeitsleben integriert werden. Die Rückkehr in Arbeit mit gesundheitlichen Einschränkungen kann jedoch herausfordernd sein. Eine Beratung, die berufs- und arbeitsbezogene Fragen beantwortet, die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen koordiniert oder das Verfahren begleitet, kann diesen Prozess unterstützen (Dol et al., 2021). Ziel dieser systematischen Übersichtsarbeit war es, den aktuellen Stand der Forschung zu Faktoren einer wirksamen Beratung von Personen mit Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe zusammenzufassen.

Methoden

Die systematische Übersichtsarbeit wurde im International prospective register of systematic reviews (PROSPERO, Registrierungsnummer: CRD42023406420) registriert. Die Literaturrecherche erfolgte im März 2023 in den Datenbanken MEDLINE (PubMed), CINAHL, Web of Science, PsycINFO und PubPsych. Eingeschlossen wurden deutsch- und englischsprachige qualitative Einzelstudien aus dem Zeitraum 2013-2023, die Beratung zur beruflichen Teilhabe betrachteten. Studien mit Personen, die noch nicht oder nicht mehr im Arbeitsleben standen (z. B. Schüler*innen, Rentner*innen), wurden ausgeschlossen. Der Screeningprozess wurde von zwei Autorinnen unabhängig voneinander durchgeführt und unterschiedliche Entscheidungen diskutiert. Eine dritte Person hätte konsultiert werden können. Zur Bewertung der Studienqualität wurde das Critical Appraisal Skills Programme (CASP) verwendet. Die Analyse orientierte sich an dem meta-ethnografischen Ansatz nach Noblit und Hare (1988). Nach der Extraktion aller 1st order concepts aus den Primärstudien, wurden mittels reziproker Synthese studienübergreifende Kategorien (2nd order interpretations) gebildet. Abschließend erfolgte der Übertrag zu einem eigenen theoretischen Modell im Rahmen der 3rd order synthesis.

Ergebnisse

Wir identifizierten 2.901 Treffer, von denen wir 17 Studien in die Analyse einschlossen. Diese wurden in Australien, den USA, Kanada, in skandinavischen Ländern sowie Deutschland durchgeführt. Zehn Studien haben Berater*innen, fünf Klient*innen und zwei beide Personengruppen eingeschlossen. 15 Studien wiesen eine hohe und zwei eine moderate Qualität auf. Die extrahierten 1st order concepts translatierten wir in 37 2nd order interpretations. Durch Zuordnung zu vier Ebenen entstand während der 3rd order synthesis das „4-Ebenen-Modell der Wirksamkeit von Beratung zu beruflicher Teilhabe“. Das Modell

unterscheidet vier Ebenen von Faktoren, die die Wirkung von Beratung zur beruflichen Teilhabe determinieren.

Den Rahmen bildet die erweiterte organisationale Ebene, die Faktoren einschließt, die auf organisationalen Ebenen, wie z. B. der Abteilungsleitungsebene oder Unternehmensebene beeinflusst werden können. Hierzu zählen beispielsweise die gute Erreichbarkeit der Berater*innen, eine klare Aufgabenbeschreibungen oder ein zielgerichtetes, unkompliziertes Verfahren. Auf der nächsten Ebene, der Team- und Stakeholderebene, werden alle Faktoren zusammengefasst, bei denen Dritte den Beratungsprozess beeinflussen oder in diesen involviert sind. Hierzu zählen beispielsweise die strukturierte Zusammenarbeit sowie der regelmäßige Kontakt mit allen im Beratungsprozess involvierten Stakeholdern wie z. B. Arbeitgebern. Die Beratungsdyade, die dritte Ebene, beschreibt die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Berater*in und Klient*in. Hierzu zählen beispielsweise eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre, die Beachtung arbeitsbezogener Bedürfnisse und Ressourcen der Klient*innen oder eine ergebnisoffene, gute Kommunikation. Die individuelle Ebene der Berater*innen und Klient*innen umfasst Faktoren, die personenspezifisch und unabhängig von Dritten sind. Bei Berater*innen sind beispielsweise persönliche Charaktereigenschaften und Soft Skills sowie Fach- und Erfahrungswissen zu nennen. Für Klient*innen ist Motivation zur Rückkehr an den Arbeitsplatz ein relevanter Faktor.

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass wirksame Beratung auf unterschiedlichen Prozessebenen unter Einbezug verschiedener Akteur*innen ausgestaltet werden muss. Die Ergebnisse der Meta-Synthese können Verantwortlichen helfen, Probleme im Beratungsprozess zu identifizieren und Beratungsprozesse zu optimieren. Return- to- Work- Programme unterscheiden sich im internationalen Kontext, beispielsweise hinsichtlich der durchführenden Institution oder der Ausgestaltung der Beratung. Um die Ergebnisse auf den deutschen Kontext anzuwenden, muss die aktuelle Beratungspraxis auch vor dem Hintergrund der Änderungen analysiert werden, die mit dem Bundesteilhabegesetz einhergehen. Dies untersucht das Forschungsprojekt BTHG-RB, in dem diese systematische Übersichtsarbeit als Grundlage für die Weiterentwicklung der Reha-Fachberatung dient.

Take-Home-Message

Für eine wirksame Beratung bei Personen mit Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe sind auf vier Ebenen Faktoren zu beachten, die sowohl die individuelle Person, die Beratungsdyade, die Stakeholder im Beratungsprozess als auch die organisationale Ebene betreffen.

Literatur

Dol, M., Varatharajan, S., Neiterman, E., McKnight, E., Crouch, M., McDonald, E., Malachowski, C., Dali, N., Giau, E., MacEachen, E. (2021): Systematic Review of the Impact on Return to Work of Return-to-Work Coordinators. Journal of Occupational Rehabilitation, 31. 675-698.

Noblit, G.W., Hare, R.D. (1988): Meta-ethnography: Synthesizing Qualitative Studies. London: Sage.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Entwicklung und Erprobung eines Routinemonitoring für Qualifizierungsmaßnahmen im Berufsförderungswerk

Regina Weißmann; Joachim Thomas

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

Hintergrund und Zielstellung

Abbrüche und diskontinuierliche Verläufe in beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen stellen sowohl für die betroffenen Teilnehmenden, als auch die Leistungserbringer und Kostenverantwortlichen eine besondere Herausforderung und Problematik dar (Kardorff v. et al., 2013). Insbesondere vulnerable Personengruppen, wie beispielsweise Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen eine engmaschige Begleitung, um kritische Ereignisse im Maßnahmenverlauf zu identifizieren und darauf basierend individuelle Bedarfe zu ermitteln und unterstützende Maßnahmen zu ergreifen (Rauch et al., 2023). Das Forschungsprojekt „Erfolgsfaktoren beruflicher Rehabilitations- und Integrationsprozesse – Eine Untersuchung individueller Verläufe in Berufsförderungswerken (BRIV)“ untersucht unter Anderem, welche erfolgskritischen, neuralgischen Punkte sich im Prozess der beruflichen Rehabilitation identifizieren lassen und wie Teilnehmende beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in Berufsförderungswerken bestmöglich unterstützt werden können. BRIV ist ein Teilprojekt im Forschungsschwerpunkt zur „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ und wird von der DRV Rheinland-Pfalz sowie der DRV Bund gefördert. Als ein Baustein des Projekts wurde ein „Routinemonitoring“ entwickelt, welches das Ziel verfolgt, neuralgische Punkte, kritische Ereignisse und diskontinuierliche Verläufe sichtbar und als Grundlage für Beratung und Coaching im BFW nutzbar zu machen.

Methoden

Das Routinemonitoring besteht aus einem theoriegeleitet entwickelten Fragebogen bestehend aus 23 Items. Diese sind fünf Schlüsselbereichen zuzuordnen, welche für den erfolgreichen Verlauf einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme bedeutsam sein können: 1) Kompetenzerleben, 2) Gesundheitliche Situation, 3) Private Situation, 4) Situation in der Qualifizierungsmaßnahme und 5) Bewertung der aktuellen Gesamtsituation. Die Durchführung findet in den beteiligten Berufsförderungswerken

Birkenfeld und Koblenz in einem Rhythmus von sechs Wochen statt. Daraus ergeben sich Daten aus bis zu 7 Messzeitpunkten und insgesamt 337 Durchführungen. Die Stichprobe besteht aus N = 116 Teilnehmenden zweijähriger beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen (56.9 % männlich, 43.1 % weiblich) mit unterschiedlichen Qualifikations- und Integrationszielen (z.B. Verwaltung und Wirtschaft, IT, Technisches Produktdesign, Elektrotechnik, Qualitätswesen und Metalltechnologie). An die erste Kohorte von Teilnehmenden der beiden Berufsförderungswerke wurde zudem ein Evaluationsfragebogen verteilt, in dem die Teilnehmenden die 23 Items des Routinemonitoring hinsichtlich Verständlichkeit, wahrgenommener Relevanz für die berufliche Rehabilitationsmaßnahme und inhaltlicher Angemessenheit bewerten sollten. Der Evaluationsfragebogen wurde von N = 34 Personen ausgefüllt.

Ergebnisse

Die Evaluation der psychometrischen Eigenschaften des Routinemonitoring zeigt gute bis sehr gute interne Konsistenzen (Cronbach's α = .82 – .89). Die Korrelationen zwischen den einzelnen Messzeitpunkten weisen auf eine moderate bis hohe Retest-Reliabilität (r= - 46 – .79) hin, woraus sich ergibt, dass sich die Wahrnehmung der Teilnehmenden im Hinblick auf ihr Kompetenzerleben so-wie die Bewertung ihrer gesundheitlichen und privaten Situation zwischen den MZP verändert, während die Wahrnehmung der allgemeinen Gesamtsituation sowie der Situation in der Umschulung eher stabil bleibt. Die Auswertung des Evaluationsfragebogens weisen auf eine insgesamt hohe Akzeptanz des Routinemonitoring hin. Die Items vom Großteil der Teilnehmenden als verständlich, relevant für den Kontext der Umschulung und inhaltlich angemessen wahrgenommen.

Diskussion und Fazit

Die Auswertungen zeigen, dass mit dem Routinemonitoring ein reliables Instrument entwickelt wurde, das von den Personen, die sich für eine Teilnahme entscheiden, positiv wahrgenommen wird. Es kann existierende Instrumente, wie beispielsweise das sechsmonatige Prozessprofiling, sinnvoll ergänzen. Im weiteren Verlauf gilt es insbesondere die Teilnehmendenzahlen zu erhöhen und die Compliance an den einzelnen Messzeitpunkten zu erhöhen. Dies ist insbesondere auch für die Anwendung in der Praxis bedeutsam, damit eine umfassende Perspektive auf möglichst viele Teilnehmende zu möglichst vielen Zeitpunkten gewonnen werden kann. Die weitere Entwicklung des Projekts sieht zudem die Anwendung des Routinemonitoring als Instrument der Verlaufsdiagnostik und zur Evaluation entsprechender Interventionen. Dazu gehört auch, verschiedene Verlaufstypen und Einsatzszenarien zu identifizieren, aus denen sich Handlungsempfehlungen für die Nutzung des Routinemonitoring in Beratung und Coaching im Berufsförderungswerk ableiten lassen.

Take-Home-Message

Das Routinemonitoring stellt ein reliables Instrument dar, um individuelle Verläufe von Teilnehmenden beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen abzubilden und die Perspektive der Teilnehmen-den auf rehabilitationsrelevante Themen einzuholen.

Literatur

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, Abruf: 19.10.2023.

Rauch, A., Reims, N., Nivorozhkin, A. (2023): Herausforderungen und Anpassungsstrategien von Leistungserbringern in der beruflichen Rehabilitation – Eine gemischt-methodische Analyse. Die Rehabilitation, 62 (4), 207-215.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Gelingensbedingungen für berufliche Reha-Verläufe von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Nancy Reims[1]; Angela Rauch[1]; Silke Tophoven[2]

[1] IAB - Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung; [2] Hochschule Düsseldorf

Hintergrund und Zielstellung

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) werden weiterhin stark von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen (MmpB) in Anspruch genommen. Im Jahresdurchschnitt 2022 erhielten 52.969 Personen eine Anerkennung als berufliche*r Rehabilitand*in bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) mit dem Ziel einer beruflichen Erst- oder Wiedereingliederung. Bei 30% dieser Personen wird eine psychische Behinderung als (Haupt-)Grund für die Inanspruchnahme dokumentiert (Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2023). Hinzu kommen Menschen mit anderen Krankheitsbildern, die zusätzlich eine psychische Erkrankung aufweisen oder entwickeln. Um die MmpB gezielt beim Zugang zum ersten Arbeitsmarkt zu unterstützen, gibt es besondere Einrichtungen wie die Beruflichen Trainingszentren (BTZ) und die Einrichtungen für die Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK). Aber auch bei anderen Leistungserbringern beruflicher Rehabilitationsleistungen (LE) finden sich MmpB - mit steigender Tendenz. In einer Befragung von LE sehen 57% in dem gestiegenen Anteil von MmpB eine bedeutende Herausforderung für ihre Arbeit (Reims et al., 2020). Zudem zeigt sich, dass trotz eines umfangreichen Maßnahmeportfolios und behinderungsspezifischer Herangehensweisen seltener eine (nachhaltige) Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt erreicht wird (Reims, Tophoven 2018). So stellt sich die Frage: Was sind aus der Perspektive von Expert*innen bei LE und MmpB selbst sowie Kostenträgern Gelingensbedingungen für erfolgreiche Reha-Verläufe und nachhaltige Übergänge in den Arbeitsmarkt bei MmpB?

Methoden

Zur Beantwortung dieser Frage werden Daten zweier IAB-Forschungsprojekte (Tisch et al., 2017, Reims et al., 2020) herangezogen, um diese verschiedenen Perspektiven zusammenzuführen. Zum einen wurden Leistungserbringer, die qualifizierende rehabilitationsspezifische Maßnahmen in Kostenträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit (BA) durchführten sowie Mitarbeitende von Agenturen für Arbeit / Jobcenter mittels Expert:inneninterviews befragt. Zum anderen wurden Rehabilitand*innen der BA befragt. Aus letzteren Interviews wurden diejenigen von MmpB genutzt. Insgesamt werden qualitative narrative Interviews mit 31 MmpB der Erst- und Wiedereingliederung sowie Experteninterviews bei 32 LE und bei vier Agenturen für Arbeit bzw. Jobcentern genutzt und mithilfe der Inhaltsanalyse ausgewertet (Kuckartz, 2018).

Ergebnisse

Die Interviews mit den Geförderten selbst verdeutlichen, dass sich hinter MmpB eine heterogene Gruppe mit vielfältigen Diagnosen, Schweregraden und individuellen Unterstützungsbedarfen verbirgt. Ihr individueller Reha-Verlauf setzt sich aus unterschiedlichsten Maßnahmen zusammen, die der Diagnostik, der Findung einer beruflichen Perspektive sowie der Qualifikation dienen. Dabei durchlaufen sie krankheits- und situationsbedingt verschiedene Maßnahmen und Tätigkeiten, womit auch Einrichtungswechsel verbunden sind. LE bemängeln angesichts der Zunahme psychischer Erkrankungen bzw. der Zunahme von Mehrfacheinschränkungen bei Teilnehmenden eine teils fehlende Flexibilität und Individualität in der Maßnahmeerbringung mit starren Vorschriften der Kostenträger. Auch geeignetes Personal, Betreuungskontinuität und Motivation der Teilnehmenden werden als zentral angesehen. Sowohl LE als auch Teilnehmende betonen die Wichtigkeit, die LTA im eigenen, krankheitsadäquatem Tempo zu absolvieren. Hier verweisen die Expert*innen teils auf ein Dilemma zwischen individuellem Teilzeitbedarf und Vollzeitanforderungen der beruflichen Rehabilitation und des Arbeitsmarktes. Zudem benötigen Arbeitgeber und MmpB oftmals Unterstützung, die nach Maßnahmeende flexibel fortbestehen müsste.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen unterschiedlichste Ansatzpunkte um einen gelingenden Verlauf der beruflichen Rehabilitation sowie für einen (nachhaltigen) Arbeitsmarktübergang zu ermöglichen. So sollte z.B. die Weiterentwicklung der Maßnahmeangebote noch mehr als bisher eine stufenweise bzw. flexible Maßnahmebeteiligung ebenso wie krankheitsbedingte Unterbrechungen und Rückschritte ermöglichen. Zu berücksichtigen ist dabei auch, was die unterschiedlichen Akteure als Gelingensbedingung bewerten.

Take-Home-Message

Als besonders herausfordernde und anwachsende Gruppe benötigen MmpB für eine erfolgreiche Arbeitsmarktintegration besonders flexible Angebote in der beruflichen Rehabilitation sowie ebenso flexible Arbeitskontexte und Begleitung über die LTA hinaus.

Literatur

Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 4. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

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 (3), 184–192.

Reims, N., Rauch, A., Tophoven, S., Jahn, K., Neumann, K., Nivorozhkin, A., Baatz, A., Reinold, L., Dony, E. (2020): Perspektive der Leistungserbringer - Modul 4 des Projekts „Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben - Abschlussbericht“. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2023): Berufliche Rehabilitation – Deutschland, Berichtsmonat Januar 2023, Auftragsnummer 276651.

Tisch, A., Brötzmann, N., Heun K., Rauch, A., Reims, N., Schlenker, K, Tophoven, S. (2017): Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Qualitative Befragung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Förderbereich der Bundesagentur für Arbeit. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Multiperspektivischer Blick auf die Schnittstellen zwischen beruflicher Rehabilitation und betrieblichen Kontexten

Kathrin Ebener-Holscher; Julia Seefeld; Silke Tophoven

Hochschule Düsseldorf

Hintergrund und Zielstellung

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sind im besonderem Maße von Schnittstellen gekennzeichnet. Unterschiedliche Sozialgesetzbücher, verschiedene Kostenträger und Leistungserbringer sowie weitere Organisationen treffen hier aufeinander (Stöbe- Blossey et al., 2021). Weiterhin entstehen Schnittstellen in Übergängen zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie verschiedenen Phasen und Maßnahmen innerhalb des beruflichen Rehabilitationsprozesses (Seel, 2022). In den LTA kommt der Schnittstelle zu betrieblichen Akteuren eine besondere Bedeutung zu mit Blick auf das Ziel der nachhaltigen Re-Integration in den Arbeitsmarkt. Um diese zu erreichen, ist eine arbeitsmarktnahe Maßnahmeausgestaltung vorgesehen, die von vielen praktischen Phasen in betrieblichen Kontexten während der verschiedenen Maßnahmen gekennzeichnet ist und idealerweise in eine Beschäftigung übergeht (Jahn, Reims, 2021). Entgegen ihrer Wichtigkeit wurden die Schnittstelle zwischen Betrieben und Leistungserbringern in den LTA und die Betriebe als relevante Akteure im beruflichen Rehabilitationsprozess bislang erst vereinzelt in den Blick genommen (Jahn, Reims 2021).

Im beruflichen Rehabilitationsprozess werden die Rehabilitand*innen bei den Leistungserbringern von multiprofessionellen Teams begleitet. Die Fachkräfte in den Sozialdiensten fungieren dabei auch „als Koordinator zwischen Betrieb, Leistungsträger, Leistungserbringer und den Rehabilitanden“ (BAR 2016 § 2 Abs. 3). Der vorliegende Beitrag richtet den Blick auf diese Fachkräfte bei den Leistungserbringern, die an der Schnittschnelle

zu Betrieben agieren. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie werden Schnittstellen zwischen Leistungserbringen und betrieblichen Kontexten im beruflichen Rehabilitationsprozess ausgestaltet?

Methoden

Zur Untersuchung dieser Fragestellung werden Daten des Forschungsprojekts „Aufgaben und Nutzen Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation“ (ANSAB) genutzt, die in einem Mixed-Methods-Design erhoben wurden. Das qualitative Material besteht aus zwei Fokusgruppeninterviews an denen Sozialarbeiter*innen verschiedener Leistungserbringer, Leitungskräfte von Leistungserbringern, Reha-Berater*innen der DRV sowie eine Betriebsvertretung teilnahmen und vier Interviews mit Expert*innen zu besonderen Fallmanagementansätzen. Durchgeführt wurden diese 2022 in verschiedenen Regionen. Dieses Material wurde kombiniert mit einer deutschlandweiten standardisierten Onlinebefragung im Frühjahr 2023 von im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen bei Leistungserbringern mit LTA-Maßnahmen in Kostenträgerschaft der DRV, die über ein Verzeichnis von Leistungserbringer per E-Mail zur Befragung eingeladen wurden (n=109).

Ergebnisse

Der Kontakt zu Betrieben hat für Fachkräfte Sozialer Arbeit eine sehr hohe Wichtigkeit für die Erfüllung ihrer Aufgaben. 47 % der befragten Fachkräften schätzen diese Schnittstelle als sehr wichtig ein. Der Austausch mit Betrieben findet dabei sowohl in ihrer Funktion als Praktikumsstellen als auch als künftige Arbeitgeber statt. Die Betreuung und Begleitung von Rehabilitand*innen bei Betrieben erfolgt während der Praktikumsphasen und im Übergang in eine Beschäftigung. Dabei werden auch Stabilisierungsnetzwerke aufgebaut. Fachkräfte Sozialer Arbeit können durch den Austausch mit Rehabilitand*innen und Betrieben zudem eine Vermittlungsrolle einnehmen, die auch erfordern kann, zwischen abweichenden Interessen zu vermitteln und Lösungen zu finden. Hinzu kommt die Beratung von Betrieben. Relevant ist dabei auch das Funktionieren der Schnittstelle zwischen Kostenträgern und Betrieben, z.B. in Hinblick auf die Inanspruchnahme weiterer Leistungen. Als besonders relevant für die nachhaltige Arbeitsmarktintegration stellt sich dabei die Nachbetreuung der Rehabilitand*innen durch die Leistungserbringer heraus.

Diskussion und Fazit

Die der Schnittstelle zwischen Leistungserbringer und Betrieben zugeschriebene Wichtigkeit scheint sich im tatsächlichen Aufgabenportfolio von Fachkräften Sozialer Arbeit nicht immer im gleichen Maße widerspiegeln zu können. Nachsorge ist als wichtiges Element im beruflichen Rehabilitationsprozess vorgesehen (BAR 2019) und stellt sich auch im Rahmen der Studie im Sinne einer Nachbetreuung als sehr relevant und nicht verzichtbar heraus. Hier scheint aber eine weitere Spezifikation der Aufgaben nötig. Zu beachten sind dabei auch mögliche regionale Unterschiede. Problematisiert wird von Expert*innen dabei auch die teils mangelnde Inanspruchnahme von freiwilligen Nachsorgeangeboten durch die Rehabilitand*innen.

Take-Home-Message

Die Schnittstelle zwischen Leistungserbringern und Betrieben weist viele Facetten auf. Fachkräfte Sozialer Arbeit können hier als Bindeglied agieren und leisten so einen wichtigen Beitrag für das Ziel der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2019): Reha-Prozess. Gemeinsame Empfehlung. Frankfurt/Main: BAR.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2016): Sozialdienste. Gemeinsame Empfehlung. Frankfurt/Main: BAR.

Jahn K., Reims N. (2021): Fachkräfte und Unternehmen zusammenbringen – Kooperation zwischen Leistungserbringern und Unternehmen im Kontext der beruflichen Rehabilitation. Sozialer Fortschritt 70, 3, 167–186.

Seel H. (2022): System der Rehabilitation in Deutschland. In: Meyer T. et al. (Hrsg.): Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften. Bern: Hogrefe, 126-138.

Stöbe-Blossey S., Brussig M., Drescher S., Ruth, M. (2021): Schnittstellen in der Sozialpolitik. Analysen am Beispiel der Felder Berufsorientierung und Rehabilitation. Wiesbaden: Springer.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Netzwerke und Kooperationen in der beruflichen Rehabilitation (NEKOBERE)

Silke Werner; Sina Jädicke; Dieter Röh

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Hintergrund und Zielstellung

Trotz eines gut ausgebauten 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). Seit 2017 ist eine rückläufige Anzahl an Anträgen und erfolgten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zu konstatieren, trotz stagnierender Prävalenz psychischer Erkrankungen und hoher Zahl von Erwerbsminderungsrenten (DRV, 2022).

Der Schwerpunkt des Forschungsprojektes „NEKOBERE“ liegt auf Netzwerken und Kooperationen von Akteur*innen der beruflichen Rehabilitation: Rehabilitand*innen, begleitende Reha-Fachkräfte und Personalverantwortliche in Betrieben. Weitere Forschungsfragen richten sich auf die Qualität von sozialen Beziehungen und Unterstützung, die Rolle von ICF-Dimensionen sowie den Einfluss von regionalen Faktoren.

Dieser Beitrag fokussiert die Netzwerke von Rehabilitand*innen und Reha-Fachkräften, die Evaluation der beruflichen Rehabilitation aus Perspektive der Beteiligten sowie die Identifikation von förderlichen und hinderlichen Faktoren in Hamburg.

Methoden

Das Projekt verfolgt ein qualitativ-deskriptives Studiendesign mit explorativem Charakter.

Es wurden problemzentrierte Interviews mit Rehabilitand*innen und Reha-Fachkräften zu zwei Zeitpunkten (vor und nach) der beruflichen Erprobungsphase durchgeführt. Personalverantwortliche in Betrieben werden einmalig interviewt. In den Interviews wurden zur Erfassung der Netzwerkstrukturen egozentrierte Netzwerkkarten eingesetzt. Des Weiteren werden Fokusgruppen mit Personen aus dem Selbsthilfebereich und Reha-Fachkräften mit Erfahrungen in der beruflichen Rehabilitation durchgeführt.

Die Interviews werden mittels MAXQDA mit der qualitativ-strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz/Rädiker 2022), die Netzwerkkarten mit der qualitativ-strukturalen Netzwerkanalyse (Herz et al., 2015) mithilfe von Vennmaker ausgewertet. Die Ergebnisse werden zu Einzelfallstudien verdichtet und in Fallanalysen kontrastiert (Rosenthal, 2015).

Ergebnisse

Die Ergebnisse des vorgestellten Beitrags zielen auf die Evaluation von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, die innerhalb der Einrichtungen der Leistungserbringenden vor der Erprobungsphase in Betrieben stattfindet.

Im Zeitraum von Dezember 2022 bis September 2023 wurden insgesamt 36 Interviews in 4 Einrichtungen mit 17 Teilnehmenden und 19 Reha-Fachkräften in Hamburg durchgeführt. Bei den interviewten Reha-Fachkräften überwiegt der Anteil an Frauen (w=16/m=3), die meisten waren im Alter von 30 bis 50 Jahren. Bei den Teilnehmenden war der Anteil an Männern etwas höher (m=7/w=10), die Altersverteilung vergleichbar, allerdings waren sieben Personen über 50 Jahre alt.

Die Rehabilitand*innen konnten aufgrund ihrer psychischen Erkrankung ihren Beruf nicht mehr ausüben, überwiegend war der Anteil an mittel- bis schwergradigen Depressionen.

In den Interviews und Netzwerkkarten zeigt sich, welche sozialen Beziehungen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation eine wichtige Rolle spielen und welche Bedeutung und Qualität diese für die Rehabilitand*innen im privaten und rehabilitationsbezogenen sowie für die Reha-Fachkräfte im beruflichen Kontext aufweisen. Eine wichtige Funktion nimmt für die Rehabilitand*innen die erfahrene soziale Unterstützung ein (z.B. in emotionaler Form). Die Reha-Fachkräfte betonen berufs- und organisationsbezogene Unterstützungs- und Vernetzungsformen innerhalb wie außerhalb der leistungserbringenden Einrichtung (z.B. Teamarbeit, Kontakte zu Kostenträgern).

Die Bewertung der beruflichen Rehabilitation durch die Interviewten in allen Einrichtungen fällt gut aus, wenngleich auch Verbesserungsvorschläge genannt werden (z.B. Individualisierung, Teilzeitoption). Die Mehrzahl der Rehabilitand*innen sehen die berufliche Rehabilitation als Wendepunkt in ihrer Erwerbsbiografie an, der Potenziale für eine berufliche Neuorientierung bietet und in der sich die Einstellung zur Arbeit positiv verändert.

Weitere wichtige Faktoren für eine erfolgreiche Durchführung der beruflichen Rehabilitation sind die Beachtung der Erwerbsbiographie der Rehabilitand*innen, ihrer aktuellen gesundheitlichen Lage sowie die Einstellung zu bzw. den Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Diskussion und Fazit

Die Resultate des Forschungsprojektes weisen auf wichtige Faktoren einer gelingenden beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen hin und bieten Rückschlüsse auf die große Bedeutung von Netzwerken und Kommunikationsstrukturen der beteiligten Rehabilitand*innen und Reha-Fachkräfte im Rahmen der beruflichen Rehabilitation.

Take-Home-Message

Gefestigte Vernetzungsstrukturen sowie gute Kommunikation und Kooperation aller Beteiligten sind förderlich für den Erfolg einer beruflichen Rehabilitation.

Literatur

DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin, Dezernat Reha-Wissenschaften (Hrsg.) (2022): Reha-Bericht 2022, 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.

Rosenthal, G. (2015): Interpretative Sozialforschung: Eine Einführung. Grundlagentexte Soziologie (5. Aufl.): Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

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. Wiesbaden: Springer VS, 347-368.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Partizipative Entwicklung eines ICF-basierten Prozessprofiling für Berufsförderungswerke

Joachim Thomas[1,2]; Regina Weißmann[2]

[1] OrBiS GmbH; [2] Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

Hintergrund und Zielstellung

Das Prozessprofiling stellt ein wichtiges Instrument für die Planung, Steuerung, Erfolgskontrolle und Dokumentation des Rehabilitations- und Integrationsprozesses im Berufsförderungswerk dar. Die Selbsteinschätzung durch Teilnehmende und einer Fremdeinschätzung durch ein multiprofessionelles Team sollen als Grundlage für die Zielvereinbarung und Zielevaluation fungieren (Schellmann et al., 2012). Die aktive Beteiligung der Teilnehmenden am Rehabilitationsprozess und eine selbstbestimmte, selbstverantwortliche Mitgestaltung ist dabei ein wesentliches Grundanliegen

(RehaFutur, 2009). Für die Berücksichtigung rehabilitationsrelevanter Kompetenzen, Tätigkeiten und Kontextfaktoren bilden die ICF und das biopsychosoziale Modell eine wichtige konzeptionelle Grundlage, da sie eine ganzheitliche Betrachtung der Funktionsfähigkeit, eine konsequente Ausrichtung auf das Integrationsziel sowie eine personenzentrierte Förder- und Integrationsplanung ermöglichen. Der Entwicklungsprozess des vorliegenden ICF-basierten Prozessprofiling wurde von den Berufsförderungswerken Dresden, Köln, Hamm, Oberhausen, Weser-Ems und Bad Wildbad beauftragt.

Methoden

Das Prozessprofiling umfasst in der bestehenden Form 34 Items aus den Bereichen „Aktivitäten und Teilhabe“, „Umweltfaktoren“ und „Personbezogene Faktoren“. Jedes Item ist durch eine Definition der entsprechenden ICF-Kategorie sowie eine fünfstufige Ankerskala mit itembezogenen Beschreibungen operationalisiert. Die einzubeziehenden ICF-Kategorien wurden theoriegeleitet sowie im Diskurs mit den Fachkräften der beteiligten Berufsförderungswerke ausgewählt und in eine Selbst- und eine Fremdeinschätzungsform überführt. Die Logik der Ankerskalen orientiert sich an möglichen Handlungsbedarfen. Dem Instrument liegt ein partizipativer Entwicklungsprozess mit Mitarbeitenden und Teilnehmenden der beteiligten Berufsförderungswerke sowie zwei Evaluationsstudien zugrunde. In Studie 1 wurden mittels Fragebogen N=60 Teilnehmende und N=30 Fachkräfte befragt. Die Befragten waren gebeten das Prozessprofiling zu bearbeiten, eine Bewertung zu jedem Item auf einer dreistufigen Skala (gut/teils-teils/schlecht) abzugeben und zudem ihre Veränderungsvorschläge zu protokollieren. Im Anschluss fanden 12 Fokusgruppen mit Teilnehmenden und Mitarbeitenden in den beteiligten Berufsförderungswerken statt. Die daraus entstandenen Überarbeitungsvorschläge für das Prozessprofiling wurden mit dem Projektsteuerungskreis konsolidiert und eingearbeitet. Studie 2 umfasste die Profilingdaten von N=151 Teilnehmenden. Ziel war die Untersuchung der Nutzung der Antwortskala, der Antwortverteilung bei den einzelnen Items sowie möglicher Boden- und Deckeneffekte. Mitarbeitende und Teilnehmende bearbeiteten zudem einen weiteren Evaluationsbogen, der z.B. die Bewertung einzelner Items hinsichtlich Relevanz für die Zielvereinbarung, Förderplanung und Gesprächsführung sowie einige allgemeine Fragen zu Dauer, Ergebniswert und Nutzung des Prozessprofiling umfasste.

Ergebnisse

In der ersten Studie zeigte sich, dass die Items des Prozessprofilings von der Mehrheit der Teilnehmenden und Mitarbeitenden als gut formuliert bewertet wurden. Diese Bewertung gaben abhängig vom Item 64% bis 92% der Teilnehmenden sowie 53% bis 90% der Mitarbeitenden. Die Überarbeitungsvorschläge aus den Fokusgruppen resultierten in diversen sprachlichen und inhaltlichen Anpassungen. Zudem wurden 3 Items aus dem Prozessprofiling entfernt. In der zweiten Studie zeigte sich bei 9 Items in der Selbsteinschätzungsform ein leichter Deckeneffekt, da in mehr als 20% der Fälle die höchste Stufe vergeben wurde. Dies bezog sich häufiger auf Umweltfaktoren, die von den Teilnehmenden als optimale Förderfaktoren eingeschätzt wurden. Auch fanden sich beim Großteil der Items Bewertungen auf allen fünf Stufen, bei 12 Items war die niedrigste Stufe nicht vergeben. Erwartungsgemäß wurde über alle Items hinweg betrachtet am häufigsten die zweit- und dritthöchste Kompetenzstufe vergeben. Diese stehen für keine Verbesserungsnotwendigkeiten bzw.

geringe Verbesserungsnotwendigkeiten in Abhängigkeit zum angestrebten Rehabilitationsziel. Die Evaluation ergab, dass der Großteil der Mitarbeitenden einen Mehrwert zum vorherigen Vorgehen erkennt (69.5%) und insbesondere die Definitionen und itemspezifischen Ankerskalen (75.9%) als wertvoll für das Gespräch mit den Teilnehmenden und die Zielvereinbarung erachten. Seitens der Teilnehmenden gaben jeweils 68.8% an, den Profilingfragebogen hilfreich für das Zielvereinbarungsgespräch und die Gedanken über ihre Ziele im kommenden Maßnahmenzeitraum empfunden zu haben.

Diskussion und Fazit

Der Entwicklung des Prozessprofiling liegt ein intensiver partizipativer Entwicklungsprozess mit zwei Evaluationsphasen zugrunde, der die Perspektiven von Mitarbeitenden, Teilnehmenden und Wissenschaft miteinander vereint. Die Ergebnisse weisen insgesamt auf eine gute Akzeptanz durch Mitarbeitende und Teilnehmende hin. Die Ursprungsform mit 49 Items konnte im zweistufigen Evaluationsprozesses auf 34 Items (26 Aktivitäten, 4 Umweltfaktoren, 4 personbezogene Faktoren) reduziert werden, was eine ökonomische Durchführung unterstützt.

Take-Home-Message

Es hat sich als äußerst gewinnbringend erwiesen, sowohl die Sichtweise der Mitarbeitenden als auch die der Teilnehmenden in einem partizipativen Entwicklungsprozess mit einzubeziehen.

Literatur

Schellmann, C., Kleon, S., Arling, V., Spijkers, W. (2012): Erfolgskriterien aus dem Prozessprofiling und -monitoring (PP/PM) für einen erfolgreichen Abschluss von beruflichen Reha-Maßnahmen und eine erfolgreiche Integration. DRV-Schriften, Bd. 98. 257-259.

RehaFutur (2009): Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. URL: https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Veranstaltungen/100121_RehaFutur/RehaFutur_Kurzbericht.pdf, Abruf: 27.10.2023

Förderung: BFW Dresden, BFW Hamm, BFW Köln, BFW Oberhausen, BFW Weser-Ems, BFW Bad Wildbad

Return to Work und Inanspruchnahme des psychologischen Fachdienstes in Berufsförderungswerken – eine explorative quantitative Analyse

Mathis Elling[1]; Anna Maren Koch[2]; Gabriela Sewz[2]; David Bühne[1], Christian Hetzel[1],

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

Hintergrund und Zielstellung

Der wichtigste Erfolgsindikator der beruflichen Rehabilitation ist das Return to Work (RTW) nach Abschluss der Rehabilitation (Streibelt, Egner, 2013). Verschiedene Faktoren auf der Ebene des Individuums können einen Einfluss auf das RTW ausüben (Hetzel, Streibelt, 2016; Schmidt et al., 2011). Obwohl Berufsförderungswerke (BFW) routinemäßig Daten erheben, ist die Analyse dieser Daten in der Regel entweder auf das BFW selbst beschränkt oder wird nicht durchgeführt. Die vorliegende Studie versucht, diese Lücke zu schließen, indem sie Stammdaten und Daten der Leistungsklassifikationen für die berufliche Rehabilitation (LBR) eines BFW explorativ hinsichtlich des RTW auswertet. Dabei wurde ein Fokus gelegt auf die Inanspruchnahme des psychologischen Fachdienstes und dessen Einfluss auf das RTW. Der psychologische Fachdienst ist ein bedarfsorientiertes Angebot des BFW mit sowohl Einzelberatungen als auch Gruppenprogrammen. Die Forschungsfragen lauten:

1) Welche sozio-demografischen, gesundheitsbezogenen und rehabilitationsbezogenen Faktoren sind assoziiert mit RTW?
2) Ist die Inanspruchnahme des psychologischen Dienstes assoziiert mit RTW?

Methoden

Datengrundlage sind N = 861 Personen, die zwischen 2016 und 2018 eine Umschulung im BFW Dortmund begonnen und mindestens drei Monate in der Maßnahme verbracht haben. Die Daten umfassen Stammdaten, die vom BFW erhoben wurden, und routinemäßig erfasste LBR-Codes. Erfolgreiches RTW wurde operationalisiert als das Nachgehen von bezahlter Arbeit, entweder durch eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung oder durch eine selbständige Tätigkeit (erhoben per Nachbefragung durch das BFW). Zur Vorhersage des RTW erstellten wir ein logistisches Modell mit Geschlecht, Alter, Internatsstatus, ICD Diagnose, Anzahl Diagnosen, Berufsfeld des Umschulungsberufs, Träger der Maßnahme und reguläres Maßnahmeende. Zur Analyse des Einflusses der Inanspruchnahme des psychologischen Dienstes wurde ein Interaktionsterm mit der Fehlzeitenquote in das RTW-Modell aufgenommen.

Ergebnisse

Verschiedene Faktoren waren statistisch signifikant assoziiert mit RTW, darunter sowohl sozio-demografische Faktoren (z.B. das Alter, OR 0.96, 95% CI 0.93 – 0.98), gesundheitsbezogene Faktoren (z.B. die Anzahl der Diagnosen, OR 0.85, 95% CI 0.77 – 0.93) als auch rehabilitationsbezogene Faktoren (z.B. das reguläre Maßnahmeende, OR 4.19, 95% CI 2.61 – 6.76). Des Weiteren wurde eine statistisch signifikante Interaktion (p = 0.023)

zwischen der Fehlzeitenquote und der Inanspruchnahme des psychologischen Dienstes gefunden, die darauf hindeutet, dass es einen Kompensationseffekt gibt, d.h. dass die Inanspruchnahme des psychologischen Dienstes den negativen Effekt von Fehlzeiten auf RTW abschwächt.

Diskussion und Fazit

Eine explorative Analyse der Stammdaten und LBR-Codes eines Berufsförderungswerks bietet einen informativen Einblick in den Einfluss verschiedener Faktoren auf das RTW. Die Fehlzeitenquote fungierte in der Analyse als Proxy-Variable für Gesundheit im weiteren Sinn und es bedarf einer Untersuchung mit Facetten von (psychischer) Gesundheit (z.B. Depressivität) zur Validierung dieses Ergebnisses. Eine Ausweitung auf weitere BFW und die Verwendung aktuellerer Daten würde die Generalisierbarkeit der Befunde erhöhen. Darüber hinaus könnte die Erhebung psychologischer und verhaltensbezogener Faktoren, wie beispielsweise Resilienz, ein umfassenderes Verständnis ermöglichen. Interessant wäre auch eine Ausweitung der Untersuchung auf weitere Fachdienste.

Take-Home-Message

Verschiedene Faktoren waren signifikant assoziiert mit RTW, darunter sowohl sozio-demografische Faktoren, gesundheitsbezogene Faktoren als auch rehabilitationsbezogene Faktoren, wobei Interaktionen zwischen Faktoren besonders informativ waren.

Literatur

Hetzel, C., Streibelt, M. (2016): Hängt die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen vom Arbeitsmarkt ab? In: Ergebnisse von Mehrebenen-Analysen auf Basis von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung 55 (05), S. 290–298. DOI: 10.1055/s-0042-113932.

Schmidt, C., Flach, T., Begerow, B. (2011): Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Wiedereingliederung in Arbeit. Hg. v. iqpr. Online verfügbar unter https://www.iqpr.de/iqprweb/public/dokumente/forschung/abgeschl_projekte/Abschlussbericht_DRV1.pdf.

Streibelt, M., Egner, U. (2013): Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. In: Ergebnisse von Mehrebenen-Analysen auf Basis von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung 52 (2), S. 111–118. DOI: 10.1055/s-0032-1323670.

Interessenkonflikt: AMK und GS sind Angestellte des Berufsförderungswerks Dortmund.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Typologie diskontinuierlicher Verläufe in der beruflichen Rehabilitation – Ergebnisse einer qualitativen Längsschnittstudie in Berufsförderungswerken

Stefan Dreßke; Heike Ohlbrecht

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Hintergrund und Zielstellung

Das Projekt „Erfolgsfaktoren beruflicher Rehabilitations- und Integrationsprozesse – eine Analyse individueller Verläufe in Berufsförderungswerken (BRIV)“ aus dem Förderschwerpunkt der DRV „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ reagiert auf vielfältige Herausforderungen für die Gestaltung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei aufgeschichteten Problemlagen Rehabilitierende, die sich aus dem Zusammenspiel von psychischer und körperlicher Krankheit, familiären Krisen, finanziellen Engpässen und beruflichen Belastungen ergeben können (Bartel, 2018, von Kardorff et al., 2013). Die Problemkonstellationen können zu diskontinuierlichen Verläufen führen, etwa zum Ab- oder Unterbrechen von Maßnahmen (LTA) oder dem Treffen neuer Arrangements in Familie und im Arbeitsleben. Diskontinuität wird dabei in zweifacher Hinsicht definiert: aus der Perspektive der Lebenswirklichkeit der Teilnehmenden als Abweichungen von geplanten Lebensentwürfen und aus der Perspektive der administrativen Steuerung als Abweichen von festgelegten institutionellen Versorgungspfaden. Gefragt wird im Vortrag nach den Verlaufsstrukturen, in den die Teilnehmenden institutionelle Regulierungen mit ihren Lebenswirklichkeiten vereinbaren.

Methoden

In einem qualitativen Längsschnittdesign wurden in den Berufsförderungswerken Birkenfeld und Bad Wildbad 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 waren 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. Die dadurch identifizierten diskontinuierlichen Verläufe wurden in einen zweiten Schritt vertieft im Hinblick auf die Synthetisierung der Problemarenen (Familie, Finanzen, Gesundheit, Erwerbsperspektive, Anforderung der Umschulung) in einer Zeitachse thematisch kodiert.

Ergebnisse

Vorgestellt wird eine Typologie diskontinuierlicher und drohender diskontinuierlicher Verläufe von Umschulungen in BFW im Rahmen der LTA. (1) Beim Typus der „drohenden Diskontinuität“ werden gemeinsam mit den Mitarbeitenden der BFW

Individuallösungen („Ausnahmeregeln“) für soziale und psychosomatische Probleme gesucht. (2) Beim Typus der „geregelten Diskontinuität“ handelt es sich um einen geplanten Abbruch, zumeist etwa bei Schwangerschaften oder aus Gesundheitsgründen bei somatischen chronischen Erkrankungen, in der eine Wiederkehrperspektive in die LTA avisiert ist. (3) Beim Typus der „Diskontinuität bei Problemaufschichtung“ erfolgen Abbrüche von LTA aufgrund der Zunahme psychosomatischer, psychiatrischer und sozialer Probleme durch Belastungen in der Familie, ökonomischer Unsicherheiten und Überforderungen in der Umschulung. (4) Beim vierten Typus der „latente Problemaufschichtung“ ist die komplexe Lebenswirklichkeit den Mitarbeitenden der BFW kaum bekannt, wodurch ein aus ihrer Sicht plötzlicher Abbruch der Maßnahme erfolgen kann.

Diskussion und Fazit

Die Gemeinsamkeiten aller Typen besteht darin, dass standardisierte Verfahren an ihre Grenzen stoßen und bei Mitarbeitenden und Teilnehmenden Kreativitätsprozesse angestoßen werden, in denen institutionelle Regeln auf ihre Graubereiche hin ausgedeutet und auf die zu lösende Situation angewendet werden. Eine zentrale Kompetenz auf Seiten der Teilnehmenden besteht in der Artikulationsfähigkeit gegenüber den Mitarbeitenden im Hinblick auf ihre Problemlagen; korrespondierend sind auf Seiten der Mitarbeitenden zunehmend sozialpädagogisch-therapeutische Kompetenzen zu beobachten. Beide Handlungskompetenzen stoßen allerdings beim vierten Typus der „latenten Problem-aufschichtung“ an ihre Grenzen.

Take-Home-Message

Die Aushandlung konkreter Versorgungsverläufe bei problematischen Fallkonstellationen verlangt von allen Beteiligten Artikulationsfähigkeit und Kreativität zur Ausnutzung von Handlungsspielräumen.

Literatur

Bartel, S. (2018): Arbeit – Gesundheit – Biographie. Gesundheitsbedingte Neuorientierungsprozesse im Erwerbsleben. Bielefeld: transcript.

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

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Wiedereingliederung mit der Einstiegsprämie: Wirksamkeit einer innovativen LTA-Maßnahme aus Versichertenperspektive

Anne Ostermann

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Die Einstiegsprämie (ESP) ist eine innovative Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), die im Rahmen des rehapro-Förderprogramms von der DRV Braunschweig-Hannover (BS-H) und der DRV Mitteldeutschland (MD) angeboten wurde. Ziel ist eine rasche, selbstständige und nachhaltige Wiedereingliederung von Personen, die aufgrund länger bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen eine Unterstützung bei der Arbeitsaufnahme benötigen. Sie wird als Wahlalternative zum Eingliederungszuschuss (EGZ) angeboten, womit ein Wunsch-und Wahlrecht für die Versicherten nach § 8 SGB IX realisiert werden soll. Während der EGZ eine Leistung an den Arbeitgeber darstellt und Höhe und Leistungsdauer individuell vereinbart werden, wird die ESP in Höhe von bis zu 400€ monatlich für sechs Monate direkt an den Arbeitnehmer ausgezahlt. Nach dem 12. Beschäftigungsmonat erfolgt die Auszahlung einer einmaligen Erfolgsprämie. Die ESP soll zur Beschäftigungsaufnahme motivieren, zur Deckung persönlicher Bedarfe beitragen und Teilhabechancen verbessern (Hirseland et al., 2012). Die Wiedereingliederungsquote ist Hauptzielkriterium und wird anhand von Reha-Statistik-Daten analysiert. Die hier vorliegende Analyse beleuchtet anhand von Fragebogen und Interviewdaten die Wirksamkeit der Maßnahme aus Sicht der ESP-Beziehenden.

Methoden

Im Rahmen eines Mixed Methods Designs wurden alle ESP-Beziehenden gebeten zu Beginn (T1) und zum Ende des Leistungsbezugs (T2) an einer Fragebogenerhebung teilzunehmen. Für die Rücksendung der Fragebogen wurde eine Aufwandsentschädigung gezahlt. Die Beurteilung der ESP-Wirksamkeit bei der Beschäftigungsaufnahme stellte das zentrale Zielkriterium der quantitativen Analyse dar, weshalb der T1 Fragebogen herangezogen wurde. Unterschiede zwischen den Gruppen von Teilnehmenden nach Geschlecht und Region wurden aufgrund ordinalskalierter Daten mithilfe des Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben analysiert. Um die Nutzer-Perspektive tiefer einbeziehen und die Wirkungsweise weiter differenzieren zu können, wurden qualitative Interviews mit ESP- Beziehenden geführt. Der Leitfaden umfasst u.a. Fragen zu Lebens- und Arbeitssituation, zum ESP-Bezug und zu den Erwartungen der Befragten hinsichtlich ihrer weiteren Erwerbstätigkeit. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach einem Grounded-Theorie-Verfahren (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014).

Ergebnisse

Im Interventionszeitraum haben N = 528 Personen die ESP bezogen (n(MD) = 225, n(BS- H) = 303.

Fragebogenerhebung: 280 Versicherte haben den T1 Fragebogen zurückgesandt (Rücklaufquote T1 53%). 35,6% davon sind weiblich. Die Befragten waren zwischen 24 und 65 Jahre alt (Mittelwert = 48,75, Std.-Abweichung = 8,228).

Die Frage ob die ESP den Einstieg in die Erwerbsarbeit erleichtert hat beantworten 58% mit sehr (4), 30,1% mit etwas (3), 7,4% mit kaum (2) und 3,3% mit gar nicht (1). Hinsichtlich dieser Beurteilung wurde kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern festgestellt. (U=7460.000, z=-1,173, p=.241). Der Median liegt in beiden Gruppen bei 4, was einer sehr großen Erleichterung des Einstiegs in die Erwerbsarbeit entspricht. Auch zwischen den Modellregionen zeigt sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Bewertung der Wirksamkeit (BS-H: Mdn=4, MD: Mdn=4. U=7407.500, z=-.734; p=.463).

Interviews: Es wurden 22 Interviews geführt. Davon waren 11 Interviewte männlich, 11 weiblich, 10 Versicherte der DRV MD, 12 Versicherte der DRV BS-H. Vier Befragte haben den Bezug der ESP abgebrochen. In Übereinstimmung mit den Fragebogen-Daten beschrieben die Interviewten die ESP fast ausnahmslos als unterstützend in der Zeit der Wiedereingliederung. Am häufigsten verwendet wird die ESP für Mobilität. Fehlende Mobilität stellt einen Hemmfaktor für die Arbeitsaufnahme dar. Neben der Deckung sonstiger Lebenshaltungskosten wird die ESP in Einzelfällen für Hilfsmittel oder Arbeitskleidung eingesetzt. Der ESP kommt eine stabilisierende Bedeutung für die Versicherten zu. Diese kann sich auf die allgemeine Lebenssituation während der Beschäftigungsaufnahme beziehen oder konkret auf das Arbeitsverhältnis. Letzteres ist z.B. der Fall, wenn die ESP es ermöglicht ein gesundheitsgerechtes Beschäftigungsverhältnis mit guter Nachhaltigkeitsperspektive zu halten obwohl es gerade zu Beginn der Arbeitsaufnahme finanzielle Engpässe gibt und der Wechsel in ein anderes Arbeitsverhältnis möglicherweise kurzfristig lukrativer wäre.

Diskussion und Fazit

Die positive Bewertung der Wirksamkeit durch die Versicherten soll mit der Wiedereingliederungsquote abgeglichen und in die Gesamtbeurteilung der Maßnahme einbezogen werden. Die Ergebnisse aus den Interviews legen nahe, dass die freie Verwendbarkeit für individuelle Bedarfe zur breiten Wirksamkeit der ESP beiträgt. Die vorliegenden Ergebnisse können zur Interpretation der Reha-Statistik-Daten herangezogen werden.

Take-Home-Message

Aus Versichertenperspektive erleichtert die ESP die Wiederaufnahme einer Erwerbsarbeit, indem die Verwendung für individuelle Bedarfen Hemmfaktoren wie z.B. Mobilitätseinschränkungen entgegen wirkt.

Literatur

Hirseland, A., Ramos Lobato, P., Ritter, T. (2012): Soziale Teilhabe durch geförderte Beschäftigung? Das Beispiel des Beschäftigungszuschusses. WSI Mitteilungen 2/2012, 94 – 102.

Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch (4. erweiterte Auflage), München, Oldenbourg Verlag.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Zur Validität der Dokumentation sozialarbeiterischer Leistungskodes in der Leistungsklassifikation Berufliche Rehabilitation (gemeinsame Ergebnisse aus dem SABER- und ANSAB-Projekt)

Tobias Knoop[1]; Kathrin Ebener-Holscher[2]; Cynthia Richter[1]; Nadja Scheiblich[1]; Silke Tophoven[2]; Thorsten Meyer-Feil[1]

[1] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; [2] Hochschule Düsseldorf

Hintergrund und Zielstellung

Im Juli 2017 hat die Deutsche Rentenversicherung (DRV) die Leistungsklassifikation Berufliche Rehabilitation (LBR) zur Sicherstellung der Prozessqualität bei Leistungen zur Teilhabe verpflichtend eingeführt (DRV, 2016). Bei der Entwicklung konnten noch keine Aussagen zur Validität der Dokumentation unter Alltagsbedingungen getroffen werden (Radoschweski et al., 2015). Bei der Einführung der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) im Rahmen der medizinischen Rehabilitation hatte insbesondere die Soziale Arbeit Schwierigkeiten mit der Dokumentation ihrer Leistungen (Volke & Brüggemann, 2010). Die Projekte SABER (Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation) und ANSAB (Aufgaben und Nutzen Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation) aus dem Forschungsschwerpunkt „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ der DRV befassen sich mit der LBR aus Perspektive der Sozialen Arbeit. Dazu nutzen wir eine Auswertung der dokumentierten LBR sowie eine Befragung von im Bereich der Sozialen Arbeit Tätigen zur Anwendung der LBR im Arbeitsalltag. Ziel der projektübergreifenden Untersuchung sind erste Hinweise auf die Validität der Dokumentationen sozialarbeiterischer Leistungskodes in der LBR durch einen Vergleich von Prozessdokumentation und Angaben zur Häufigkeit im Rahmen der Befragung.

Methoden

Das SABER-Projekt nutzte mit Qualitätssicherungsdaten verknüpfte, administrative Daten des Scientific Use Files " Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2013- 2020 – FDZ-RV“. Damit lagen Daten von n=237.012 Versicherten mit m=413.733 Reha-Leistungen vor. Nach Ausschluss aller Leistungen ohne LBR-Dokumentation (86,4%) und Berücksichtigung nur der letzten Leistung je Versicherter/n je Maßnahmenart wurden mLBR+ = 51.921 Leistungen ausgewertet. Das ANSAB-Projekt versendete Einladungen zur Online-Befragung im Hauptzugangsweg an ein Verzeichnis von k=265 Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. n=285 Personen nahmen an der Befragung teil. nLBR+=109 dieser Personen machten Angaben zur LBR-Dokumentation. Die LBR liegen als 9-stelliger Kode mit Angaben zu Leistungseinheit, Häufigkeit und Dauer vor. Als sozialarbeiterische Kodes gelten zunächst die fünf Kodes, die lt. LBR vornehmlich von Fachkräften der Sozialen Arbeit geleistet werden sollen (vgl. Tab. 1). Die Teilnehmenden der Online-Befragung des ANSAB- Projektes beantworteten u.a. die Häufigkeit der Ausübung von Aufgaben nach den LBR-Kodes auf einer 5-Point-Likert-Scale (nie – immer). Zur Einschätzung der Validität der Angaben zur Häufigkeit wurde die Übereinstimmung der Dokumentation und der Angaben der Befragten mithilfe von Rangkorrelationen rho berechnet. Dabei wurden die LBR-Kodes nach dem Mittelwert der ANSAB-Befragungen bzw. nach der dokumentierten Inanspruchnahme, d.h. der Anteil der Rehabilitand*innen mit mindestens einmaliger Dokumentation des LBR- Kodes, und der

durchschnittlichen LBR-Dauer in Minuten je Fall und Reha-Maßnahme bzw. Woche (SABER-Sekundäranalysen der LBR-Daten) sortiert und korreliert.

Ergebnisse

In der Tab. 1 sind die Ergebnisse der SABER-Analysen denen der ANSAB-Befragung getrennt nach Profession gegenübergestellt. Tab. 2 beinhaltet die entsprechenden Rangkorrelationen und zeigt einen hohen bis maximalen Zusammenhang mit den Anteilen der Rehabilitand*innen und weniger hohe und inverse Zusammenhänge mit der Dokumentationsdauer.

Tab. 1:

		ANSAB-Projekt						SABER-Projekt					
		Häufigkeit H						Anteil Rehabilitand*innen (AR) [a]		Umfang Rehabilitand*innen (UR) [b]			
		Alle Befragten		Studium Sozialer Arbeit (n=58)		Kein Studium Sozialer Arbeit (n=51)				I		II	
LBR Kode (DRV, 2016)		MW 1-5	Rang	MW 1-5	Rang	MW 1-5	Rang	%	Rang	Min/ **Reha**	Rang	Min/ **Woche**	Rang
A030	Erhebung der Sozial-anamnese	4,47	1	4,61	1	4,3	1	66,3	1	45,2	4	10,4	3
K110	Sozial-rechtliche Beratung	3,03	4	3,18	4	2,61	5	15,0	4	76,1	3	11,1	2
L040	Beratung zu gesundheits-bezogenen Themen	3,63	3	3,71	3	3,53	3	16,9	3	281,6	1	38,0	1
P010	Fallbezogene Abstimmung mit dem Reha-Berater	4,13	2	4,23	2	4	2	47,0	2	64,5	5	7,3	5
P040	Vermittlung in zusätzliche externe Maßnahmen	2,68	5	2,68	5	2,68	4	2,4	5	218,9	2	9,5	4

Notizen ANSAB = Aufgaben und Nutzen Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation, SABER = Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation, LBR = Leistungsklassifikation berufliche Rehabilitation, MW = Mittelwert; [a] nach Häufigkeit gewichteter Mittelwert des Anteils je Maßnahmenart, [b] nach Häufigkeit gewichteter Mittelwert des mittleren Umfangs je Maßnahmenart

Tab. 2:

	Rang-Korrelationskoeffzient *rho*		
Korrelation	Alle Befragten	Studium Sozialer Arbeit (n=58)	Kein Studium Sozialer Arbeit (n=51)
H*AR	1	1	0,9
H*UR I	-0,7	-0,7	-0,6
H*UR II	-0,1	-0,1	-0,3

Notizen H = Häufigkeit (aus den Angaben der Befragten des ANSAB-Projekts), AR = Anteil Rehabilitand*innen mit Inanspruchnahme (aus den Sekundäranalysen der administrativen Daten des SABER-Projekts), UR I = Umfang LBR Leistungen je Rehabilitand*in je Maßnahme (in Minuten je Reha, SABER-Projekt), UR II = Umfang LBR Leistungen je Rehabilitand*in je Maßnahme (in Minuten je Woche)

Diskussion und Fazit

Bezüglich der Häufigkeit im Verhältnis der Leistungen zueinander ist von einer hohen Validität der Dokumentation auszugehen. Eine solche Aussage ist bezüglich der Dauer nicht möglich; hier standen die Angaben auch in einem inversen Zusammenhang. Mit den Daten können keine Angaben zur Validität der absoluten Werte der Inanspruchnahme gemacht werden. Zur Einschätzung des Rücklaufs der Online-Befragung (ANSAB-Projekt) fehlen Zahlen zu Sozialarbeiter*innen in der beruflichen Rehabilitation insgesamt. Das späte Einführungsjahr der LBR im SUF führt zu einem Oversampling eher kürzerer Maßnahmen (SABER-Projekt). Im ANSAB-Sample kommen ca. 45,0 % der Befragten aus Beruflichen Trainingszentren (BTZ) und Rehabilitationseinrichtungen Psychisch Kranker (RPK). Daher kamen in den SABER-Daten nur ca. 4,5 % der Leistungen. Es ist nicht ersichtlich, ob tatsächlich Sozialarbeiter*innen die Leistung dokumentierten. Weitere Professionen kommen dafür in Frage (z.B. Psychologie, Reha-Pädagoge). Diese Professionen sind im ANSAB-Sample ebenfalls vertreten. Im weiteren Verlauf sollten zum einen die Interviews im SABER-Projekt für weitere Validitätsanalysen genutzt werden. Zudem soll mit neueren Daten für weitere Hinweise auf die Validität die dokumentierte Inanspruchnahme der Leistungen mit Merkmalen der Rehabilitand*innen und des Reha-Prozesses in einen Zusammenhang gebracht werden. Ein zentrales Ziel des ANSAB-Projektes ist die Analyse, ob von der Sozialen Arbeit weitere Aufgaben übernommen werden, die ihr z.B. in der LBR nicht explizit zugeschrieben werden.

Take-Home-Message

Die projektübergreifenden Ergebnisse des ANSAB und SABER-Projektes sprechen teilweise für die Validität der LBR-Dokumentation sozialarbeiterischer Leistungen; weitere Analysen sind notwendig und bereits in den Projekten eingeplant.

Literatur

DRV Bund (Hg.) (2016): LBR. Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation. 1. Aufl. Berlin

Radoschewski, FM., Lay, W., Mohnberg, I. (2015): Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (LBR): Abschlussbericht zum Projekt LBR-Pilot. Berlin

Volke, E., & Brüggemann, S. (2010): Reha-Therapiestandards sichern Qualität: Welchen Anteil hat die Soziale Arbeit und wie kann die dies dokumentieren?. FORUM Sozialarbeit + Gesundheit, 32–34.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd, Deutsche Rentenversicherung Bund

Behaviour Change Techniques (BCTs) zur Unterstützung von Verhaltensänderungsprozessen in gesundheitspädagogischen Interventionen der berufsdermatologischen, stationären Rehabilitation

Nele Ristow; Marc Rocholl; Annika Wilke; Swen Malte John; Michaela Ludewig

Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation
an der Universität Osnabrück

Hintergrund und Zielstellung

Berufsbedingte Hauterkrankungen zählen zu den häufigsten berufsbedingten Erkrankungen in Deutschland (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, 2023). Es ist bekannt, dass die Umsetzung eines adäquaten Hautschutzverhaltens einen wichtigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen kann. Vor diesem Hintergrund sind gesundheitspädagogische Interventionen in Form von Gruppenschulungen und Einzelberatungen zentrale Elemente, z. B. als Teil der stationären, interprofessionellen Rehabilitationsmaßnahme (stationäre Individualprävention). Das Ziel dieser Interventionen ist es, die Erkrankten dabei zu unterstützen, ihr Hautschutzverhalten zu verändern. Dabei werden sogenannte „Behaviour Change Techniques“ (BCTs) eingesetzt. Sie beschreiben die aktiven und kleinsten Komponenten einer Intervention zur Verhaltensänderung sowie die Inhalte in einer standardisierten Form. Welche BCTs im zugrundeliegenden Anwendungsfeld angewendet werden, wurde bislang jedoch nicht systematisch analysiert.

Vor diesem Hintergrund bestand das Ziel dieser Studie darin, die eingesetzten BCTs zur Änderung von Hautschutzverhalten in den gesundheitspädagogischen Interventionselementen der berufsdermatologischen, stationären Rehabilitation zu identifizieren und systematisch zu berichten (Ristow et al., 2023).

Methoden

Zur Kodierung der BCTs wurde die BCT Taxonomie v1 verwendet, die 93 definierte BCTs in 16 übergeordneten Kategorien zusammenfasst (Michie et al., 2013). In einem ersten Schritt wurde im Rahmen einer Dokumentenanalyse retrospektiv Schulungsmaterialien, Patientenbroschüren und Publikationen zu gesundheitspädagogischen Interventionen von zwei Gesundheitspädagoginnen unabhängig voneinander analysiert. Nach einer Zusammenführung der Ergebnisse wurden diese um Leitfragen-basierte Feldbeobachtungen in vier Gruppenschulungen und zwei Einzelberatungen ergänzt. Das Ziel der Feldbeobachtungen war es, die Ergebnisse der Dokumentenanalyse zu verifizieren, die Häufigkeiten einzelner BCTs zu identifizieren und die praktische Umsetzung einzelner BCTs zu analysieren. Im Anschluss wurde ein gemeinsames Ergebnis im Forschungsteam konsentiert (Abb. 1).

Abb. 1: Prozess der Kodierung von BCTs in gesundheitspädagogischen Interventionselementen

Ergebnisse

Insgesamt wurden 23 verschiedene BCTs in 10 der 16 übergeordneten Kategorien identifiziert. 13 BCTs wurden mehr als einmal und in unterschiedlichen Interventionselementen kodiert. Die häufigsten BCTs, die in den Interventionselementen eingesetzt werden, sind BCT 4.1 „Anleitung zur Ausführung des Hautschutzverhaltens“ (n=15), BCT 5.2 „Bedeutsamkeit der Konsequenzen betonen“ (n=12), BCT 5.1 „Informationen zur Hautgesundheit“ (n=9) sowie BCT 6.1 „Demonstration des Hautschutzverhaltens“ (n=7).

Diskussion und Fazit

Der ausgewählte Forschungsansatz dieser Arbeit hat sich als geeignet erwiesen, um BCTs in den gesundheitspädagogischen Interventionselementen der berufsdermatologischen, stationären Rehabilitation retrospektiv zu identifizieren. Durch die systematische Zusammenfassung der Interventionsinhalte lässt sich das übergeordnete Ziel der gesundheitspädagogischen Interventionen ableiten, das darin besteht, Erkrankte über ihre Hautkrankheit zu informieren, das neue Zielverhalten einzuüben und die Erkrankten hinsichtlich der Umsetzung des neuen Verhaltens nach der Rehabilitationsmaßnahme vorzubereiten (z. B. durch Handlungs- und Bewältigungsplanung). Die Ergebnisse zeigen auch Dimensionen der Verhaltensänderung auf, die noch nicht in der Intervention repräsentiert sind, z. B. im Hinblick auf Strategien, die eine langfristige Verhaltensumsetzung nach der Entlassung unterstützen.

Die standardisierte Beschreibung der Interventionsinhalte kann Personen, die in die Versorgung beruflich Hauterkrankter involviert sind, bei der gezielten Auswahl und dem Einsatz von Strategien helfen, um die Betroffenen im Prozess der Verhaltensänderung zu

unterstützen. Offen bleibt derzeit jedoch, welche BCTs zur nachhaltigen Veränderung von Hautschutzverhalten besonders wirksam sind. Diese Forschungsfrage sollte in zukünftigen Arbeiten adressiert werden.

Take-Home-Message

Im zugrundeliegenden Anwendungsfeld der gesundheitspädagogischen Interventionen in der Berufsdermatologie werden BCTs gezielt eingesetzt werden, um beruflich Hauterkrankte im Prozess der Verhaltensänderung zu unterstützen.

Literatur

Ristow, N., Rocholl, M., Wilke, A., John, S.M., Ludewig, M. (2023): Using Behaviour Change Techniques (BCTs) to characterise a patient education intervention in tertiary individual prevention of work-related skin diseases. Unveröffentlichtes Manuskript.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2023): DGUV-Statistiken für die Praxis 2022. Aktuelle Zahlen und Zeitreihen aus der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. URL: https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4767 (Datum: 10.10.2023):

Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W. (2013): The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building and International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. Annals of behavioral medicine, 46, 1. 81-95.

Linkage der Reha-Statistik-Datenbasis mit Primärdaten: Anwendungsbeispiele anhand von Leistungsketten bei psychischen Erkrankungen

Christian Hetzel[1]; Alexander Meschnig[2]; Yvonne Rafalzik[2]; Ernst von Kardorff[2]

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

Hintergrund und Zielstellung

Kernpotenziale der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) sind repräsentative und in der Regel valide Daten (z.B. Bestmann 2008), unter anderem für einen achtjährigen Verlauf von Rehaleistungen. Wesentliche Limitation ist, dass für Forschungsfragen meist zentrale Merkmale fehlen. Umgekehrt sind Primärerhebungen (Fragebogen, Interview) explizit so ausgerichtet, die unbeobachtete Heterogenität zu mindern; aber sie sind in der Generalisierbarkeit limitiert. Am Beispiel eines Forschungsprojekts zu Leistungsketten bei psychischen Erkrankungen (Hetzel et al., 2022) sollen Anwendungsfälle für Linkage-Daten skizziert werden:

1. Stichprobenplan für Fragebogenerhebung und selection bias
2. Erklärung unbeobachteter Heterogenität der RSD
3. Identifikation von Gruppen aus den Interviews im Fragebogen-Sample und in der RSD
4. Validität einzelner Merkmale am Beispiel der Bildung

Methoden

Die interessierende Grundgesamtheit sind Menschen mit psychischen Erkrankungen (F3- oder F4-Diagnose) bei einer Rehaleistung in 2017, Leistungsfreiheit in 2018 und kein Bezug einer Erwerbsminderungsrente (RSD, n=39.975). Anhand von Gruppenbildungen wurde ein Sample für eine Fragebogenerhebung gezogen (n=6.000). Der Rücklauf mit Einwilligung zum RSD-Linkage betrug n=1.162. Ferner wurden 70 Interviews geführt, davon mit Linkage zur RSD (n=14) sowie mit Linkage zu RSD und Fragebogen (n=56). Das Linkage erfolgte über eine eindeutige Identifikationsnummer in den drei Datenquellen.

Ergebnisse

Zu 1) Innerhalb von theoretisch anhand der Leistungsarten gebildeten Teilgruppen wurden Prognosemodelle für den Return to Work (RTW) ermittelt, die dann für den Stichprobenplan maßgeblich waren. Selektionsanalysen zeigten eine geringfügige Positivselektion in Bezug auf Erwerbsverläufe. Anhand der RSD können Gewichte ermittelt werden, um für das Fragebogensample zu repräsentativen Aussagen zu gelangen.

Zu 2) Betrachtet man Psychiatrische Klinik, Tagesklinik und Rehaleistungen als Beginn und Ende einer Leistungskette, dann zeigten die ergänzenden Daten aus Fragebögen: 55% der Personen waren mit ihrer Leistungskette innerhalb des achtjährigen RSD-Fensters – 71% ragen nicht nach „rechts“ aus dem Zeitraum heraus und 75% nicht nach „links“. Rechtszensierung hat zur Folge, dass nur ein temporäres Ende vorliegt und dass Erfolgsanalysen zum RTW keinen Leistungsendpunkt abbilden. Für die Gruppe der Menschen mit mehreren medizinische Rehas (davon mind. eine psychosomatische Reha und keine berufliche Bildungsleistung) haben ergänzende Daten die RTW-Prognosen deutlich verbessert (R^2 steigt relativ um 23%), insbesondere senken vergangene Akutleistungen das RTW und arbeitsplatzbezogene Leistungen steigern den RTW.

Zu 3) Zunächst wurde anhand der RSD eine Gruppierung von Leistungsketten entwickelt. Über die Interviews wurden weiterführende Gruppierungen erarbeitet, weil längere Beobachtungszeiträume, weiterführende Informationen sowie die subjektiven Deutungen vorlagen. So wurde beispielsweise eine Gruppe identifiziert, die über einen langen Zeitraum regelmäßig Rehabilitation in Anspruch nimmt („Wiederholer“).

Zu 4) In der RSD wird Bildung über Meldungen der Arbeitgeber sowie im Zuge der Reha-Antragsstellung erfasst. Selbstangaben im Fragebogen entziehen sich der Kontrolle. Fehlerquellen gibt es also auf beiden Seiten. MIssings bei der RSD (12%) verteilen sich recht ähnlich auf die Bildungsstufen aus dem Fragebogen.

Diskussion und Fazit

Die Vorbereitung von Linkage von RSD mit Primärdaten erfordert umfangreiche datenschutzrechtliche und datentechnische Klärungen. Ist diese Hürde genommen, entstehen vielfältige Auswertungspotenziale. Methodisch ist insbesondere die Gewichtung der Primärdaten-Stichprobe auf die RSD-Grundgesamtheit zu klären (Sand, Kunz, 2020). Zudem entstehen Fragen zur Triangulation der Erkenntnisse aus den verschiedenen Datenquellen.

Take-Home-Message

Linkage von RSD mit Primärdaten eröffnet Möglichkeiten beispielsweise bezüglich der weiterführenden Stichprobenplanung, Selektionsanalysen mit Gewichtung der Primärdaten, Verbesserung von Gruppenbildungen und Modellgüten sowie Validitätsüberprüfungen einzelner Merkmale.

Literatur

Bestmann, A. (2008): Datenquellen und Datenqualität der Reha-Statistik-Datenbasis. DRV-Schriften, Bd 55. 35-46.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014): Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/positionspapiere/pospap_psych_Erkrankung.html , Abruf: 30.10.2023.

Hetzel, C., Klaus, S., Meschnig, A., von Kardorff, E. (2022): Versorgungsverläufe von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf Basis administrativer Paneldaten der Deutschen Rentenversicherung Bund. DRV-Schriften, Bd 126. 210-212.

Sand, M., Kunz, T. (2020): Gewichtung in der Praxis. GESIS - Leibniz Institute for the Social Sciences, GESIS- Survey Guidelines. DOI: 10.15465/gesis-sg_030

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Multistate-Modellierung von Return-to-Work, Krankengeldbezug, Rente und Versterben am Beispiel der beruflichen Wiedereingliederung nach Brustkrebs

Johannes Soff[1]; Nicole Ernstmann[2]; Paula Heidkamp[3]; Kati Hiltrop[2]; Lina Heier[3]; Sophie Schellack[1]; Clara Breidenbach[1]; Christoph Kowalski[1]

[1] Deutsche Krebsgesellschaft e.V.; [2] Universität zu Köln; [3] Universitätsklinikum Bonn

Hintergrund und Zielstellung

Brustkrebs stellt mit knapp 70.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Frauen dar. Etwa die Hälfte der betroffenen Frauen sind bei Diagnosestellung im erwerbsfähigen Alter (Schellack et al., 2023). Für diese Personen stellt der Erhalt oder die Rückgewinnung der Erwerbsfähigkeit (RTW, „Return-to-Work“) ein zentrales Rehabilitationsziel dar (Mehnert et al., 2013). Durch verbesserte Überlebensraten bei Brustkrebs (European Union, 2022) und ein höheres Renteneintrittsalter aktuell betroffener Kohorten, werden potenziell längere Erwerbsepisoden und häufigere Statuswechsel nach einer Krebserkrankung relevanter. Hierbei sind mehrere Ereignisse und Endpunkte von Interesse, die jedoch in der Schätzung singulärer Übergänge des RTW nicht vorgesehen sind. Das Ziel dieses Beitrags ist es, die Anwendungsmöglichkeiten von Multistate-Modellen in der RTW-Forschung anhand des Beispiels einkommensspezifischer

Unterschiede in der Wiederaufnahme einer beruflichen Erwerbstätigkeit bei Brustkrebspatientinnen darzustellen.

Methoden

Zur Analyse wurden die Rehabilitations- und Erwerbstätigkeitsdaten von Brustkrebspatientinnen mit abgeschlossener medizinischer Rehabilitation aus dem Scientific Use File „Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf“ (2012–2019) der Deutschen Rentenversicherung genutzt. Das versicherungspflichtige Individualeinkommen im Jahr vor der Rehabilitation wird in Terzilen (hohes, mittleres, geringes Einkommen) berichtet. Für alle bei Reha-Antragsstellung erwerbstätigen Rehabilitandinnen wurde die Zustandswahrscheinlichkeit („restricted mean time in state“) von Erwerbstätigkeit, Krankengeldbezug, Erwerbslosigkeit, Alters- und Erwerbsminderungsrente sowie Tod im Zeitverlauf berechnet. Die relative Wahrscheinlichkeit des RTW wurde durch logistische und Cox-Hazard-Regressionsmodellen berechnet, wobei für Alter und Bildung adjustiert wurde.

Ergebnisse

Von der Ausgangskohorte (N = 5.410) erreichten 35% einen initialen RTW nach der medizinischen Rehabilitation und 63% einen RTW innerhalb der folgenden zwei Kalenderjahre nach der Reha. Von den kommenden 5 Jahren nach der medizinischen Rehabilitation verbrachten Personen mit geringem Einkommen mit 20 Monaten die geringste Zeit in Erwerbstätigkeit. Personen mit mittlerem Einkommen verbrachten 39 Monate und Personen mit hohem Einkommen 44 Monate in Erwerbstätigkeit. Gleichzeitig verbrachten Personen mit niedrigem Einkommen 26 Monate, Personen mit mittlerem Einkommen 5 Monate und Personen mit hohem Einkommen 3 Monate in Erwerbslosigkeit. Die Zustände Krankengeldbezug und Erwerbsminderungsrente mit jeweils 3–5 Monaten, Altersrente mit 4 Monaten und Tod mit 2–3 Monaten unterschieden sich zwischen den Gruppen um maximal zwei Monate. Die Regressionsanalysen des RTW nach zwei Kalenderjahren zeigen eine signifikante Assoziation zwischen RTW und versicherungspflichtigem Einkommen.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass etwa 60% der bei Reha-Antragsstellung erwerbstätigen Brustkrebspatientinnen einen RTW innerhalb von zwei Jahren nach Reha erreichen. Hierbei bestehen allerdings Unterschiede zwischen den Personengruppen mit unterschiedlichen versicherungspflichtigen Einkommen. Die Anwendung von Multistate-Modellen erlaubt es, dabei Aussagen über die Übergangs- und Zustandswahrscheinlichkeit der Erwerbstätigkeit unter simultaner Berücksichtigung und Analyse weiterer Ereigniszeiten zu treffen.

Take-Home-Message

In der Forschung zur beruflichen Wiedereingliederung können Multistate-Modelle dazu beitragen, RTW als einen komplexen, mehrphasigen Prozess darzustellen und so das Verständnis von RTW und seiner Einflussfaktoren zu verbessern.

Literatur

European Union (2022): ECIS - European Cancer Information System. URL: https://ecis.jrc.ec.europa.eu, Abruf: 06.11.2023.

Mehnert, A., Boer, A., Feuerstein, M. (2013): Employment challenges for cancer survivors. Cancer, 119. 2151–2159.

Schellack, S., Kowalski, C., Nowossadeck, E., Barnes, B. (2023): Krebsneuerkrankungen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland. Forum, 38. 265–268.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Personenorientiertes methodisches Vorgehen bei der Betrachtung der Outcomes von Maßnahmen psychiatrischer Rehabilitation

Markus Spletzer[1]; Elisabeth Stefanek[1]; Christoph Wassermann[2]; Kevin Volleritsch[2]; Raphael Kessler[2]; Petra Müller[2]; Georg Spiel[1,2,3]

[1] pro mente Forschung; [2] Reha-Klinik für seelische Gesundheit;
[3] pro mente Kinder, Jugend, Familie

Hintergrund und Zielstellung

Die Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt ist eine Einrichtung für stationäre psychiatrische Rehabilitation, in welcher ca. 700 Klient:innen jährlich betreut werden mit dem Ziel Chronifizierung psychischer Erkrankungen zu vermeiden / zu verringern. Im Rahmen eines 6-wöchigen Aufenthalts erhalten die Klient:innen Therapien aus dem Bereichen Psychologie / Psychotherapie sowie Ergo- und Physiotherapie im Einzel- und Gruppensetting. Die Evaluation des Behandlungserfolges basiert auf verschiedenen methodischen Ansätzen. Die therapeutischen Angebote wurden bisher anhand projektspezifischer Zielbereiche, wie z.B. Mental Health, QoL und individueller Ziele mittels variablenzentrierter Methoden evaluiert. Das bedeutet, dass im wesentlichen Veränderungen gemittelt über mehrere Personen (z.B. Klient:innen eines Turnusses) betrachtet werden. Diesem Ansatz soll ein personenorientiertes Vorgehen hinzugefügt werden welches bessere Aussagen über Individuen erlauben soll. Es wird angestrebt Merkmalskonfigurationen zu identifizieren, die mit bestimmten Outcomes in Verbindung stehen. So sollen hilfreiche Informationen für die Individualisierung des Angebots abgeleitet werden. Die Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA; Krauth & Lienert, 1973) ist ein statistisches Verfahren zur Identifikation von „Typen“. Die KFA ermöglicht die Analyse von mehrdimensionalen Kontingenztafeln. Merkmalskombinationen, welche häufiger oder seltener als erwartet auftreten; diese werden dabei als Typen bzw. Anti-Typen bezeichnet.

Methoden

Zur Identifikation von Typen griffen wir auf routinemäßig erhobene Daten aus der Evaluation zurück. Neben Soziodemographischen Daten (z.B. Alter und Geschlecht) werden die ICD- 10 Diagnosen aus Kapitel F Psychische und Verhaltensstörungen miteinbezogen.

Zusätzlich werden Daten aus den Evaluationsinstrumenten (z.B. WHODAS 2.0, ICF-3F AU, Mini SCL) berücksichtigt. Die Mini SCL (Franke, 2017) erfasst Angst-, Depressions- uns Somatisierungs-Symptome. WHODAS 2.0 (Üstün et al., 2010) und ICF 3F AU (Nosper, 2009) sind ICF basierte Fragebögen zur Erfassung der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Für die Auswertung wurden Daten von zwei Messzeitpunkten (Aufnahme und Entlassung) herangezogen. Die Stichprobe bestand aus N = 4168 Klient:innen (62% weiblich; Alter: MW = 46,5, SD = 10,4) der REHA-Klinik. Die häufigsten Diagnosen sind Affektive Störungen (F3) und Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen (F43). Die KFA wurde mit dem R-Paket confreq (Heine & Stemmler, 2021) durchgeführt. Um Häufigkeiten spezifischer Merkmalskombinationen zu ermitteln, werden Kategorien in den Dimensionen Geschlecht, Alter, Diagnosen (z.B. Geschlecht: weiblich, männlich) sowie Outcomes gebildet. Wo nötig wurden Merkmale, gestützt durch statistische oder inhaltliche Überlegungen kategorisiert. Merkmale wurden mittels eine KFA Modelle Erster Ordnung ggf. unter Berücksichtigung von Kovariaten untersucht. Zur Identifikation von Typen wurden exakte Binomialtests durchgeführt, die Alphafehleradjustierung erfolgte mittels Holm-Korrektur.

Ergebnisse

Aus der Vielzahl von konkreten Fragestellungen werden zunächst zwei Modelle exemplarisch beschrieben. In einem ersten Schritt wurde eine KFA erster Ordnung durchgeführt. Das Model enthielt die Diagnose, das Geschlecht sowie die Verbesserung der Symptombelastung. Als Kovariate wurde das Alter berücksichtigt. Globale Tests auf Unabhängigkeit legten das Vorhandensein von Typen nahe ($\chi 2$ (22) = 69,936, $p < ,001$; LR (22) = 71,962, $p < ,001$), daher wurden lokale Test durchführt. Dabei zeigte sich, dass Klientinnen mit einer Diagnose aus F3 häufiger als erwartet eine signifikante Verbesserung am Ende des Aufenthalts zeigen. Es gibt signifikant mehr Klienten mit den Hauptdiagnosen F3, F43 sowie Klientinnen mit der Diagnose F43 in der Kategorie unverändert, als erwartet. Bei den Instrumenten zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse in den globalen Tests, wenn das Alter als Kovariate berücksichtig wurde. Daher wurde nicht weiter nach Typen gesucht.

Diskussion und Fazit

Diese Ergebnisse liefern Hinweise auf eine differenzielle Wirksamkeit der Maßnahme in Bezug auf die Symptombelastung. In einem nächsten Schritt wird untersucht, ob die an diesem Sample gewonnen Typen sich in neu erhobenen Daten wieder finden lassen. Sollte dies der Fall sein können diese für die Evaluation genützt werden. Zum Beispiel könnte die Auswertungen nach Typen getrennt durchgeführt werden. Solche Auswertungen sollten eine Informationsreichere Rückmeldung über die Zielerreichung der Maßnahme erlauben, welcher für die Entwicklung von individualisierten Angeboten genützt werden kann.

Take-Home-Message

Die Verwendung KFA stellt eine Ergänzung zum üblichen variablenbasierten Ansatz der Evaluation in der psychiatrischen Rehabilitation dar. Die identifizierten (Anti-)Typen könnten für die Behandlungsplanung und Evaluation genützt werden.

Literatur

Franke (2017): Mini-Symptom-Checkliste. Göttingen: Hogrefe.

Heine, J.-H., Stemmler, M. (2021): Analysis of Categorical Data with the R Package confreq. Psych, 3, 533-541. doi: 10.3390/psych3030034

Krauth, J., Lienert, G. A., (1973): Die Konfigurationsfrequenzanalyse und ihre Anwendung in Psychologie und Medizin. Freiburg: Alber.

Nosper, M. (2009): ICF-3F-AT. Fragebogen für die Erfassung der ICF-Dimensionen Aktivitäten und Teilhabe

Üstün, T. B.; Kostanjsek, N.; Chatterji, S.; Rehm, J. (Eds.): (2010): Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0): Geneva: WHO.

Standardisierung der patientenberichteten Ergebnismessung in der Rehabilitation: Linking von häufig verwendeten Instrumenten an die PROMIS-Metriken

Gregor Liegl; Alexander Obbarius; Felix Fischer; Claudia Hartmann; Christoph Paul Klapproth; Matthias Rose

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

In der medizinischen Rehabilitation werden verschiedene Instrumente zur Bewertung des Gesundheitszustands aus Sicht der Patientinnen und Patienten eingesetzt. Dazu gehören der World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) (Üstün et al., 2010), der Indicators of Rehabilitation Status (IRES-3) (Bührlen et al., 2005) und die Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49) (Rabung et al., 2009). Der EQ-5D-5L ist ein weiteres häufig eingesetztes Instrument zur präferenzbasierten Messung des Gesundheitszustands, bestehend aus nur fünf Items (Herdman et al., 2011). Neben diesen etablierten Messinstrumenten kommen immer häufiger Instrumente der Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) Initiative zum Einsatz, die für eine Vielzahl von Domänen der patientenberichteten Gesundheit vorliegen (Reeve et al. 2007). Die Entwicklung der PROMIS-Metriken basiert auf modernen testtheoretischen Methoden der Item-Response-Theorie (IRT), was zu Vorteilen hinsichtlich Präzision, Vergleichbarkeit und Flexibilität der Ergebnismessung führt. Das Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, die genannten traditionellen Instrumente – WHODAS 2.0, IRES-3, HEALTH-49, EQ-5D-5L – mit den jeweiligen PROMIS-Metriken anhand von IRT-Modellierungen zu verknüpfen. Durch dieses Linking soll die Vergleichbarkeit und instrumentenübergreifende Interpretierbarkeit der patientenberichteten Gesundheitsdaten in der medizinischen Rehabilitation verbessert werden.

Methoden

Im Rahmen des Projekts „Reha-Toolbox“ wurden die Items der beschriebenen Instrumente (WHODAS 2.0, IRES-3, HEALTH-49, EQ-5D-5L) zuerst zehn unterschiedlichen

PROMIS- Domänen zugeordnet: Beeinträchtigung durch Schmerzen, körperliche Funktionsfähigkeit, Dyspnoe, Erschöpfung, Depression, Angst, kognitive Funktionsfähigkeit, Zufriedenheit mit der Teilhabe an sozialen Freizeitaktivitäten, Zufriedenheit mit der Teilnahme an sozialen Rollen, sowie Allgemeine Gesundheit. Die Items wurden dann zusammen mit den jeweils korrespondierenden 4-Item PROMIS-Kurzformen an einem Online-Sample aus der Allgemeinbevölkerung erhoben (N=1000). Die psychometrischen Analysen folgten dem allgemeinen PROMIS Analyseplan (Reeve et al., 2007). Dementsprechend wurde zuerst untersucht, ob die psychometrischen Voraussetzungen zur IRT-Kalibrierung erfüllt waren. Die Kalibrierung der Items auf die entsprechenden PROMIS-Skalen erfolgte anhand von Graded Response Modellen, wobei die originalen IRT-Parameter der PROMIS-Items fixiert - d.h. nicht auf Basis der Daten neu geschätzt - wurden.

Ergebnisse

Die Items des WHODAS 2.0 wurden drei PROMIS-Domänen zugeordnet, während der IRES-3 zehn Domänen und der HEALTH-49 sechs Domänen abdeckte. Die Items des EQ-5D-5L konnten vier PROMIS-Domänen zugeordnet werden. In Bezug auf die notwendigen psychometrischen Voraussetzung zur Anwendung von IRT-Modellen zeigte sich, dass Eindimensionalität, lokale Unabhängigkeit und Monotonie hinreichend erfüllt waren. Anhand der neu kalibrierten Instrumente konnten die jeweiligen PROMIS-Domänen in den meisten Fällen mit hoher Präzision gemessen werden (Standardfehler < 0,3). Eine Ausnahme bildete die Items des EQ-5D-5L, die aufgrund ihrer geringen Anzahl (meist ein Item pro Domäne) einen größeren Messfehler aufwiesen. Für jede Domäne wurden Linking-Tabellen erstellt, die es ermöglichen, die Summenwerte der verschiedenen Instrumente miteinander zu verknüpfen.

Diskussion und Fazit

Die Kalibrierung von häufig eingesetzten Instrumenten zur Ergebnismessung auf eine gemeinsame Skala ist ein entscheidender Schritt zur Standardisierung und Verbesserung der Vergleichbarkeit von patientenberichteten Gesundheitsdaten in der medizinischen Rehabilitation. Die Nutzung der PROMIS-Metriken zur standardisierten Abbildung der Ergebnisse unterschiedlicher Instrumente ermöglicht die instrumentenunabhängige Erfassung des Gesundheitszustands. Dies gewährleistet nicht nur die verlässliche Vergleichbarkeit und die einheitliche Interpretation von patientenberichteten Gesundheitsdaten, sondern erleichtert auch den Datenaustausch zwischen verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und Forschungsprojekten. Die Güte der Linking-Algorithmen muss in zukünftigen Projekten an unabhängigen klinischen Stichproben überprüft werden.

Take-Home-Message

Das Linking mehrerer etablierter Instrumente auf die standardisierten PROMIS-Metriken verbessert die Vergleichbarkeit und instrumentenübergreifende Interpretation von patientenberichteten Gesundheitsdaten in der medizinischen Rehabilitation.

Literatur

Bührlen, B., Gerdes, N., Jäckel, W. H. (2005): Entwicklung und psychometrische Testung eines Patientenfragebogens für die medizinische Rehabilitation (IRES-3): Die Rehabilitation, 44(02): 63-74.

Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M. F., Kind, P., Parkin, D., Bonsel, G., Badia, X. (2011): Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L): Quality of Life Research, 20. 1727-1736.

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.

Reeve, B. B., Hays, R. D., Bjorner, J. B., Cook, K. F., Crane, P. K., Teresi, J. A. (2007): Psychometric evaluation and calibration of health-related quality of life item banks: Plans for the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS): Medical Care, 45(5 Suppl 1): 22–31.

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

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Akzeptanz einer digitalen Rehabilitationsnachsorge bei Muskel-Skelett-Erkrankungen: eine Kohortenstudie

Johanna Prehn; Lea Remus; Matthias Bethge

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Während der Covid-19-Pandemie gelang die Rehabilitation nicht mehr in der Weise, wie es vor der Pandemie der Fall war (von Eiff et al., 2022). Zugleich schreitet die Digitalisierung vieler Prozesse des Gesundheitswesens voran: Digitale Lösungen rücken vermehrt auch in den Fokus der Rehabilitation und stellen für die Zukunft eine vielversprechende Möglichkeit dar (von Eiff et al., 2022, Brönneke und Debatin, 2022). Randomisiert kontrollierte Studien zeigten, dass Telerehabilitationsmaßnahmen bei Muskel-Skelett-Erkrankungen vergleichbare Ergebnisse bei der Verbesserung körperlicher Funktionsfähigkeit erzielen wie konventionelle Therapien (Cottrell et al., 2017). Eine spezielle Lösung für die digitale Nachsorge ist die Caspar-App (https://caspar-health.com/), die u. a. bei Muskel-Skelett-Erkrankungen eine Rehabilitationsnachsorge ohne Anwesenheit in der Nachsorgeeinrichtung gewährleistet. Technologieakzeptanz gilt dabei als wichtiger Indikator für eine tatsächliche Nutzung solcher digitaler Angebote. Das Technology Acceptance Model 3 (TAM 3) ist eine Erweiterung eines Basismodells, das in der Akzeptanzforschung zur Untersuchung von Technologieakzeptanz etabliert ist (Venkatesh und Bala, 2008).

Unsere Studie untersuchte die Akzeptanz einer digitalen Rehabilitationsnachsorge in Form der Caspar-App für Rehabilitand*innen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen. Die Auswahl der Variablen basierte auf dem TAM 3. Das Ziel war die Identifikation der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Nutzungsabsicht und die tatsächliche Nutzung digitaler Nachsorge.

Methoden

In zwei stationären Rehabilitationszentren in Deutschland wurden Rehabilitand*innen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen für eine zweimalige Befragung rekrutiert. Der erste Befragungszeitpunkt diente dazu, die soziodemografischen Daten der Stichprobe sowie die möglichen Einflussfaktoren zu erheben. Zum zweiten Befragungszeitpunkt wurden v. a. die Form der gewählten Nachsorge sowie die Begründung der Nicht-Nutzung der App erfasst. Die Zusammenhänge der Einflussfaktoren im aufgestellten Pfadmodell wurden durch ein generalisiertes Strukturgleichungsmodell (GSEM) geschätzt.

Ergebnisse

Es wurden 152 Rehabilitand*innen für den ersten Befragungszeitpunkt rekrutiert. Am zweiten Befragungszeitpunkt nahmen 64 Rehabilitand*innen teil, von denen 20 (31 %) eine digitale Rehabilitationsnachsorge in Anspruch nahmen. Das Nicht-Erreichen der gewünschten Ergebnisse war der häufigste Grund für eine Nicht-Nutzung der App (55 %) der Rehabilitand*innen, die eine Nachsorge in Präsenz gewählt hatten. Die Analyse durch das

GSEM bestätigte die meisten erwarteten Assoziationen des Pfadmodells. Lediglich vier der zwölf antizipierten Pfade waren statistisch nicht signifikant. Die stärksten beobachteten Zusammenhänge waren die zwischen funktionsbezogenen Ergebnissen und der wahrgenommenen Nützlichkeit sowie zwischen wahrgenommener Nützlichkeit und Nutzungsabsicht. Außerdem konnte die Assoziation einer hohen Nutzungsabsicht und der tatsächlichen Nutzung bestätigt werden.

Diskussion und Fazit

Eine mögliche Erklärung für die geringe Anzahl an App-Nutzungen kann in der Bedeutung physischer Übungen mit Therapeut*innen gesehen werden: Es scheint den Rehabilitand*innen an Vertrauen zu fehlen, die nötigen physischen Übungen selbstständig mit Unterstützung durch die Caspar-App durchzuführen. Die fehlende Erwartung, die gesetzten Ziele der Nachsorge erreichen zu können, als häufigster Grund für die Nicht-Nutzung der App und die durch eine digitale Reha-Nachsorge zu erwartenden Ergebnisse als stärkster beobachteter Einflussfaktor im zugrundeliegenden Pfadmodell festigen diese Annahme.

Die Beobachtung, dass die wahrgenommene Benutzerfreundlichkeit und wahrgenommene Nützlichkeit die Nutzungsabsicht und auf diesem Weg die tatsächliche Nutzung beeinflussen, deckt sich mit den Erkenntnissen des etablierten TAM 3 (Venkatesh und Bala, 2008).

Zu vergleichbaren Ergebnissen kamen auch Almojaibel et al., die wahrgenommene Nützlichkeit als wichtigsten Prädikator auf die Nutzungsabsicht einer Telerehabilitation identifizierten (Almojaibel et al., 2021).

Unsere Studie identifizierte relevante Einflussfaktoren aus dem Pfadmodell basierend auf dem TAM 3, die zukünftig bei der Einführung digitaler Nachsorgeangebote berücksichtigt werden sollten.

Take-Home-Message

Die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Nutzungsabsicht und tatsächliche Nutzung einer digitalen Rehabilitationsnachsorge sind die funktionsbezogenen Ergebnisse und die wahrgenommene Nützlichkeit. Um Rehabilitand*innen zur Nutzung einer App zu motivieren, sollte die Nicht-Unterlegenheit einer digitalen Nachsorge verdeutlicht werden.

Literatur

Almojaibel AA, Munk N, Goodfellow LT et al. (2021): Determinants of telerehabilitation acceptance among patients attending pulmonary rehabilitation programs in the United States. Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences 2021; 9(3): 230-234. DOI: 10.4103/sjmms.sjmms_10_21

Brönneke JB, Debatin JF. (2022): Digitalisierung im Gesundheitswesen und ihre Effekte auf die Qualität der Gesundheitsversorgung. Bundesgesundheitsblatt 2022; 65: 342–347. DOI: 10.1007/s00103-022-03493-3

Cottrell MA, Galea OA, O'Leary SP et al. (2017): Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions is effective and comparable to standard practice: a systematic review and meta-analysis. Clinical Rehabilitation 2017; 31(5): 625-638. DOI: 10.1177/0269215516645148

Venkatesh V, Bala H. (2008): Technology acceptance model 3 and a research agenda on interventions. Decision Sciences 2008; 39(2): 273-315. DOI:10.1111/j.15405915.2008.00192.x

Von Eiff MC, von Eiff W, Ghanem M. (2022): Rehabilitation during the corona crisis: Situation and post-pandemic perspective. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2022; 27(02): 88-95. DOI: 10.1055/a-1676-9574

Eine Netzwerkanalyse des Symptomkomplexes nach Schädelhirntrauma (SHT) – das Unsichtbare sichtbar machen

Helen Bindels[1]; Michael Schuler[1]; Tobias Ohmann[2]

[1] Hochschule für Gesundheit Bochum; [2] BG Klinikum Duisburg

Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland erleiden jährlich ca. 273.000 Menschen ein Schädelhirntrauma (SHT) (Rickels, Piek, 2018). Die Mehrheit (>90%) ist nur leicht betroffen und erholt sich binnen weniger Tage oder Wochen von der Verletzung. Bei einem relevanten Anteil der SHT-Patient*innen aller Schweregrade bleiben psychoemotionale, kognitive und somatische Symptome langfristig bestehen (Rickels et al., 2023). Die Persistenz dieses heterogenen Symptomkomplexes bedeutet eine hohe Belastung für die Betroffenen, deren Familien und das Gesundheitssystem. Zahlreiche Arbeiten versuchen, Prädiktoren für Auftreten und Genese dieser anhaltenden Beschwerden zu definieren. Über die wechsel-seitige Beziehung und dynamische Interaktion der einzelnen Symptome ist bisher jedoch wenig bekannt. In dieser Arbeit wird ein explorativer, netzwerkanalytischer Ansatz verwendet, der unter Berücksichtigung von Komorbidität und Heterogenität Hinweise auf mögliche kausale Zusammenhänge in der Symptominteraktion liefern kann (Iverson, 2019). Langfristig kann die Betrachtung der Symptome als dynamisches System zur Weiterentwicklung systemübergreifender Diagnostik- und Behandlungsansätze beitragen.

Methoden

Die Stichprobe besteht aus N=250 Personen, die vor >3 Monaten ein SHT erlitten haben. Im Rahmen des stationären “Brain-Check”-Verfahrens der Berufsgenossenschaftlichen (BG)-Klinik Duisburg wurden persistierende Symptome dokumentiert und für diese Masterarbeit sekundäranalytisch ausgewertet. Für die Gesamtstichprobe und die Subgruppe „leichtes SHT“ wurden jeweils zwei verschiedene regulierte, gewichtete Partialkorrelationsnetzwerke (Epskamp, Fried, 2018) geschätzt. Eines beinhaltet 14 patientenrelevante psychoemotionale, kognitive und somatische Symptome, ein weiteres berücksichtigt zusätzlich die drei externen Einflussfaktoren Alter, Begleitverletzungen und Latenzzeit (Unfall – Screening). Um Hinweise auf mögliche kausale Rückschlüsse zu erlangen und Strukturzusammenhänge zu interpretieren, wurden die einzelnen Symptome als „Knoten” und deren Verbindungen („Kanten“) miteinander in Netzwerkgraphen visualisiert. Für alle Netzwerkknoten wurden Zentralitätsindizes berechnet, um Aussagen über Stärke, Brückenfunktion und Nähe zu anderen Symptomen treffen zu können.

Ergebnisse

Die vier Partialkorrelationsnetzwerke zeigen zahlreiche direkte und indirekte Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Symptombereichen auf. Im Gesamtnetzwerk gruppieren sich die Symptome überwiegend in den vorab definierten Bereichen, insbesondere psychoemotionale Beschwerden, wie auch kognitive Defizite sind jeweils eng miteinander verknüpft. Aufmerksamkeitsdefizite nehmen als Verbindungsglied zwischen dem kognitiven Symptombereich und einzelnen psychoemotionalen, sowie somatischen Symptomknoten eine Schlüsselposition ein. Subjektiv berichtete kognitive Beeinträchtigungen bzw. Konzentrationsschwierigkeiten sind nicht assoziiert mit objektiv gemessenen kognitiven Defiziten. Längere Latenzzeit und mehr Begleitverletzungen gehen mit höherer Depressivität einher. Die Netzwerke der Subgruppe "leichtes SHT“ setzen sich deutlich von denen der Gesamtstichprobe ab, indem sie anteilig mehr und stärker ausgeprägte Kanten zwischen den verschiedenen Symptom-Bereichen aufweisen. In dieser Subgruppe stehen PTBS als Komorbidität und posttraumatischer Kopfschmerz im Netzwerkzentrum.

Diskussion und Fazit

Eine Vielzahl an Symptomzusammenhängen kann bidirektional, i. S. einer gegenseitigen Verstärkung, erklärt werden. Beispielsweise nehmen Aufmerksamkeitsdefizite als neuropsychologische Basisvariable großen Einfluss auf andere Hirnfunktionsbereiche. Jedoch kann auch eine Depressionssymptomatik zu Störungen der Aufmerksamkeit führen. In diesem Zusammenhang sind die einzelnen Dimensionen der Variable (selektive, geteilte Aufmerksamkeit) in Verbindung mit psychoemotionalen Symptomen differenzierter zu prüfen. Die Diskrepanz zwischen selbstberichteten und getesteten kognitiven Funktionen kann auf eine Überschätzung der eigenen Fähigkeiten bei mangelnder Krankheitseinsicht bzw. Unterschätzung bei komorbider psychischer Beeinträchtigung zurückgeführt werden. Bei leichten SHT scheinen psychosomatische Interaktionsprozesse eine besondere Rolle zu spielen. In dieser Subgruppe sollte zudem in Diagnostik und Therapie ein besonderer Fokus auf SHT mit komorbid vorhandener PTBS liegen. Beide Erkrankungen haben ähnliche Symptome, jedoch ist unklar, ob etablierte Therapieverfahren bei PTBS gleichermaßen wirksam sind, wenn zusätzlich ein SHT vorliegt.

Take-Home-Message

Der netzwerkanalytische Ansatz ermöglicht einen differenzierten Blick auf die komplexe Interaktion langfristig anhaltender Symptome nach SHT und veranschaulicht den Bedarf an transdisziplinären Diagnostik- und Therapieansätzen in der Rehabilitation.

Literatur

Epskamp, S., Fried, E. I. (2018): A tutorial on regularized partial correlation networks. Psychological Methods, 23(4), 617–634. https://doi.org/10.1037/met0000167

Iverson, G. L. (2019): Network Analysis and Precision Rehabilitation for the Post-concussion Syndrome. Frontiers in Neurology, 10. https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00489

Rickels, E., Piek, J. (2018): Handb. Schädelhirntrauma. Walter de Gruyter GmbH & Co KG.

Rickels, E., Steudel, W., Repschläger, U., Schulte, C., Weissgärber, H., Wende, D. (2023): The long-term sequelae of traumatic brain injury over 10 years of follow-up—a matched cohort study based on routine data of a statutory health insurance carrier. Deutsches Ärzteblatt International. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0046

Public Reporting von Qualitätsdaten und Patientenerfahrungen – eine Übersicht und erste Überlegungen zur Systematisierung

Immo Fellenzer; Janine Wehrum; Mert Mutlu; Thomas Wolff; Edwin Toepler

Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Hintergrund und Zielstellung

Im Mai 2023 hat die Deutsche Rentenversicherung mit der Veröffentlichung der QS-Ergebnisse auf „meine-rehabilitation.de“ entsprechend §15 Abs. 7 SGB VI begonnen. Seit Oktober 2023 werden auch die Ergebnisse aus dem QS-Reha Programm der Gesetzlichen Krankenversicherung im Internet veröffentlicht. Mit dem aktuellen Krankenhaus-transparenzgesetz wird das Public Reporting von Qualitäts- und Leistungsdaten auch zu einem zentralen Element der Krankenhausreform.

Diese auf gesetzlicher Grundlage und in sozialstaatlichem Auftrag betriebenen Portale stoßen auf einen Markt, der bislang von privatwirtschaftlich und gemeinnützig betriebenen Initiativen bedient wird. Diese Situation vor dem Start der oben genannten Portale wurde in einem studentischen Forschungsprojekt an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg im Wintersemester 2022/2023 untersucht.

Das Ziel ist eine Sichtung und erste Systematisierung des Public Reporting unter dem Aspekt der Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer vorzunehmen.

Methoden

Das gemeinsam mit den Studierenden entwickelte Untersuchungsdesign beinhaltet

- eine Recherche und Sichtung der Public Reporting Portalen im Internet.
- eine Recherche zu Qualitätsanforderungen und Transparenzkriterien von Gesundheits-portalen.
- eine Analyse der identifizierten Portale hinsichtlich der veröffentlichten Informationen und der Datenquellen.
- eine Erhebung von Nutzererwartungen durch qualitative Interviews mit Patient:innen und Rehabilitand:innen aus dem näheren Umfeld.

Ergebnisse

Es wurden auf den gängigen Suchmaschinen 10 Portale identifiziert. Die enthaltenen Informationen wurden in 20 Einzelkriterien gefasst, mit den Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer abgeglichen und drei Kategorien zugeordnet (Tab. 1).

Tab. 1: erste Systematisierung zur Funktionalität von Public Reporting Portalen

Zugänglichkeit und Bedarfsorientierung	Kommunikation und Kosten	Transparenz und Qualität
Auffindbarkeit	Nutzerbewertung möglich	Kontaktmöglichkeit zum Provider
Barrierefreiheit	Kommunikation zum Anbieter	Qualität des Personals
Leistungsspektrum	Kosten gesetzlich versichert/privat	Qualität der Ausstattung
spezielle Zielgruppen	Zuzahlung	Qualität der Behandlung und Nachsorge
Mehrsprachigkeit	Buchung von Sonderleistungen	Nachvollziehbarkeit der Bewertungen
Terminvergabe		Vergleichbarkeit der Bewertungen
Reservierungsmöglichkeiten		Prüfung der Angaben
		Auditierung/Zertifizierung

Diskussion und Fazit

Die entwickelten Kategorien und Anforderungen können keinen Anspruch auf eine vertiefte empirische Fundierung erheben. Sie liefern jedoch Hinweise darauf, dass die Nutzererwartungen deutlich über den Bereich der Qualitätstransparenz hinausgehen. Es stellen sich insbesondere Fragen der individuellen Bedarfsorientierung sowie der Kommunikation mit den Portalbetreibern und gelisteten Leistungserbringern, die keines der untersuchten Portale umfänglich beantworten kann.

Take-Home-Message

Bislang erscheint das Public Reporting von Qualitäts- und Leistungsdaten im Internet sehr heterogen und nicht systematisch auf die individuellen Bedarfe Nutzerinnen und Nutzern bezogen.

Literatur

Bayindir, E.E.; Schreyögg, J. (2023): Public Reporting Of Hospital Quality Measures Has Not Led To Overall Quality Improvement: Evidence From Germany, Health Affairs 42(4):566-574.

Bertelsmann-Stiftung (2022): Qualitätstransparenz braucht einen großen Wurf - 15 Jahre Public Reporting in Deutschland – ein kritisches Resümee.

Emmert, M. et al. (2017): Public Reporting zu Krankenhäusern in den USA und in Großbritannien. Qualitätsmonitor 2017. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (Berlin). S. 65-75.

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD): Qualitätstransparenz im Deutschen Gesundheitswesen – Positionspapier 2022.

Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt mittels BfA: Beratung der Eltern eines Menschen mit Behinderung

Burcu Ilkay Köse; Regina Weißmann; Joachim Thomas

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

Hintergrund und Zielstellung

Das mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) eingeführte Budget für Arbeit (BfA) ermöglicht für Menschen mit Behinderung ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Zu den Leistungen des BfA gehören neben einem Lohnkostenzuschuss an die Arbeitgeber*innen, die Leistungen für Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz. Die bisherigen Auswertungen zur Realisierung des BfA zeigen, dass diese Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben noch nicht den erwarteten Zuspruch seitens potenzieller Budgetnehmer*innen erfährt (BAGüS, 2022). Dies ist auf sozialrechtlichen und sozialpolitischen Barrieren sowie Einstellung und Verhalten der unterschiedlichen beteiligten Akteure (Fachkräfte der WfbM, potenzielle Arbeitgeber*innen, Eltern etc.) zurückzuführen.

Auf Seiten der Eltern zeigt sich, dass sie für ihre Kinder eine wichtige Rolle hinsichtlich des Übergangsprozesses einnehmen (Pruisken, 2018), hierbei aber auch speziellen Herausforderungen ausgesetzt sind: In einem Spannungsverhältnis von Autonomie und Sicherheit möchten Eltern von Kindern mit Behinderung einerseits ihrem Nachwuchs Selbstbestimmung und Autonomie gewähren, andererseits haben sie Befürchtungen hinsichtlich der Sicherheit ihrer Kinder (Helfer, Fries, 2010).

Mit einem Anteil von ca. 2,75 Millionen Menschen zählen türkischstämmige Migrant*innen zu der größten Minorität in Bundesrepublik Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2022). Gerade bei Eltern mit Migrationshintergrund kann die Beziehung zwischen Kindern und Eltern durch eine enge interpersonelle Nähe gekennzeichnet sein, die sich wiederum auf den Berufswunsch und ferner auf die Autonomieentwicklung des Kindes auswirken kann.

Die vorliegende Studie ist in das Dissertationsprojekt der Autorin eingebettet. Sie widmet sich der Identifikation von Rolle, Einstelllungen und Erwartungen der Eltern mit und ohne Migrationshintergrund im Kontext der Berufsorientierungsphase sowie Einstellungen hinsichtlich der Inanspruchnahme des BfA, um darauf basierend Implikationen für die Beratungspraxis abzuleiten.

Zentrale Fragestellungen sind hierbei:

- Welche Sorgen, Befürchtungen und Erwartungen haben Eltern im Hinblick auf einen
- Übergang mittels BfA?
- Wie können diese in einem Beratungsangebot transparent und ergebnisoffen gemeinsam mit den Klient*innen bearbeitet werden, sodass eine fundierte Entscheidung möglich wird?
- Welche besonderen Beratungsbedarfe ergeben sich vor dem kulturellen Hintergrund?
- Wie können diese in einem kultursensitiven Beratungskonzept aufgegriffen werden?

Methoden

Hierfür wurden zwischen insgesamt 38 leitfadengestützte Interviews zu den Sorgen, Befürchtungen und Erwartungen der Eltern bezüglich der Inanspruchnahme des BfA durchgeführt. Die Interviewpartner*innen setzten sich zusammen aus n=24 Eltern ohne Migrationshintergrund, und n=14 Eltern mit türkischem Migrationshintergrund zusammen. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).

Ergebnisse

Die Interviews zeigen die Notwendigkeit einer zielgruppenspezifischen Beratung im Kontext der Inanspruchnahme des BfA. Rolle, Sorgen und Befürchtungen sowie Erwartungen der beiden Teilstichproben wurden identifiziert und zu wichtigen Implikationen für das Beratungsgeschehen hinsichtlich des Übergangs auf den ersten Arbeitsmarkt gebündelt. Wenngleich beide Teilstichproben ähnliche Erwartungen und Befürchtungen hinsichtlich eines Beschäftigungsverhältnisses aufzeigen, deuten die Interviews auch auf kulturspezifische Unterschiede hin.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Eltern eine wichtige Rolle bei der Inanspruchnahme des BfA einnehmen. Bereits in der Berufsorientierungsphase, aber auch im Hinblick auf die Realisierung des BfA ist die Beratung von zentraler Bedeutung, da sie den Aktivitätsradius und die Handlungssicherheit der Eltern erhöhen kann. Die vorliegenden Implikationen für das Beratungsgeschehen können für verschiedenen Fachkräfte wichtige Impulse für die Zusammenarbeit mit Eltern mit und ohne Migrationshintergrund liefern. Es wird dabei die Funktion, Erwartungen, Sorgen der Eltern berücksichtigt, deren Partizipation und Unterstützung eine zentrale Gelingensbedingung für die Inanspruchnahme des BfA ist. Hierbei werden insbesondere wichtige Determinanten für die Beratung von Eltern mit Kind mit Behinderung unter besonderer Bezugnahme auf das Teilhabeinstrument BfA aufgezeigt.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können zur Förderung beruflicher Inklusion und damit einhergehend zur Förderung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung beitragen.

Literatur

BAGüS (2022): BAGüS-Kennzahlenvergleich. Eingliederungshilfe 2022. Berichtsjahr 2020. URL: https://www.lwl.org/spur-download/bag/Bericht_2022final.pdf, Abruf: 30.10.2023.

Helfer, D., Fries, A. (2010): Belastungen in Familien mit behinderten Kindern unter ausgewählten Aspekten. Behindertenpädagogik, 49(3), 297-312.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.

Pruisken, H. (2018): Der Einfluss der Eltern auf die Realisierung beruflicher Ziele von Jugendlichen. Arbeit 2018, 27(1), 27-47. https://doi.org/10.1515/arbeit-2018-0003.

Statistisches Bundesamt (2022): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2021. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220217004.pdf?__blob=publicationFile, Abruf: 30.10.2023.

Auswirkungen der onkologischen Reha-Nachsorge-Website Onko-Vital auf die Umsetzung gesundheitsförderlicher Nachsorgeziele

Heike Kähnert[1]; Birgit Leibbrand[2]

[1] Institut für Rehabilitationsforschung im VFR e.V., Norderney; [2] Salzetalklinik

Hintergrund und Zielstellung

Um Reha-Erfolge langfristig zu sichern, sind Nachsorgeangebote auch in digitaler Form unverzichtbar. Vorteile einer digitalen Nachsorge liegen in einer zeitnahen Fortsetzung der Reha-Inhalte, einer kontinuierlichen Überprüfung von Zielvereinbarungen sowie der weitestgehend orts- und zeitunabhängigen Nutzung. Am IfR, Norderney Abt. Bad Salzuflen wurde die Website Onko-Vital für die onkologische Reha-Nachsorge entwickelt (Kähnert, Leibbrand 2023). Onko-Vital soll PatientInnen dabei unterstützen, die in der Rehabilitation erarbeiteten Nachsorgeziele langfristig im Alltag umzusetzen. In dieser Untersuchung werden erste Ergebnisse einer RCT-Studie zur Wirksamkeit von Onko- Vital (OV) hinsichtlich der Umsetzung der Nachsorgeziele, des Entspannungs- und Sportverhaltens bis zu sechs Monate nach Abschluss der Rehabilitation vorgestellt.

Methoden

Rehabilitanden wurden einer Kontroll- (KG: n=127) oder Interventionsgruppe (IG: n=115) randomisiert zugewiesen. Die IG und KG durchliefen das Reha-Programm. Zudem erhielt die IG eine OV-Schulung, die Einzelberatung ‚Nachsorgeziele' sowie Zugang zur Website OV, die sie nach Klinikentlassung weiter nutzten. Die KG erhielt das Seminar Internet-Recherche' und kein digitales Nachsorgeangebot. Beide Gruppen wurden zu Reha-Beginn (T1), 3- (T3) und 6 Monate (T4) nach der Entlassung schriftlich befragt. Erhoben wurden die Umsetzung der Nachsorgeziele (Zielerreichung von 0% bis 100% in Anlehnung an die Goal Attainment Scale (Kiresuk, Sherman, 1968) sowie das Entspannungs- und Sportverhalten (Fuchs et al., 2015). Chi-Quadrat-Tests und Kovarianzanalysen (Intention- to- treat) wurden angewandt, um Unterschiede zwischen KG und IG nachzuweisen.

Ergebnisse

Nachsorgeziele aus dem Bereich ‚Sportverhalten' wurden von mehr als 95% der Studienteilnehmenden verfolgt. Mehr als zwei Drittel nannten Ziele zur ‚physischen Gesundheit', wie ‚Lernen, mit meiner Erschöpfung umzugehen' und mehr als 60% aus dem Bereich ‚psychische Gesundheit', wie ‚Lernen, mit Stress und Belastungen umzugehen'. Eine gesündere Ernährung hatten 74% als Nachsorgeziel und zwei Drittel wollten ihr Gewicht verändern. Auswertungen zur Zielerreichung zeigen, dass bis zu sechs Monate poststationär signifikant mehr IG-Teilnehmende gegenüber KG-Teilnehmende angaben, ihre Ziele zum Sportverhalten erreicht zu haben (T4: Umsetzungsgrad ≥ 75%: IG: 58%; KG=38%, $p \leq 0{,}01$, $\phi=0{,}207$). Zudem gaben zu T4 insgesamt 57% der IG gegenüber 33% der KG an, das Ziel

‚Lernen, mit Stress und Belastungen umzugehen‘ ($p \leq 0{,}01$, $\phi=0{,}240$) und weitere 44% der IG bzw. 29% der KG an das Ziel: ‚Lernen, mit meiner Erschöpfung umzugehen‘ ($p \leq 0{,}05$, $\phi=0{,}154$) jeweils um mehr als 75% erreicht zu haben. Hinsichtlich der Ziele zum Ernährungsverhalten und zu Beschwerden (Polyneuropathie, Lymphödeme) ließen sich keine Gruppenunterschiede zu T3 oder T4 nachweisen.

Die Auswertung in der Gesamtstichprobe (n=242) verdeutlicht, dass zu T1 ein Anteil von 17% angab, Entspannungsübungen, wie beispielsweise Autogenes Training, Qi-Gong oder Yoga regelmäßig anzuwenden. Dieser Anteil steigt zu T3 auf 38% und zu T4 auf 36%. Zu beiden Messzeitpunkte lassen sich signifikante Gruppenunterschiede zugunsten der IG nachweisen: zu T3 führten 45% der IG und 32% der KG ($p \leq 0{,}05$; $\phi=0{,}128$) und zu T4 47% der IG und 24% der KG ($p \leq 0{,}001$, $\phi=0{,}240$) regelmäßig Entspannungsübungen durch.

Zu T1 gaben etwa 40% der Teilnehmenden (IG: 41%; KG: 39%) an, Sport zu treiben. Im Zeitverlauf stiegen die entsprechenden Anteile an Sporttreibenden in der IG signifikant stärker als in der KG (T3: IG=78%, KG=61%, $p \leq 0{,}01$, $\phi=0{,}180$ / T4: IG=75%, KG=61%; $p \leq 0{,}05$, $\phi=0{,}151$). Insbesondere profitierten die zu T1 sportlich inaktiven Teilnehmenden (n=146). Zu T3 trieben 56% der zu T1 sportlich Inaktiven Sport, wobei der IG-Anteil mit 66% signifikant höher ist als der KG-Anteil (46%) ($p \leq 0{,}05$, $\phi=0{,}201$). Auch zu T4 gaben 56% der zu T1 sportlich Inaktiven an, Sport zu treiben, und zwar 69% der IG und 45% der KG ($p \leq 0{,}01$, $\phi=0{,}244$).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die Nachsorge Website Onko-Vital eine wirksame digitale Intervention ist. Hierüber werden PatientInnen dabei unterstützt ihre Nachsorgeziele umzusetzen und somit Sport und Entspannungsübungen in ihren Alltag zu integrieren. Weitere Überprüfungen mit größerer Stichprobe und Optimierung der Website werden folgen, mit dem Ziel, Onko-Vital in die Routineversorgung zu integrieren.

Take-Home-Message

Durch Onko-Vital erhalten PatientInnen Unterstützung bei der Umsetzung ihrer Nachsorgeziele, worüber gesundheitsförderliches Verhalten gefördert wird.

Literatur

Fuchs, R., Klaperski, S., Gerber, M., Seelig, H. (2015): Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 23, 60- 76.

Kähnert, H., Leibbrand, B. (2023): Bewertung der Reha-Nachsorge Website Onko-Vital aus Sicht der RehabilitandInnen. DRV-Schriften 128: 337-339.

Kiresuk, T. J., Sherman, R. R. (1968): Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programms. Community Mental Health Journal; 4: 443–453.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Berufliche Teilhabe nach einer onkologischen Rehabilitation. Repräsentative Analysen auf Basis von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung

David Fauser[1]; Pia Zollmann[2]; Matthias Bethge[1]; Marco Streibelt[2]

[1] Universität zu Lübeck; [2] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Hintergrund und Zielstellung: Krebserkrankungen gehen mit vielfältigen Belastungen einher, die die berufliche Teilhabe gefährden und mit rehabilitativen Interventionen gezielt adressiert werden können. Neun von zehn Betroffenen gelingt zwei Jahre nach Diagnosestellung die Rückkehr in Arbeit (Mehnert, 2011). Krebserkrankte haben im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe jedoch ein erhöhtes Risiko für Arbeitslosigkeit und berufliche Teilhabeeinschränkungen (de Boer et al., 2009). Repräsentative Rückkehrquoten nach einer onkologischen Rehabilitation, die auch als Vergleichsmöglichkeit für Forschungsarbeiten genutzt werden könnten, sind bislang nicht verfügbar. Studien zu den Einflussfaktoren auf die Rückkehr in Arbeit nach einer onkologischen Rehabilitation beschränken sich auf bestimmte Tumorarten und auf Beobachtungszeiträume von maximal 12 Monaten (Mehnert, Koch, 2013; Rick et al., 2021). Der Beitrag adressiert daher auf der Basis repräsentativer Daten folgende Fragestellungen:

1. Wie hoch ist die berufliche Teilhabe im Anschluss an eine onkologische Rehabilitation?
2. Welche Faktoren determinieren die berufliche Teilhabe?

Methoden

Die Fragen wurden anhand der Reha-Statistik-Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung beantwortet. Eingeschlossen wurden alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter mit einer abgeschlossenen onkologischen Rehabilitation (Ca-Reha-Leistung nach § 15 SGB VI) im Jahr 2017. Die Analysen wurden für die Gesamtgruppe sowie differenziert nach den Diagnosegruppen Bösartige Neubildungen (BN) der Brustdrüse (ICD: C50), der Prostata (C61), des Darms (C18-C20) und der Lunge (C33-C34) sowie sonstigen Neubildungen durchgeführt. 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 für Frauen und Männer, gerechnet.

Ergebnisse

Die Analyse berücksichtigte 63.587 abgeschlossene onkologische Rehabilitationen in 2017 (darunter BN der Brustdrüse: n = 20.545, 32 %; Prostata: n = 6.434, 10 %; Darm: n = 4.727, 7 %; Lunge: n = 2.866, 5 %). Die eingeschlossenen Personen waren im Mittel 54 Jahre alt (SD = 7,8). 62 % waren Frauen. Die Anteile an Rehabilitandinnen und

Rehabilitanden mit Fehlzeiten von sechs und mehr Monaten im Jahr vor der Rehabilitation waren 55 % (Lunge), 49 % (Darm), 46 % (Brustdrüse) und 13 % (Prostata).

Zwei Jahre nach der Rehabilitation lag die Rückkehrquote in Arbeit bei 54 % in der Gesamtgruppe (Abb. 1). Die stärksten Prädiktoren der stabilen beruflichen Teilhabe waren bei allen Tumorarten Fehlzeiten und das Entgelt vor Rehabilitation sowie das Alter.

Abb. 1: Anteile von Personen in stabiler Beschäftigung 12 bzw. 24 Monate nach einer onkologischen Rehabilitation bei verschiedenen Diagnosegruppen (ohne Altersrentenzugänge)

Diskussion und Fazit

Die Analyse zeigt ein differenziertes Bild der Entwicklung beruflicher Teilhabe in den ersten zwei Jahren nach einer onkologischen Rehabilitation für verschiedene Tumorarten. Insbesondere die Arbeitsunfähigkeitsdauer vor der Rehabilitation ist für berufliche Teilhabe von zentraler Bedeutung. Die Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz, bestehende arbeitsbezogene Unterstützungsangebote in der onkologischen Rehabilitation weiter auszubauen sowie Nachsorgeangebote und Fallmanagementinterventionen für krebsspezifische Problemlagen weiterzuentwickeln. Die wichtigste Limitation sind fehlende klinische bzw. medizinische Daten. Beispielsweise sind auch die Krankheitsphase (Remission, Rezidiv, Fortschreiten, Metastasierung), das Tumorstadium und die Symptomschwere mit der Rückkehr in Arbeit im Anschluss an eine onkologische Rehabilitation assoziiert.

Take-Home-Message

Zwei Jahre nach an einer onkologischen Rehabilitation sind 5 bis 6 von 10 Betroffenen stabil beschäftigt. Zwischen den Tumorarten zeigten sich deutliche Unterschiede.

Literatur

de Boer, A. G. E. M., Taskila, T., Ojajärvi, A., van Dijk, F. J. H., Verbeek, J. H. (2009): Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. JAMA, 301. 753-762.

Mehnert, A. (2011): Employment and work-related issues in cancer survivors. Critical Reviews in Oncology/Hematology, 77. 109-130.

Mehnert, A., Koch, U. (2013): Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation-a prospective study. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 39. 76-87.

Rick, O., Reuß-Borst, M., Dauelsberg, T., Hass, H. G., König, V., Caspari, R., Götz-Keil, G., Pfitzner, J., Kerschgens, C., Fliessbach, K., Hoppe, C. (2021): Einfluss klinischer, sozialmedizinischer und psychologischer Faktoren auf die berufliche Reintegration von Patientinnen mit Brustkrebs 6 Monate nach der Rehabilitation. Rehabilitation, 60. 253-262.

Interessenkonflikt: Pia Zollmann und Marco Streibelt sind Mitarbeitende der Deutschen Rentenversicherung Bund. Die übrigen Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Die Anwendbarkeit von ePRO-Erhebungen bei älteren Patient:innen nach Krebserkrankung – Ergebnisse eine Beobachtungsstudie im Rahmen der klinischen Routine

David Riedl[1]; Jens Lehmann[2]; Maria Rothmund[2]; Daniel Dejaco[2]; Vincent Grote[1]; Michael J. Fischer[3]; Gerhard Rumpold[2]; Bernhard Holzner[2]; Thomas Licht[1]

[1] Ludwig Boltzmann Gesellschaft; [2] Medizinische Universität Innsbruck;
[3] VAMED Rehabilitationszentrum Kitzbühel

Hintergrund und Zielstellung

Zur Beurteilung des Therapieerfolgs der akuten onkologischen Behandlung sowie der onkologische Rehabilitationsbehandlung von Patient:innen mit Krebserkrankung gelten Patient-reported outcomes (PROs) als der Goldstandard zur Bewertung des subjektiven Gesundheitszustands (Lehmann et al., 2021). Die elektronische Erfassung von PROs (ePROs) hat in den letzten Jahren sowohl in klinischen Studien als auch in der Praxis zunehmend an Beliebtheit gewonnen. Es gibt jedoch nur begrenzte Wissen darüber, wie gut ältere Krebspatient:innen in der Lage sind autonom ePRO-Erfassungen durchführen zu können.

Ziel der vorliegenden Studie war es daher, zu untersuchen wie gut erwachsene Krebspatient:innen unterschiedlichen Alters ePRO-Erfassungen von zu Hause (vor Rehabilitationsbeginn) und in der Rehabilitationseinrichtung (zu Ende der Behandlung) durchführen können. Des Weiteren sollen Faktoren identifiziert werden, die mit der Fähigkeit zur elektronischen Fragebogenbearbeitung zusammenhängen.

Methoden

Diese retrospektive, longitudinale Single-Center Studie beinhaltet Überlebende einer Krebserkrankung („Cancer Survivors“), die an einer stationärer multimodalen Rehabilitationsbehandlung teilgenommen haben. Die Patient:innen haben ePRO- Erfassungen vor Rehabilitationsbeginn zu Hause (T1) und nach der Rehabilitation in der Rehabilitationseinrichtung (T2) abgeschlossen. Dafür wurde die Rate der Patient:innen, die die ePRO-Erfassung bei T1 und T2 erfolgreich absolviert hatten und der Anteil der Patient:innen, die Unterstützung zur Durchführung der Befragung benötigt hatten analysiert sowie die durchschnittliche Zeit, die Patient:innen benötigten, um standardisierte Fragebögen auszufüllen. Zusätzlich wurden multivariate logistische Regressionsanalysen durchgeführt, um Prädiktoren identifizieren, die mit der Fähigkeit zum selbstständigen ePRO-Assessment assoziiert sind.

Ergebnisse

Zwischen 2017 und 2022 wurden insgesamt 5571 Patient:innen in die Studie aufgenommen. Die Patient:innen hatten ein Durchschnittsalter von 60,3 (+/- 12,2) Jahren (Spanne: 18 – 93 Jahre). Von den inkludierten 5571 Patient:innen wurden 1135 (20,3%) als Geriatrisch (d.h. > 70 Jahre) klassifiziert. In der Gesamtstichprobe konnten mehr als 90% (5060/5571) aller Patient:innen die ePRO-Erfassung durchführen. In der Altersgruppe > 70 Jahre zeigten sich sowohl für T1 (924/1135; 81,4%) als auch bei T2 (963/1135; 84,8%) niedrigere Raten.

Insgesamt gaben etwa 19% (1056/5571) der Patient:innen an bei der ePRO-Befragung zu Hause und ca. 7% (304/4483) bei der ePRO-Befragung zu Hause Unterstützung zu benötigen. Ältere Patient:innen hatten sowohl zu Hause (70–80 Jahre: 37.4%; > 80 Jahre: 62.8%) als auch im Rehabilitationszentrum (70–80 Jahre: 13.7%; > 80 Jahre: 23.8%) einen höheren Unterstützungsbedarf, wobei dieser bei Home Assessment deutlich ausgeprägter war. Zusätzlich konnte ein Geschlechtsunterschied beobachtet, wobei ältere Frauen einen höheren Unterstützungsbedarf als Männer berichteten (71-80 Jahre: Frauen=44,6% vs. Männern=27,4%, $p < .001$; > 80 Jahre: Frauen=72,3% vs. Männern, 50,9%; $p < .001$).

Im Durchschnitt benötigten die Patient:innen 4,9 (SD 3,20) Minuten, um einen 30- Item- Fragebogen (EORTC QLQ-C30) remote auszufüllen, wobei ältere Patient:innen im Vergleich zu jüngeren länger benötigten (70–80 Jahre: 5.5 Minuten; > 80 Jahre: 6,2 Minuten). Ein niedrigeres Alter und eine bessere körperliche Funktionsfähigkeit wurden in der multivariaten Regressionsanalyse als die deutlichsten Prädiktoren sowohl für die ePRO- Ausfüllrate als auch für den Unterstützungsbedarf beim ePRO Assessment identifiziert.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass ePRO-Erhebungen bei älteren Personen mit Krebs durchführbar sind, ältere Patient:innen aber vor allem bei Home-Assessments durchaus Unterstützung (z. B. von Angehörigen) benötigen. Es könnte daher sinnvoller sein vor allem bei älteren Patient:innen ePRO Erhebungen am Studienort als mittels Home-Monitoring durchzuführen. Es ist außerdem entscheidend zu überlegen, welche technische Ressourcen notwendig und verfügbar sind um ältere Patient:innen bei der Nutzung von ePRO- Erhebungen zu unterstützen.

Take-Home-Message

Ältere Krebspatient:innen sind besser in der Lage an ePRO Erhebungen teilzunehmen als vermutet, benötigen jedoch häufig technische Unterstützung.

Literatur

Lehmann, J., Rothmund, M., Riedl, D., Rumpold, G., Grote, V., Fischer, M. J., & Holzner, B. (2021): Clinical Outcome Assessment in Cancer Rehabilitation and the Central Role of Patient-Reported Outcomes. Cancers (Basel), 14(1): doi:10.3390/cancers14010084.

Evaluierung von Prädiktoren der Wirksamkeit einer onkologischen Rehabilitation

Alena Garber [1]; Vera Kaplienko-Wolff[2]; Igor Wolff[2]; Oliver Rick[1]

[1] Klinik Reinhardshöhe; [2] Gemeinschaftspraxis

Hintergrund und Zielstellung

Eine noch unbeantwortete Thematik in der stationären onkologischen Rehabilitation (OR) ist die Frage nach Prädiktoren, die den Rehabilitationserfolg voraussagen können. Anhand solcher Prädiktoren könnte es ermöglicht werden, nicht nur die Sinnhaftigkeit einer OR im Einzelfall abzuschätzen, sondern die Maßnahme auch konkret an die Bedingungen des Patienten anzupassen. Dadurch könnte eine zusätzliche Effektivität und Verbesserung des Rehabilitationserfolges erreicht werden (Rick, 2018).

Die Effektivität einer Rehabilitationsmaßnahme wird aufgrund der fehlenden Quantifizierungsmethoden bislang in keinem der implementierten Qualitätssicherungsprogramme der Kostenträger hinreichend abgebildet (Salzwedel, 2015), obgleich diese Qualitätsdimension neben der Struktur- und Prozessqualität sowie der Patientenzufriedenheit international als essentiell für die Bewertung von Gesundheitseinrichtungen betrachtet wird (Jäckel, Glattacker, 2006; Nübling et al., 2021).

Ziel dieser Studie ist die Erstellung einer integrierenden, evaluierten Befundaufnahme von medizinischen, psychologischen und sozialen Faktoren, die als Grundlage für Prognosen über den Erfolg oder das Misslingen von OR dienen könnte. Das andere Ziel dieser Studie ist die Bildung eines multiplen Reha-Wirksamkeit-Indexes (MRWI), der es uns ermöglicht, die unterschiedlichen Faktoren der Reha-Wirksamkeit zu erfassen, da bislang die Effektivität der Behandlung in der stationären OR nur an einzelnen oder wenigen kombinierten Endpunkten abgeschätzt wurde.

Methoden

In dieser Studie wurden die Patienten unizentrisch in einer onkologischen Rehabilitationsklinik rekrutiert. In diesem Zusammenhang findet sich eine Längsschnittstudie mit zwei Messzeitpunkten (T1 vor der Aufnahme, T2 vor Entlassung aus der Rehabilitation) anhand von 287 Patienten mit Mamma-Karzinomen (n=195, das MW= 56,5 Jahre) und kolorektalen Karzinomen (n=92, das MW=61,9 Jahre).

Für die Erhebung psychologischer Faktoren wurden die folgenden Fragebögen eingesetzt: HADS, MFI-20, EORTC QLQ-30, Reha-Motivation-Fragebogen PAREMO und Patientenbefragungen zur subjektiven Einschätzung zum Rehabilitationsergebnis.

Neben den soziodemographischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Schulabschluss) und behandlungsbezogenen (Zahl der bisherigen Reha, Bewertung der Reha) werden medizinische Basisdaten (Diagnose, Körpergewicht, Karnofsky-Index) erfasst, um die somatischen Einflussfaktoren der Krebserkrankung kontrollieren zu können.

Ergebnisse

Zur Quantifizierung des onkologischen Rehabilitationserfolges wurde ein multiples Ergebniskriterium, und zwar der MRWI gebildet, welcher aus 20 Qualitätsindikatoren der psychometrischen Dimensionen „Angst, Depression“, „Fatigue“, „Lebensqualität“ und „Einschätzung des Rehaergebnisses“ besteht.

Als Kriteriumsvariable diente ein MRWI, konzipiert auf der Grundlage der Veränderungseinschätzungen der Patienten. In der multinominalen logistischen Regression fanden sich als Prädiktoren für die Wirksamkeit einer OR die Anschlussheilbehandlung, das Tumorstadium, der Nikotinkonsum, die Skepsis-Werte bzgl. des Reha-Erfolges, die Werte für soziale Unterstützung und Krankheitsgewinn, erwerbstätige Patienten mit Kindern und ein guter Informationszustand bzgl. der Rehabilitation. Alle Prädiktoren zusammen erklärten 85,1% der Varianz der Variable MRWI (Nagelkerke=,851).

Als die effektstärksten unabhängigen Einflussgrößen für den Erfolg einer OR erwiesen sich das Stadium der Krebserkrankung sowie Kinder. In unserem Datensatz erhöht somit vorgeschrittener Tumorerkrankung die Odds zum Reha-Erfolg um einen Faktor von 2,287 und mit den Kindern um einen Faktor von 0,041. Als effektstärkste abhängige Einflussgröße erweist sich die Reha-Motivation: niedrige Skepsis-Werte hinsichtlich der bevorstehenden Reha-Maßnahme beeinflussen das Ergebnis positiv (Faktor 0,304).

Diskussion und Fazit

In einer Studie mit kardiologischen Patienten (Schleicher et al., 2011) erwiesen sich Selbstwirksamkeit und Intention als signifikante Prädiktoren zukünftiger sportlicher Aktivität. Das bestätigt unsere Befunde an onkologischen Patienten, dass die positive Reha-Motivation für die Reha-Wirksamkeit erforderlich ist.

Vorliegende Studie beschreibt die Entwicklung eines aus verschiedenen Indikatoren zusammengesetzten Index zur Beurteilung des Rehabilitationserfolges der Wirksamkeit einer OR sowie die Untersuchung dieser Größe hinsichtlich ihrer bestimmenden Charakteristika.

Take-Home-Message

Anhand des MRWI kann der individuelle Erfolg einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme beurteilt werden. Zudem kann der MRWI für den Einsatz im internen und externen Qualitätsmanagement der OR genutzt werden.

Literatur

Jäckel, W., Glattacker, M. (2006): Forschungsansätze zur Effizienzsicherung in der Rehabilitation was ist getan und was ist notwendig? Phys Rehab KurMed (16), 126-133.

Nübling, R., Schmidt, J., Kaiser, U., Henn, J., Kaluscha, R., & Toepler, E. (2021): Outcome Medizinischer Rehabilitation – Methodik und allgemeine Ergebnisse der Reha- QM- Outcome-Studie II (Requamo II) auf der Basis von Patient Reported Outcomes. Prävention & Rehabilitation (12), S. 48-65.

Rick, O. (2018): Onkologische Rehabilitation — Basis für die Qualität des Langzeitüberlebens. Im Fokus Onkologie (21(11)), S. 65-68.

Salzwedel, A. (2015): Evaluation der Ergebnisqualität kardiologischer Rehabilitation: Bedeutung von Einflussfaktoren auf den Rehabilitationserfolg/ I. Berlin: Medizinische Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin, Diss., S.69.

Schleicher, S., Schmidt, C., Schleicher, R., Spyra, K., Brünger, M. (2011): Prädiktoren postrehabilitativer körperlicher Aktivität bei kardiologischen RehabilitandInnen: Ein Anwendungsbeispiel des HAPA-Modells. DRV Schriften, S. 347-348.

Frühfunktionelle Ergebnisse in Abhängigkeit von der angewendeten Operationsmethode im Zeitverlauf. Ergebnisse von 16.839 Patienten nach radikaler Prostatektomie – eine Analyse aus der Perspektive der urologischen Anschlussrehabilitation

Marius Cristian Butea-Bocu; Burkhard Beyer; Guido Müller

Kliniken Hartenstein GmbH & Co. KG

Hintergrund und Zielstellung

Neben der Konfrontation mit der Karzinomdiagnose stellen insbesondere Funktionsstörungen wie die postoperative Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie (RP) für Patienten ein erhebliches Problem dar. Entsprechend der aktuellen S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom wird daher eine fachspezifische Anschlussrehabilitation (AR) empfohlen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2021).

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die aktuelle Entwicklung der Post-Prostatektomie-Inkontinenz (PPI) bei drei etablierten Operationsmethoden im Zeitverlauf zu vergleichen. Darüber hinaus sollen Unterschiede in den Inkontinenzraten zwischen den verschiedenen Operationsmethoden identifiziert und herausgearbeitet werden. Ergänzend wird untersucht, wie sich entsprechende Entwicklungen auf die Maßnahmen zur Wiedererlangung der Kontinenz während einer fachspezifischen stationären Anschlussrehabilitation (sAR) auswirken.

Methoden

Die Studie untersuchte prospektiv Patienten nach RP, die eine sAR angetreten hatten. Der Beobachtungszeitraum erstreckte sich über 5 Jahre von 2018 bis 2022. Entsprechend der angewendeten Operationsmethode wurden die Patienten in drei Kohorten unterteilt: offen (RRP), laparoskopisch (LRP) und roboterassistiert laparoskopische Operation (RARP).

Neben dem Alter zum Operationszeitpunkt wurden onkologische Parameter (TNM, präoperativer PSA-Wert, Gleason Score, ISUP-Gleason Score, ISUP-Graduierung) und funktionelle Parameter anhand eines 24-Stunden-Tests nach ICS-Kriterien (Kontinenzrate und Urinverlust zu Beginn sowie bei Abschluss der sAR) sowie die Anwendung multimodaler Therapiekonzepte (anticholinerge Medikation, videoendoskopisches Biofeedbacktraining) untersucht und im Zeitverlauf sowie zwischen den Kohorten verglichen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 16.839 Patienten in die Analyse eingeschlossen. Das Durchschnittsalter betrug 66,6 (67,0) Jahre und zeigte im Verlauf keine signifikante Veränderung ($p = 0,967$). Der Anteil der RARP-Eingriffe stieg im Beobachtungszeitraum von 57,1% im Jahr 2018 auf 74,8% im Jahr 2022 signifikant an ($p < 0,001$). Entsprechend sank der Anteil der RRP-Eingriffe im gleichen Zeitraum signifikant von 37,9 % auf 23,0 % und der LRP-Eingriffe von 5,0 % auf 2,1 % ($p < 0,001$). Der Urinverlust verringerte sich im Beobachtungszeitraum insgesamt von durchschnittlich 329 g (71 g) auf 243 g (29 g) ($p < 0,05$). Im Vergleich zur RARP war der mittlere Urinverlust bei der ORP mit 80,95 g (adjustiert 95% CI 62,08 g - 99,83 g; $p < 0,001$) und bei der LRP mit 161,59 g (adjustiert 95% CI 118,24 g - 204,93 g; $p < 0,001$) signifikant höher. Eine höhere Chance auf Kontinenz zu Beginn der AR ergab sich bei RARP im Vergleich zu RRP (OR 1,524; adjustiert 95% CI 1,420 - 1,635; $p < 0,001$) sowie im Vergleich zu LRP (OR 1,834; adjustiert 95% CI 1,540 - 2,183; $p < 0,001$). Auch zu Ende der sAR war die Chance auf Kontinenz bei RARP um 34,3% (adjustiert 95% CI 38,8% - 29,4%; $p < 0,001$) im Vergleich zu RRP und um 44,1% im Vergleich zu LRP signifikant höher (adjustiert 95% CI 53,1% - 33,5%; $p < 0,001$). Eine Nervenerhaltung wurde bei RARP häufiger beobachtet (OR 1,29; adjustiert 95% CI 1,21 - 1,38; $p < 0,001$). Die Notwendigkeit spezieller Therapiemaßnahmen wie videoassistiertes Biofeedback-Training zur Sphinkter-differenzierung ging im Zeitverlauf von 7,3% im Jahr 2018 auf 3,1% im Jahr 2022 zurück ($p < 0,001$), ebenso die Notwendigkeit für eine anticholinerge Therapie von 19,5% im Jahr 2018 auf 9,5% im Jahr 2022 ($p < 0,001$). Sowohl videoassistierte Interventionen als auch medikamentöse Therapien waren bei RARP-Patienten insgesamt weniger häufig erforderlich, mit 4,1 % bei RARP gegenüber 10,5 % bei LRP und 6,1 % bei ORP ($p < 0,001$) bzw. 11,2 % bei RARP gegenüber 18,2 % bei LRP und 14,2 % bei ORP ($p < 0,001$).

Diskussion und Fazit

Die Studie konnte bedeutende Unterschiede in den beobachteten Inkontinenzraten nach radikaler Prostatektomie, in Abhängigkeit von der gewählten Operationsmethode, an einer aktuellen Kohorte in Deutschland aufzeigen. Die Kontinenzraten verbesserten sich im Beobachtungszeitraum bei allen Operationsmethoden, wobei die Patienten nach roboterassistierter minimalinvasiver Operation das beste Outcome bezüglich Frühkontinenz zeigten. Bekanntermaßen ist das Outcome von Patienten, die in von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Zentren operiert wurden, hinsichtlich Frühkontinenz und onkologischer Parameter besser, verglichen mit den Ergebnissen von Patienten aus Kliniken ohne Zertifizierung (Butea-Bocu et al., 2021).

Die besten Ergebnisse bezüglich einer Frühkontinenz zeigen sich aktuell nach robotisch assistierter radikaler Prostatektomie, durchgeführt in zertifizierten Zentren, mit anschließender fachspezifischer evidenzbasierter Anschlussrehabilitation.

Take-Home-Message

Die Wahl der Operationsmethode bei radikaler Prostatektomie beeinflusst signifikant frühfunktionelle Störungen und ist während einer AR evident.

Literatur

Butea-Bocu, M. C., Müller, G., Pucheril, D., Kröger, E., Otto, U. (2021): Is there a clinical benefit from prostate cancer center certification? An evaluation of functional and oncologic outcomes from 22,649 radical prostatectomy patients. World J Urol 39:5–10. https://doi.org/10.1007/s00345-020-03411-9.

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2021): S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. Langversion 6.2 – Oktober 2021 AWMF–Registernummer: 043/022OL. www.leitlinienprogrammonkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom. Zugriff am: 25. Mai 2022.

Prädiktive Faktoren für die Verbesserung der gesundheitsbezogenen globalen Lebensqualität durch onkologische Rehabilitation

Oliver Rick; Alena Garber

Klinik Reinhardshöhe

Hintergrund und Zielstellung

Im deutschsprachigen Raum hat sich in den letzten Jahrzehnten die onkologische Rehabilitation fest etabliert (Rick et al., 2017). Aus den wenigen publizierten zum Teil unkontrollierten Studien mit geringer Fallzahl ist bekannt, dass sich mittels onkologischer Rehabilitation die globale gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) verbessern lässt (Riedl et al., 2017; Ture et al., 2017). Diese nimmt zwar, zumindest teilweise, in den ersten drei Monaten nach Rehabilitation wieder ab, erreicht aber nicht den Ausgangswert vor der Rehabilitation (Lamprecht et al., 2016; Heim et al., 2019). Unklar ist derzeit, ob alle Tumorpatienten in gleichem Maße profitieren und ob es Prädiktoren gibt, die sich positiv auf die globale HRQoL auswirken.

Methoden

Von Januar 2015 bis November 2019 wurden 7160 Rehabilitand:innen mittels des EORTC- QLQ 30 Fragebogens zur gesundheitlichen Lebensqualität zum Anfang (T1) und zum Ende (T2) der onkologischen Rehabilitation befragt. Für die aktuelle Analyse wurde die globale HRQoL herangezogen. Zusätzlich wurden das Lebensalter sowie klinische Daten erfasst und anhand einer Kovarianzanalyse (ANCOVA) prädiktive Faktoren berechnet.

Ergebnisse

Für die Analyse auswertbar waren 6280/7160 (88%) der Rehabilitand:innen, von denen 62% Frauen und 38% Männer waren. Das mediane Alter betrug 65 Jahre (Range: 19- 99 Jahre). Mehr als ein Drittel (35%) der Rehabilitand:innen litt an gynäkologischen Tumoren, und 95% der Patienten wurde kurativ behandelt. Die Mehrzahl

(88%) der Rehabilitand:innen erhielt eine Operation, 44% eine Radiatio und 41% eine Chemotherapie.

Die globale HRQoL am Anfang der Rehabilitation korrelierte signifikant mit der Tumordiagnose. Während Rehabilitand:innen, einem Lebensalter ≤ 60 Jahre, bei nicht- metastasierter Tumorerkrankung und nach Operationen ($p < 0{,}001$).

Nach der Rehabilitation hatte sich die globale HRQoL im Gesamtkollektiv signifikant verbessert ($p > 0{,}0001$). In der univariaten Testung betraf dies alle Tumorgruppen in gleicher Weise. In der Kovarianzanalyse (ANCOVA) fanden sich als Prädiktoren für die signifikante Verbesserung der globalen HRQoL das Lebensalter ≤60 Jahre und das weibliche Geschlecht. Die übrigen Faktoren wie Tumorgruppe, Tumortherapie und Tumorausdehnung hatten keinen signifikanten Einfluss.

Diskussion und Fazit

In einem sehr großen Kollektiv von Rehabilitand:innen konnte gezeigt werden, dass sich während einer onkologischen Rehabilitation die globale Lebensqualität signifikant verbessert. Unsere Ergebnisse decken sich mit den Daten aus der bisher bekannten Literatur. Der Effekt ist bei allen Tumorerkrankungen vorhanden. Insbesondere Rehabilitand:innen im Lebensalter bis 60 Jahren scheinen davon zu profitieren und sind für den Effekt im Gesamtkollektiv verantwortlich. Die Analyse der Subskalen des EORTC-QLQ-30 Fragebogens steht bislang noch aus, so dass aktuell noch nicht gezeigt werden kann, welche qualitativen Faktoren die Verbesserung der globalen HRQoL ausmachen. Auch wurde nach der onkologischen Resektion keine erneute Befragung durchgeführt, sodass keine Aussage zum Langzeitverlauf getroffen werden kann.

Take-Home-Message

Onkologische Rehabilitation führt bei allen Tumorerkrankungen, insbesondere bei Rehabilitand:innen im Lebensalter bis 60 Jahren, zu einer signifikanten Verbesserung der globalen Lebensqualität.

Literatur

Heim, M. E., Länzlinger, B., Wünnenberger, E., Sigrist, S., Frank, B., Berthold, I., Schröter, T. (2019): Verbesserung der Lebensqualität durch integrative onkologische Rehabilitation. Complementary Medicine Research, 26. 166-173.

Lamprecht, J., Thyrolf, A., Mau, W. (2016): Health-related quality of life in rehabilitants with different cancer entities. European Journal of Cancer Care, 26. e12554.

Rick, O., Dauelsberg, T., Kalusche-Bontemps, E. M. (2017): Oncological Rehabilitation. Oncology Research and Treatment, 40. 772-777.

Riedl, D., Giesinger, J M., Wintner, L. M., Loth, F. L., Rumpold, G., Greil, R., Nickels, A., Licht, T., Holzner, B. (2017): Improvement of quality of life and psychological distress after inpatient cancer rehabilitation. Wiener klinische Wochenschrift, 129. 692-701.

Ture, M., Angst, F., Aeschlimmann, A., Renner, C., Schnyder, U., Zerkiebel, N., Perseus, J., Barth, J., Bredell, M., Soelch, C. M., Walt, H., Jenewein, J. (2017): Short-term effectiveness of inpatient cancer rehabilitation: A longitudinal controlled cohort study. Journal of Cancer, 8. 1717-1725.

Psychischer Distress bei Brustkrebspatientinnen – Inzidenz und prädiktive Faktoren zu Beginn der onkologischen Rehabilitation anhand des Scheidegger Brustkrebs-Registers (BreCaReg)

Holger Hass

Paracelsus-Klinik Scheidegg GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Die Diagnose „Brustkrebs“ sowie die onkologische Therapie selbst führen bei den betroffenen Patientinnen neben somatischen Beschwerden zu einem hohen psychischen Distress und in bis zu 30% zu teils chronischen psychischen Störungen wie Depression, Angststörungen oder Panikattacken (Jassim et al., 2023). Daher ist nicht nur die Erfassung von Distress sondern auch mögliche Risiko- bzw. prädiktive Faktoren zur erfolgreichen Therapie von großer Bedeutung. In der Paracelsus-Klinik in Scheidegg wird daher seit über 10 Jahren im Rahmen eines Brustkrebs-Registers (BreCaReg) und prospektiven Datenerhebungen u.a. das Vorkommen des psychischen Distress systematisch erhoben und evaluiert.

Methoden

Bei einem Gesamtkollektiv von 10.900 Brustkrebs-Fällen konnte zwischenzeitlich von 4200 Patientinnen (Alter: 55,4 ± 10,2J; 71,7% AHB) zu Beginn der onkologischen Rehabilitation der psychische Distress mittels der dt. Version des 11-skaligen Distress- Thermometers der NCCN erfasst werden. Die so erhobenen Daten wurden mit klinischen und soziodemographischen Parametern in Bezug auf Koinzidenz analysiert.

Ergebnisse

69,8 % der Patientinnen waren an einem klassischen, Östrogenrezeptor-positiven Mammakarzinom erkrankt, 19,2 % an einem sog. Her2-positiven und 11,0 % an einem „triple negativen“ (TNBC) Tumor. 95,6 % erhielten eine operative Tumorresektion, davon 26,3 % mittels kompletter Brustentfernung (Ablatio), 89,5 % wurden zusätzlich konsolidierend bzw. palliativ bestrahlt. In 56,6 % erfolgte zusätzlich eine systemische Chemotherapie, in 18,7 % zusätzlich mit einer Immuntherapie kombiniert. 80,2 % der betroffenen Frauen erhielten eine mehrjährige antihormonelle Therapie.

Der durchschnittliche psychische Distress war in dem Gesamtkollektiv mit 5.0 (± 2,6) deutlich erhöht, signifikant erhöhte Distresswerte (DT ≥ 4 / 10) ließen sich in 66,6 % nachweisen.

Wie schon in der Literatur beschrieben (Syrowatka et al. 2017), zeigten jüngere Frauen gegenüber älteren Patientinnen einen signifikant höheren Distress (70,2 vs. 56,1 %; 5,25 ± 2,6 vs. 4,28 ± 2,5). Desweiteren zeigten sich in der Subgruppen-Analyse bei den Patientinnen mit TNBC teils signifikant höhere Distresswerte insbesondere gegenüber der Subgruppe der Frauen mit Hormonrezeptor-positiver Tumorerkrankung (70,5 % vs. 65,9 %; 5.2 ± 2,68 vs. 4,9 ± 2,62).

Desweiteren zeigte sich eine signifikante Korrelation zwischen erhöhten Distress-Werten und Therapie-induzierten Folgestörungen, wie Fatigue (73,9 vs. 66,8 %, $p < 0.001$), CIPN (68,8 vs. 65,1 %, $p = 0.01$), Lymphödem (70,6 % vs. 66,2 %, $p = 0.04$) und bei kompletter Brustentfernung (Ablatio; 68,7 vs. 65,9 %, $p = 0.01$). Demgegenüber zeigte sich bei

Patientinnen mit chronischem bzw. palliativen Tumorstadium kein signifikant erhöhter Distress gegenüber Frauen nach adjuvanter multimodaler Therapie (p = 0.62).

Diskussion und Fazit

Die Inzidenz von hohem psychischen Distress ist bei Brustkrebs-Patientinnen zu Beginn der onkologischen Rehabilitation sehr hoch. Prognostische Faktoren sind v.a. jüngeres Alter, die Tumorsubgruppe TNBC sowie das Vorliegen von spezifischen, therapie-induzierten Nebenwirkungen, insbesondere einer Fatigue-Symptomatik.

Daher sollte generell zu Beginn der Rehabilitation das Vorliegen einer psychischen Belastung aktiv gescreent und den Patientinnen eine intensivierte psychoonkologische Mitbetreuung während der onkologischen Rehabilitation angeboten werden.

Take-Home-Message

Psychischer Distress bei Brustkrebs-Patientinnen ist häufig und sollte daher systematisch zu Beginn der Rehabilitation mittels Screening (s. S3-LL Psychoonkologie) erfasst werden.

Literatur

Jassim, G. A., Doherty, S., Whitford, D. L., Khashan, A. S. (2023): SPsychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2023 Jan 11;1(1):CD008729.

Syrowatka, A., Motulsky, A., Kurteva, S., Hanley, J. A-, Dixon, W. G. (2017): Meguerditchian AN, Tamblyn R. Predictors of distress in female breast cancer survivors: a systematic review. Breast Cancer Res Treat. 2017 Sep;165(2):229-245.

Psychosoziale Belastung von 4.290 Patienten nach Operation eines Prostata-, Harnblasen- oder Nierenkarzinoms während der Corona-Pandemie

Guido Müller; Marius Cristian Butea-Bocu; Burkhard Beyer

Urologisches Kompetenzzentrum für die Rehabilitation der Kliniken Hartenstein GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Aktuell betreffen etwa 20% aller Krebsneuerkrankungen Patienten aus dem Bereich der Urologie (Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2021). In kurativer Intention werden die Patienten wegen einer Prostata- (PCA), Harnblasen- (BCA) oder Nierenkarzinomerkrankung (NCA) meist operativ therapiert. Nachfolgend soll den Patienten gemäß der jeweiligen S3-Leitlinie die Durchführung einer Anschlussrehabilitation (AR) empfohlen werden (Deutsche Krebsgesellschaft et al., 2021; Deutsche Krebsgesellschaft et al., 2020; Deutsche Krebsgesellschaft et al., 2023). Zielsetzung der AR ist neben der Therapie der fachspezifischen Funktionsstörungen auch die psychische Stabilisierung der Patienten. Zur Identifizierung von Patienten mit einem entsprechenden psychoonkologischen Betreuungsbedarf sollen Screening-Instrumente verwendet werden (Deutsche Krebsgesellschaft et al., 2023). Die Herausforderungen, die mit der Bewältigung der Corona-Pandemie verbunden waren, bedeuteten für viele Patienten eine

zusätzliche Belastung. Daher soll evaluiert werden, wie sich die psychosoziale Belastung von Patienten nach operativer Therapie urologischer Karzinome der Prostata, Harnblase und Niere während der Corona-Pandemie in der uroonkologischen AR darstellte.

Methoden

Analysiert wurden die Daten aller Patienten, bei denen nach einer operativen Therapie aufgrund eines PCA, BCA oder NCA im Jahr 2021 eine stationäre AR im Urologischen Kompetenzzentrum für die Rehabilitation (UKR) der Kliniken Hartenstein in Bad Wildungen erfolgte. Bei den BCA-Patienten wurde in der Analyse auf die beiden häufigsten Harnableitungsformen fokussiert – das Ileumconduit (IC) bzw. die Ileumneoblase (INB). Die psychosoziale Belastung wurde zu Beginn und am Ende der AR mit Hilfe des validierten Fragebogens zur Belastung Krebskranker (FBK-R23) evaluiert. Ein Gesamtscore ≥ 34 im FBK-R23 entspricht einer hohen psychosozialen Belastung und empfiehlt somit eine psychoonkologische Betreuung. Unter Einschluss onkologischer Basisparameter sowie Patientenalter und Geschlecht wurden multivariable Regressionsanalysen durchgeführt, um unabhängige Prädiktoren für die Inanspruchnahme von psychoonkologischen Einzelgesprächen zu identifizieren.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 4.290 Patienten ≤ 100 Tage postoperativ zur AR aufgenommen (PCA 3.413; BCA 563; NCA 314). PCA-Patienten zeigten im pathohistologischen Befund zu 38,9% ein lokal fortgeschrittenes Tumorstadium ≥ pT3, zu 10,8% eine Lymphknoten-metastasierung und zu 18,6% einen positiven Resektionsrand (R1). Die BCA- Patienten (58,3% IC bzw. 41,7% INB) hatten zu 32,4% ein Tumorstadium ≥ pT3 und zu 18,2% Lymphknotenmetastasen. Bei den NCA-Patienten erfolgte zu 48,4% eine radikale Nephrektomie bzw. zu 51,6% eine nierenerhaltende Tumorresektion. Sie hatten zu 22,9% ein Tumorstadium ≥ pT3. Zu Beginn der AR zeigten 20,4% der PCA-, 32,9% der BCA- und 32,0% der NCA-Patienten eine hohe psychosoziale Belastung. Psychoonkologische Einzelgespräche nahmen sie zu 32,3%, 37,3% bzw. 40,4% (nach Nephrektomie 34,2% bzw. nach Nierenteilresektion 46,3%; p=0,029) in Anspruch. Der Median des Gesamtscore des FBK-R23 reduzierte sich im Zuge der AR jeweils signifikant ($p < 0,001$), jedoch reduzierte sich der Anteil der Patienten mit einer hohen psychosozialen Belastung zum Ende der AR nur bei den PCA- (13,6%; $p < 0,001$) und BCA-Patienten (22,4%; $p < 0,001$), nicht jedoch bei den NCA-Patienten (28,7%; p=0,310). Die multivariable logistische Regressionsanalyse identifizierte als Prädiktoren für die Inanspruchnahme von psychoonkologischen Einzelgesprächen bei allen Tumorentitäten ein jüngeres Alter, bei den PCA-Patienten zudem die Lymphknotenmetastasierung, bei den BCA-Patienten zudem das weibliche Geschlecht sowie bei den NCA-Patienten zudem ein Tumorstadium ≥ pT3.

Diskussion und Fazit

Die aktuelle Studie zeigt Unterschiede im Ausmaß der postoperativen psychosozialen Belastung und in der Inanspruchnahme supportiver psychoonkologischer Einzelgespräche zwischen PCA-, BCA- und NCA-Patienten. Patienten nach einer Nierenteilresektion nahmen am häufigsten Einzelgespräche in Anspruch. Ein jüngeres Alter ist bei allen Tumorentitäten ein unabhängiger Prädiktor für eine stärkere Inanspruchnahme von psychoonkologischen Einzelgesprächen. Im Zuge der AR kam es zu einer signifikanten Reduktion der

psychosozialen Belastung. Die Ergebnisse unserer Studie informieren Kliniker, Patienten und politische Entscheidungsträger gleichermaßen über die psychosoziale Belastung der Patienten nach häufigen uroonkologischen Operationen. Die identifizierten Prädiktoren können für die zukünftige Ausgestaltung von Versorgungsstrukturen verwendet werden.

Take-Home-Message

Die psychosoziale Belastung kann meist im Zuge einer AR deutlich verbessert werden, jedoch sollten Risiko-Patienten auf weitere ambulante Hilfsangebote und auf die Option einer erneuten Rehabilitationsmaßnahme hingewiesen werden.

Literatur

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Prostatakarzinom, Langversion 6.2 , 2021 , AWMF Registernummer: 043/022OL, http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom, Zugriff am: 19.10.2023.

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms, Langversion 2.0, 2020, AWMF-Registrierungsnummer 032/038OL, https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/harnblasenkarzinom, Zugriff am: 19.10.2023.

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Nierenzellkarzinoms, Langversion 4.0, 2023, AWMF-Registernummer: 043-017OL https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/nierenzellkarzinom, Zugriff am: 29.10.2023.

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): 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 19.10.2023.

Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg) (2021): Krebs in Deutschland für 2017/2018. Berlin: Robert Koch-Institut.

Reha-relevante Aspekte bei Patientinnen Ovarialkarzinom – Auswertung von über 1000 Patientenfällen

Holger Hass[1]; Marianne Seywald[1]; Volker Kunzmann[2]; Achim Wöckel[2]

[1] Paracelsus-Klinik Scheidegg GmbH; [2] Universitätsklinikum Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Das Ovarialkarzinom hat die höchste Sterblichkeit unter den gynäkologischen Tumoren, vor allem, weil es aufgrund des Fehlens von charakteristischen Frühsymptomen und eines geeigneten Screenings häufig erst im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert wird. So liegt bei ca. 2/3 aller Tumorfälle schon bei Erstdiagnose ein fortgeschrittenes (FIGO III) oder metastasiertes (FIGO IV) Tumorstadium vor. Infolge der sehr schlechten Gesamtprognose

werden die betroffenen Frauen intensiv – meist multiviszeral - operiert und systemisch medikamentös behandelt. Infolge dieser intensiven Therapie kommt es häufig zu unterschiedlichen somatischen Folgestörungen (Hass, 2021). Neben diesen körperlichen Beschwerden kann das Wissen um die schlechte Gesamtprognose sowie eine häufig vorliegende genetische Krebsveranlagung (BRCA1/2-Mutation) bei den Frauen zu einer hohen psychischen Belastung führen (Frey et al. 2017; Kayl et al. 2006). All dies kann neben massiven Teilhabe-Einschränkungen zu einem hohen Rehabilitations-Bedarf führen.

Methoden

Im Rahmen dieser prospektiven Datenerhebung wurden häufige therapie-induzierten Folgestörungen (CIPN, Lymphödem, Fatigue, Gewichtsverlust) und die psychische Belastung mittels der dt. Version des 11-skaligen NCCN-Distress Thermometers systematisch erhoben. Zusätzlich erfolgte die Dokumentation klinischer und tumorbiologischer Patientencharakteristika zu Beginn der Rehabilitation.

Ergebnisse

Von Juli 2017 – Juni 2023 konnten die Daten von n=1100 Patientinnen (Alter 55,9 ± 10,7 J) mit Ovarialkarzinom, die zu einer onkologischen (Anschluß)Rehabilitation (AHB: 57,7%, REHA: 42,3%) in der Paracelsus-Klinik Scheidegg aufgenommen wurden, dokumentiert und analysiert werden.

Bei 65,5% lag zum Zeitpunkt der Erstdiagnose schon ein fortgeschrittenes oder metastasiertes Tumorstadium (FIGO III-IV) vor. Fast alle Patientinnen (n=1055, 95,9%) wurden mittels systemischer (Immun)Chemotherapie behandelt, in 90,4% erfolgte zudem eine meist multiviszerale Tumorresektion mit zusätzlicher Darmteilresektion (n=475, 43,2%) ± Stoma-Anlage (n=135, 12,3%). Infolge der intensiven Therapie kam es häufig zu teils chronischen systemischen oder gastroenterologischen Nebenwirkungen (CIPN 65%, Lymphödeme/Lymphozelen 22,3%, Fatigue 79,3%, Anämie 36%, Gewichtsverlust 37%, Diarrhö 8,6%; s. Abb. 1).

Abb. 1: Therapie-induzierte Nebenwirkungen und Toxizitäten.

Ein signifikant erhöhter psychischer Distress zeigte sich in 78,3% (5,76±2,52; s. Abb. 1) und korrelierte signifikant mit jüngerem Krankheitsalter (< 60: 5,38 vs. 6,30; p=0,007)., Stadium FIGO III-IV (5,18 vs. 5,95; p=0.001) und Multiviszeral-/Darm-OP (5,5 vs. 6,0; p=0.023).

Diskussion und Fazit

Unsere Daten belegen in Übereinstimmung mit der Literatur die unverändert schlechte Prognose / späte Diagnosestellung des Ovarialkarzinoms, die häufige Inzidenz somatischer Folgestörungen (CIPN, Lymphödem, Fatigue) nach multimodaler Therapie und einen dadurch bedingten hohen Rehabilitationsbedarf bei betroffenen Patient:innen. In Anbetracht der hohen psychischen Belastung sollte routinemässig ein Screening auf psychischen Distress – wie in der aktuellen S3-Linie Psychoonkologie empfohlen – und eine intensive psychoonkologische Mitbetreuung erfolgen. Desweiteren sollte - wegen den teils komplexen gastroenterologischen Folgestörungen - die onkologische Rehabilitation in Zentren mit zusätzlicher gastroenterologischer Expertise erfolgen.

Take-Home-Message

Patientinnen mit Ovarialkarzinom haben unverändert nicht nur eine schlechte Gesamtprognose, sondern auch vielfältige somatische wie psychische Folgestörungen und dadurch einen rohen Rehabilitationsbedarf.

Literatur

Frey, M. K. et al. (2017): Ovarian cancer survivors' acceptance of treatment side effects evolves as goals of care change over the cancer continuum. Gynecol Oncol. 2017.

Hass, H. G. (2021): Ovarian cancer – rehabilitation-relevant aspects and socio-medical performance assessment. GMS Onkol Rehabil Sozialmed 2021;10:Doc02.doi: 10.3205/ors000042.

Kayl, A. E. et al. (2006): Side-effects of chemotherapy and quality of life in ovarian and breast cancer patients. Curr Opin Obstet Gynecol. 2006.

Soziale Teilhabe nach Brustkrebs 4–6 Jahre post-OP: Unterscheiden sich Reha-Teilnehmerinnen und -Nichtteilnehmerinnen von der Gesamtbevölkerung?

Eranda Sahiti; Stefanie Sperlich; Siegfried Geyer; Dorothee Noeres

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Brustkrebs gilt als die häufigste Krebserkrankung bei Frauen und kann mit erheblichen Langzeitfolgen der Therapie verbunden sein (Robert Koch-Institut, 2016). Für die Überlebenden gilt neben der beruflichen auch die soziale Teilhabe als wesentlicher Ausdruck der körperlichen und psychischen Gesundheit und stellt einen wesentlichen Indikator für die Funktionsfähigkeit in ihrer Umgebung (ICF) dar (WHO, 2005). Bislang liegen erst wenige Studien vor, die die Auswirkungen einer Brustkrebserkrankung auf die Teilhabe untersucht haben, mit Fokus auf Aktivitäten des täglichen Lebens (Faaij et al., 2022). Die Fragestellung der vorliegenden Studie lautet: Inwiefern unterscheiden sich Reha-Teilnehmerinnen (Reha- TN) und -Nichtteilnehmerinnen (Reha-Nicht-TN) 4-6 Jahre nach einer Brustkrebs-operation hinsichtlich ihrer sozialen Teilhabe von Frauen ohne Brustkrebserkrankung?

Methoden

Im Rahmen des durch die Stiftung Deutsche Krebshilfe geförderten Projekts „Soziale Teilhabe und berufliche Reintegration oder Rückzug? Eine multizentrische Langzeitstudie an Frauen mit Mammakarzinom über vier bis sechs Jahre“ wurden Patientinnen ein viertes Mal schriftlich befragt. Eingeschlossen wurden Patientinnen, die im Zeitraum zwischen Dezember 2016 und Oktober 2018 in elf zertifizierten Brustzentren Niedersachsens an einem primären Brustkrebs operiert worden waren (Noeres et al., 2021). Die Erstbefragung (t0) wurde durch die Deutsche Rentenversicherung Bund gefördert. Die Untersuchungsstichprobe umfasste 455 Teilnehmerinnen, es wurde eine Teilnahmequote von 80,1 % erreicht. An der vierten Befragung (t3) 4-6 Jahre später nahmen 372 Patientinnen teil, dies entspricht auf die Erstbefragung bezogen und abzüglich der 22 verstorbenen Patientinnen einer Teilnahmequote von 86%. Als Indikator für die soziale Teilhabe enthielt der Fragebogen ein Instrument zur Erfassung von 20 verschiedenen Freizeitaktivitäten, die dem sozio- oekonomischen Panel entnommen wurden, um Bevölkerungsvergleiche durchführen zu können (SOEP-IS Group, 2021). Die Befragten gaben auf einer 5-stufigen Skala (1 „Nie“, 2 „Seltener“, 3 „Mindestens 1 Mal pro Monat“, 4 „Mindestens 1 Mal pro Woche“, 5 „Täglich“) an, wie häufig sie die Aktivitäten ausüben. Der Datensatz mit den 372 Teilnehmerinnen wurde mit einer nach Alter, Geschlecht und Schulbildung parallelisierten SOEP-Stichprobe gematcht. Die Hauptanalysen erfolgten mittels multi-nomialer logistischer Regression.

Ergebnisse

Die Patientinnen (sowie auch ihre Vergleichsstichprobe aus dem SOEP) waren zum Zeitpunkt der 4. Befragung durchschnittlich 55,8 Jahre alt (SD 7,3; Range 29-68 Jahre), 76% der Befragten haben seit Diagnosestellung vor 4-6 Jahren an einer Reha teilgenommen, von diesen wiederum waren 71,1% aktuell erwerbstätig. Bei den Reha-Nicht-TN waren es 75,6%. Die multinomiale logistische Regression ergab bei fünf Aktivitäten der sozialen Teilhabe signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (TN des SOEP, Reha-TN und Reha- Nicht- TN, siehe Abb. 1). Gegenüber der Referenzgruppe des SOEP geben Reha-TN signifikant häufiger künstlerische und musische Tätigkeiten (OR=1,26, $p < 0,001$) an sowie die Nutzung sozialer Online-Netzwerke (OR=1,36, $p < 0,001$). Dagegen gaben sie signifikant seltener an, ins Café oder Restaurant zu gehen (OR=0,82, p=0,032) und an kirchlichen/religiösen Veranstaltungen teilzunehmen (OR=0,78, p=0,005). Nicht-teilnehmerinnen einer Reha zeigen insgesamt ein ähnliches Muster, pflegen aber häufiger gegenseitige Besuche von Freunden Nachbarn, und Bekannten (OR=1,45, p=0,019).

Diskussion und Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass Mamma-Ca Patientinnen vier bis sechs Jahre nach Diagnosestellung Aktivitäten in der Öffentlichkeit (wie Besuch von Cafe, Kneipe, Restaurant) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung seltener wahrnehmen, während z.B. kreative und musische Aktivitäten im privaten Bereich häufiger sind. Es ergeben sich zudem Hinweise darauf, dass die Teilnahme an einer Rehabilitation im Zusammenhang mit der sozialen Teilhabe steht, den es weiter zu untersuchen gilt.

[1] Ergebnis signifikant bei Reha-TN, [2] signifikant bei Reha-Nicht-TN

Abb. 1: Soziale Teilhabe von Brustkrebspatientinnen nach Reha-Teilnahme im Vergleich zur Repräsentativbevölkerung des SOEP (Referenzgruppe) kontrolliert für Erwerbsstatus

Take-Home-Message

Eine Brustkrebserkrankung wirkt sich auch 4-6 Jahre nach Primärbehandlung auf die soziale Teilhabe bzw. Freizeitaktivitäten von Brustkrebsüberlebenden aus, die Langzeiteffekte einer Reha-Teilnahme diesbezüglich bedürfen weiterer Forschung.

Literatur

Faaij, M., Schoormans, D., Pearce , A. (2022): Work, daily activities and leisure after cancer. In: Eur J Cancer Care;31:e13596. doi.org/10.3390/healthcare9081078.

Noeres, D., Sperlich, S., Röbbel, L., Safieddine, B., Deuker, J. U., Hillemanns, P., Ismaéel, F., Moser, A., Noeding, K.-H., Noesselt, T., Pape, J., Park-Simon, T.-W., Peschel, S., Seifert, W., Siggelkow, W., Thoma, M., Uleer, C., Geyer, S. (2021): Prädiktoren der Inanspruchnahme und des Be-ginns einer onkologischen Rehabilitation nach Brustkrebs. Rehabilitation, 60: 1-8.

Robert Koch-Institut (2016): Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Berlin.

SOEP-IS Group (2021): SOEP-IS 2019 – Fragebogen für die SOEP-Innovations-Stichprobe. SOEP Survey Papers 953: Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente): Berlin: DIW Berlin/SOEP.

WHO (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html. Zugriff: 23. Okt. 2023.

Förderung: Stiftung Deutsche Krebshilfe

Die Rehabilitation nach Majoramputationen führt zu einer Verbesserung von Alltagsfunktion und körperlicher Leistungsfähigkeit betroffener Patient*innen

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

[1] Reha-Zentrum Gröbming der Pensionsversicherung ; [2] Ludwig Boltzmann Gesellschaft; [3] Pensionsversicherung

Hintergrund und Zielstellung

In Österreich werden jährlich etwa 2500 Majoramputationen durchgeführt. Diese sogenannten "großen Amputationen", bei denen größere Körperteile oder sogar ganze Extremitäten betroffen sind, werden dann durchgeführt, wenn das Leben der Patient*innen bedroht oder eine Heilung des betroffenen Körperteils nicht zu erwarten ist (Gailey et al., 2008). Beim Bein spricht man von einer „großen Amputation“, wenn die Amputationsgrenze oberhalb des Sprunggelenks liegt. Arterielle Durchblutungsstörungen gehören neben den Infektionen zu den häufigsten Gründen für Amputationen. Wenn Gewebe nicht ausreichend durchblutet wird, kommt es zum Entstehen von Gewebedefekten. Ursache dafür kann die periphere arterielle Verschluss-krankheit (PAVK, "Raucherbein") sein, bei der vor allem die Arterien in den Beinen "verkalken". PAVK kann unabhängig oder als Spätfolge von Diabetes mellitus auftreten. Andere Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Nikotinabusus, Hypercholesterinämie, Adipositas und Hyperlipidämie können allein oder in Kombination ebenfalls zu amputationsbedingten Folgeerkrankungen inklusive peripherer arterieller Verschlusskrankheiten, koronarer Herzkrankheit, zerebrovaskulärer Erkrankungen, Infektionen und chronischem Nieren-versagen führen. In Anbetracht dieser Komorbiditäten und der damit verbundenen Situation einer Majoramputation werden gerade hier sehr komplexe Anforderungen an die Rehabilitation gestellt (Esquenazi, DiGiacomo, 2001). Die Behandlung stellt sowohl für das Rehabilitationsteam als auch für die Patient*innen eine große Herausforderung dar und zielt darauf ab, die körperliche Funktion und die Bewältigung des täglichen Lebens zu verbessern.

Die Evaluierung funktioneller Tests, Mobilitätsklassen, Gangparameter und Alltagsfunktion hatte zum Ziel, rehabilitationsinduzierte Verbesserungen von Amputationspatient*innen altersentsprechend abzubilden.

Methoden

Die Rehabilitation von Prothesenpatient*innen wird von einem speziell ausgebildeten Prothesenteam bestehend aus Fachärzt*innen für Orthopädie, Unfallchirurgie, Innere und Allgemeine Medizin sowie Teams der Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie, Diätologie, Massage und Elektrotherapie umgesetzt. Bei Amputationspatient*innen, die je nach der individuellen Situation an einem drei- oder vierwöchigen interdisziplinären Rehabilitationsprogramm teilnahmen, wurden zur Quantifizierung der Funktionsverbesserung Funktionstests wie der 6-Minuten Gehtest (6MGT), der Timed Up and Go Test

(Zeitdauer für Aufstehen und Gehen, TUGT) sowie der 10-Meter Gehtest (10MGT) durchgeführt. Eine aus der durchgeführten Gangschulung resultierenden Beurteilung des Gangmusters und der Mobilitätsklassen wurde am Anfang und am Ende des Aufenthaltes ermittelt. Eine Verbesserung der Alltagsfähigkeiten wurde über den Barthel Index untersucht, der Gebrauch der Gehhilfen ebenfalls im Vergleich Aufnahme versus Entlassung erfasst.

Ergebnisse

Die retrospektive Studie zeigte, dass sich im Laufe des Rehabilitationsaufenthalts bei Patient*innen mit Majoramputationen (n = 350) die körperliche Funktion/Aktivität, wenn gemessen über den 6MGT, um 26 % verbesserte. Dabei zeigte der 6MGT im Vergleich zu den zwei weiteren Funktionstest (10MGT, TUGT), die höchste Effektstärke (6MGT: d = 0.579; 10MGT: d = 0.235; TUGT: d = 0.287). Im 6MGT und in Bezug auf die Altersabhängigkeit zeigten die Patient*innen in den Altersgruppen 50-59 Jahre (35 % Verbesserung) und 60- 69 Jahre (31 % Verbesserung) die besten Ergebnisse. Speziell bei Patient*innen über 80 Jahren ergab der 10MGT im Vergleich zum 6MGT eine niedrigere Effektstärke (10MGT: d = 0.105 vs. 6MGT: d = 0.552). Der positive Reha-Verlauf wiederspiegelte sich auch in einer Verbesserung der Mobilitätsklassen und Gangparameter. Kadenz und Gehgeschwindigkeit verbesserten sich bis zu einem Alter von 80 Jahren deutlich. Der bei Patient*innen angewandte Barthel Index (BI) zur Erfassung der Fähigkeiten zur Umsetzung der Alltagstätigkeiten zeigte sich bei Entlassung signifikant verbessert (BIAufnahme: 76.8 ± 20.6, BIEntlassung: 82.1 ± 18.4; $p < 0.001$).

Diskussion und Fazit

Ziel der Rehabilitation ist es, die betroffenen Patient*innen bestmöglich und effektiv auf das Leben mit ihrer Prothese vorzubereiten. Dazu müssen die Patient*innen durch gezielte Physiotherapie Kraft, Ausdauer und Koordination wiedererlangen. Auch das Erlernen und Trainieren des Umgangs mit der Prothese ist für die Betroffenen und ihre Teilnahme am normalen Leben unerlässlich. Die retrospektive Datenanalyse spiegelt den Rehabilitationserfolg in Bezug auf Körperfunktion, Alltagsfunktion und Gangbild wider. Die Ergebnisse zeigen, dass die Funktionsverbesserungen nicht zwingend altersabhängig sind. Obwohl mit leichten Unterschieden, kann ein positives Rehabilitationsergebnis über alle Altersgruppen hinweg abgebildet werden. Neben einer Funktionsverbesserung kann auch, entsprechend der Anforderungen im Rahmen der ICF Kriterien, die Teilhabe in Form der Verbesserungen in den Alltagsfunktionen erbracht werden. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen einmal mehr die Wichtigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen für beinamputierte Patient*innen verschiedener Altersgruppen.

Take-Home-Message

Speziell auf die Therapie von Amputationspatient*innen zugeschnittene Rehabilitationsmaßnahmen spielen eine wesentliche Rolle in der Verbesserung von Funktion, Mobilität und in der Durchführung von Alltagstätigkeiten als Voraussetzung für die bessere Bewältigung ihrer Aktivitäten des täglichen Lebens.

Literatur

Esquenazi, A., DiGiacomo, R. (2001): Rehabilitation after amputation. J Am Podiatr Med Assoc, 91: 13-22.

Gailey, R., Allen, K., Castles, J., Kucharik, J., Roeder, M. (2008): Review of secondary physical conditions associated with lower-limb amputation and long-term prosthesis use. J Rehabil Res Dev 2008; 45: 15-29.

Nachhaltigkeit in der ambulanten Gonarthrose-Rehabilitation – inwieweit beeinflusst die Erkrankungsprogredienz den Outcome?

Steffi Krohe; Maren Janßen; Stefan Dalichau; Torsten Möller

BG Ambulanz Bremen

Hintergrund und Zielstellung

Zur Sicherung von Nachhaltigkeitseffekten in der medizinischen Rehabilitation von Gonarthrose erscheinen insbesondere multi-disziplinäre bzw. -modale Programme wirksam zu sein, die einen bio-psycho-sozialen Ansatz verfolgen, auf die Fähigkeit des Patienten zum Selbstmanagement fokussieren und explizit Nachsorgestrategien mit in die Behandlung einbinden (Sjöström et al., 2013). Imponiert das Krankheitsbild der Gonarthrose als Berufskrankheit oder als Folge eines Arbeitsunfalls ist der gesetzliche Unfallversicherungsträger aufgefordert, Präventionsleistungen bzw. Maßnahmen der Heilbehandlung einzuleiten, um Beschwerden zu lindern und der Progredienz der Erkrankung adäquat entgegenzuwirken. In einer prospektiven Vergleichsstudie sollte untersucht werden, ob und inwieweit ein auf Nachhaltigkeit ausgerichtetes Rehabilitationsmodell für Patienten mit berufsbedingter Gonarthrose in der Lage ist, kurzfristige positive Behandlungsergebnisse auch langfristig zu erhalten und ähnlich positive Langzeiteffekte zeigt wie das, als sekundärpräventive Maßnahme für Versicherte mit ersten degenerativen Kniegelenksbeschwerden bereits etablierte Kniekolleg der Bauwirtschaft (Pietsch et al., 2023).

Methoden

66 männliche Patienten aus dem Bau- und Metallgewerbe mit berufsbedingter Gonarthrose (≥ Kellgren-Lawrence Grad 2) im Lebensalter von 53,3 ± 7,2 Jahren durchliefen 5-mal wöchentlich à 6 h über 3 Wochen Phase 1 (Aufbauphase) einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme (AR), bestehend aus leitliniengestützten (Diehl et al., 2013) sowie standardisierten Inhalten der orthopädischen Rehabilitation (BAR, 2005) mit Betonung auf der Vermittlung von Nachsorgestrategien (BAR, 2016). In der direkt folgenden Phase 2 (Stabilisierungsphase) absolvierten die Patienten 1-mal wöchentlich à 3 h über 12 Wochen weitere therapeutische Applikationen mit Schwerpunkt auf der Sport- und Bewegungstherapie und wurden anschließend in wohnortnahe Fitness-Studios zur Verstetigung eines kontrollierten und individuell angepassten Muskelaufbautrainings überführt (Erhaltungsphase). Die Effekte der AR wurden zu Beginn (T1), am Ende der Phase 1 (T2) und 2 (T3) sowie 6 (T4) und 18 Monate nach Phase 2 (T5) mittels eines standardisierten Assessments evaluiert. Als Messparameter zum Einsatz kamen neben der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36), den wahrgenommenen Funktionsein-

schränkungen bei Alltagsaktivitäten (WOMAC) und der Selbsteinschätzung der körperlichen Performance (PACT) auch Parameter der körperlichen Leistungsfähigkeit (6- Minuten-Gehtest, Maximalkrafttest der Oberschenkelmuskulatur, Physical Work Capacity- Test).

Ergebnisse

Von den 66 Patienten der Gesamtstichprobe konnten 36 Rehabilitanden (54,5 %; Versuchsgruppe: VG) nach Ende der Stabilisierungsphase zu einer regelmäßigen Fortführung des Muskelaufbautrainings in einem Fitnesszentrum in Wohnortnähe motiviert werden, das über 18 Monate (T5) im Durchschnitt 2,2-mal/Woche ausgeübt wurde. Hingegen beendeten 30 Patienten (45,5 %; Kontrollgruppe: KG) nach der Stabilisierungsphase jegliche zielgerichtete sportliche Aktivität. Ausgehend von einem annähernd homogenen Ausgangsstatus in T1 zeigten sich beide Gruppen nach der 3-wöchigen Aufbauphase (T2) in allen untersuchten Parametern statistisch signifikant verbessert ($p < 0,05$). Die Ergebnisse konnten in beiden Gruppen nach der 12-wöchigen Stabilisierungsphase auf diesem Niveau stabilisiert werden. Ohne die Weiterführung jeglicher Trainingsmaßnahmen remittieren die Messwerte in der KG kontinuierlich und erreichten 18 Monate (T5) wieder den Status quo ante in T1. Auch in der VG ist ein Rückgang der Messwerte festzustellen, der jedoch geringer ausfällt. Die Werte der VG liegen in T5 zwar noch über dem Niveau in T1, der Unterschied zur KG ist allerdings ausschließlich als tendenziell zu bezeichnen.

Diskussion und Fazit

Die Langzeit-Ergebnisse der VG sind positiv zu bewerten, erfüllen allerdings – im Vergleich zum Kniekolleg (Pietsch et al., 2023) – nicht die Erwartungen. Die Inhalte der eingesetzten Nachsorgestrategien müssen optimiert und intensiviert werden. Weiterhin scheint insbesondere das fortgeschrittene Stadium der Gonarthrose die Durchführung eines regelmäßigen kontrollierten und angepassten Muskelaufbautrainings aufgrund rezidivierender entzündlicher Überlastungsreaktionen des geschädigten Kniegelenks nach dem Training zu behindern. Ein präventiverer Ansatz hinsichtlich der Patientenrekrutierung ist zu diskutieren.

Take-Home-Message

Aufgrund des Schweregrades der Erkrankung sind die Effekte der konzipierten, auf Nachhaltigkeit ausgerichteten ambulanten Rehabilitationskette für Patienten aus dem Bau- und Metallgewerbe mit fortgeschrittener berufsbedingter Gonarthrose im Vergleich zu einem präventiveren Ansatz deutlich limitiert.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2005): Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen. Frankfurt/Main.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2016): Nachhaltigkeit von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Handlungsempfehlungen. Frankfurt/Main.

Diehl, P., Gerdesmeyer, L., Schauwecker, J., Kreuz, P.C., Gollwitzer, H., Tischer, T. (2013): Konservative Therapie der Gonarthrose. Orthopäde, 42.125-139.

Pietsch, A., Schroeder, J., Dalichau, S., Reer, R., Engel, D., Wahl-Wachendorf, A., Solbach, T., Edler, C., Riepenhof, H. (2023): Acute effects of an exercise based multimodal in-patient rehabilitation protocol in male knee osteroarthritis patients and the two years follow-up sustainability. Work, 75. 1243-1253.

Sjöström, R., Asplund, R., Alricsson, M. (2013): Evaluation of a multidisciplinary rehabilitation program with emphasis on musculoskeletal disorders: a 5-year follow-up. Work, 45. 175- 182.

Nicht-Unterlegenheit einer hybriden ambulanten orthopädischen Rehabilitation: 3-Monats-Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie

Richard Albers[1]; Stella Lemke[1]; David Fauser[1]; Sebastian Knapp[2]; Gert Krischak[3]; Matthias Bethge[1]

[1] Universität zu Lübeck; [2] Goreha GmbH; [3] Nanz Medico GmbH & Co. KG

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 in ambulanten Rehabilitationszentren das evidenzbasierte standardisierte Curriculum Rückenschule der Deutschen Rentenversicherung Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019) als Teil eines multimodalen Rehabilitationsprogramms bei Rückenschmerzen angeboten. Unsere nicht verblindete, multizentrische, randomisierte kontrollierte Studie untersucht die Nicht- Unterlegenheit einer hybriden digital assistierten Rehabilitation mit einer digitalen Version des Curriculum Rückenschule (Interventionsgruppe, IG) gegenüber einer Rehabilitation in der das Curriculum Rückenschule in Präsenz wahrgenommen wird (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 aus über ein privates elektronisches Gerät. Neben der Rückenschule nahmen beide Gruppen an Rehabilitationsprogrammen gemäß den Reha-Therapiestandards für Personen mit chronischen Rückenschmerzen teil. Fragebogendaten wurden zu Beginn und am Ende der Rehabilitation sowie drei Monate nach Ende der Rehabilitation erhoben. Das primäre Zielkriterium war schmerzspezifische Schmerz-selbstwirksamkeit (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 gehen von Nicht-

Unterlegenheit der hybriden digital unterstützten Rehabilitation aus, wenn die untere Grenze des einseitigen 95-%-Konfidenzintervalls über -4 Punkte liegt. 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 ∞) und beim 3-Monats-Follow-up (b = 0,24; 95% KI = -2,86 bis ∞) nicht unterlegen war. Weitere Sensitivitätsanalysen bestätigen diese Befunde.

Die sekundären Zielkriterien wurden auf Überlegenheit getestet, wobei unsere Primäranalyse keine signifikanten Gruppenunterschiede feststellte. Zwei unserer Sensitivitätsanalysen (adjustierte Complete-Case-Analyse, adjustierte Per-Protocol-Analyse) zeigten für das sekundäre Zielkriterium gegensteuernde Aktivitäten bessere Resultate zugunsten der IG.

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

Hybride digital assistierte Rehabilitation, eine Chance auf Flexibilisierung der 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.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Prädiktionsmodell der 1-Jahres-Patientenzufriedenheit nach Kniegelenks-Totalendoprothese: Entwicklung eines klinischen Scores

André Strahl; Maximilian M. Delsmann; Alexander Simon; Christian Ries; Frank Timo Beil; Tim Rolvien

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund und Zielstellung

Die orthopädische Anschlussrehabilitation nach einer Kniegelenks-Totalendoprothese (KTEP) zielt darauf ab, Beweglichkeit wiederherzustellen, Muskelaufbau und Kraft zu fördern, Funktionsfähigkeit zu verbessern und Schmerzen zu kontrollieren (Heisel, 2008). Dies fördert dauerhaft das Ausmaß der postoperativen Zufriedenheit. Trotz standardisierter postoperativer rehabilitativer Therapieeinheiten beträgt die Rate der langfristig unzufriedenen Patienten nach KTEP etwa 10-15% (DeFrance, Scuderi, 2023). Zur Vorhersage der Zufriedenheit tragen verschiedene klinische und personenbezogene Faktoren bei, die vor oder nach dem chirurgischen Eingriff identifiziert werden können (Farooq et al., 2020; Galea et al., 2020). Das Wissen um mögliche Prädiktoren ermöglicht die frühzeitige Identifikation potenzieller Risikofaktoren, um gezielte Interventionsmaßnahmen zu initiieren und dadurch unerwünschte Ergebnisse zu minimieren. Ziel der Studie war es daher, einen praktikablen Score für die rehabilitative Praxis zu entwickeln, mit dem die Zufriedenheit nach einem Jahr vorhergesagt werden kann.

Methoden

Die Analysen basieren auf einem klinikinternen Forschungsregister in dem klinische und patientenberichtete Daten erhoben wurden. Eingeschlossen wurden alle Patientinnen und Patienten mit primärer Gonarthrose (n=170; 68,6±10,1 Jahre; 58,2% weiblich), die im Zeitraum von 2019 bis 2022 mit einem bikondylären Oberflächenersatz (balanSys® UC, Firma Mathys) versorgt wurden. Die Datenerhebung erfolgte präoperativ, nach der Rehabilitationsmaßnahme (4 Wochen) sowie 1 Jahr nach OP. Primäres Studienoutcome war die Zufriedenheit, erhoben mit der Zufriedenheits-Skala des Knie Society Scores (KSS_Zuf) ein Jahr postoperativ. Ergänzend wurde das klinische Outcome mittels des Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Scores (KOOS) evaluiert. Neben soziodemographischen Variablen wurden psychische Belastung mit dem Patient Health Questionnaire-4 sowie Schmerzen der letzten 7 Tage mit einer visuellen Analogskala

erhoben. Weitere klinische Merkmale wurden prospektiv erfasst. Die Studienkohorte wurden in zufriedene (KSS_Zuf > 20) und nicht zufriedene (KSS_Zuf ≤20) Patienten gruppiert. Mittels logistischer Regressionsanalysen wurden individuelle Merkmale zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme analysiert, welche die 1-Jahres-Patientenzufriedenheit vorhersagen. Ergänzt wurden die Analysen durch ANOVA mit Messwiederholung. Im Anschluss erfolgte die Dichotomisierung signifikanter intervallskalierter Variablen mithilfe des Youden-Index. Daraufhin wurde ein gewichteter Summenscore erstellt, um die Zufriedenheit vorherzusagen. Die Diskriminationsfähigkeit wurde mittels Receiver Operating Characteristic (ROC)-Analyse evaluiert.

Ergebnisse

Abb. 1: Box-Plots relevanter Skalen und Scores

Nach Abschluss der Rehabilitation zeigte sich kein Unterschied in Bezug auf die Zufriedenheit (ΔKSS_Zuf: 2,8; p=0,112). Nach einem Jahr wiesen 17% der Patienten einen KSS_Zuf ≤ 20 auf. Diese Patienten hatten bereits nach der Rehabilitationsmaßnahme signifikant stärkere Schmerzen (ΔKOOS_Pain: 13,2; p=0,001), höhere Symptomlast (ΔKOOS_Symptoms: 14,2; p=0,001), eingeschränkte Aktivitäten des täglichen Lebens (ΔKOOS_ADL: 12,6; p=0,003) und eine niedrigere Lebensqualität (ΔKOOS_QoL: 10,2; p=0,019). Univariate logistische Regressionsanalysen zur Vorhersage der 1- Jahres- Zufriedenheit ergaben, dass ein Alter < 64,5 Jahre, ein BMI > 29,4 kg/m², ein KOOS- Schmerzscore < 51 und ein KSS-Funktionsscore > 53 Punkte das Risiko für postoperative Unzufriedenheit um das 4,4-fache, 6,9-fache, 7,0-fache bzw. 5,5-fache erhöhten. Der auf Basis dieser Prädiktoren entwickelte Score zeigte eine gute Präzision zur Identifizierung von Patienten mit niedrigem, mittlerem und hohem Risiko für postoperative Unzufriedenheit (AUC: 0,787; p < 0,001) und einem ausgezeichneten negativ prädiktiven Wert von 95,3% [95%CI 88,6–98,2%]. Abb. 1 zeigt eine Übersicht relevanter Ergebnisse.

Diskussion und Fazit

Angesichts der Prävalenz langfristiger Unzufriedenheit bei KTEP-Patienten hat die Vorhersage von Zufriedenheit in der medizinischen Praxis eine hohe klinische Relevanz. Der neu entwickelte Score zum Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme beinhaltet lediglich 4 Items und lässt sich praktikabel in die klinische Routine integrieren. Die Anwendung bietet die Möglichkeit, gezielte Nachsorgeprogramme für Patienten mit hohem Risikoprofil zu initiieren.

Take-Home-Message

Ein gewichteter Score aus Alter, BMI, Skala zu Schmerzen sowie subjektiver Funktionsfähigkeit kann bereits zum Ende der Anschlussrehabilitation mit guter Präzision vorhersagen, ob Patienten ein Jahr nach einer KTEP zufrieden oder unzufrieden sind.

Literatur

DeFrance, M.J. & Scuderi, G.R. (2023): Are 20% of Patients Actually Dissatisfied Following Total Knee Arthroplasty? A Systematic Review of the Literature. J Arthroplasty, 38(3), 594- 599.

Farooq, H., Deckard, E.R., Ziemba-Davis, M., Madsen, A. & Meneghini, R.M. (2020): Predictors of Patient Satisfaction Following Primary Total Knee Arthroplasty: Results from a Traditional Statistical Model and a Machine Learning Algorithm. J Arthroplasty, 35(11), 3123-3130.

Galea, V. P., Rojanasopondist, P., Connelly, J.W., Bragdon, C.R., Huddleston, J.I., Ingelsrud, L.H., Malchau, H. & Troelsen, A. (2020): Changes in Patient Satisfaction Following Total Joint Arthroplasty. J Arthroplasty, 35(1), 32-38.

Heisel, J. (2008): Rehabilitation nach endoprothetischem Ersatz von Hüfte und Knie. Orthopäde 37, 1217–1232.

Präoperative berufliche und gesundheitliche Situation von Patient*innen vor Hüft- oder Knie-Gelenkersatz – Zwischenergebnisse aus dem „ProSEeG“-Projekt

Madeleine Gernert[1]; Ole Müller[1]; Lea Dejonghe[2]; Marc Schöttler[3]; Andrea Schaller[1,4]

[1] Deutsche Sporthochschule Köln; [2] Deutsche Rentenversicherung Rheinland;
[3] Lahntalklinik Bad Ems; [4] Universität der Bundeswehr München

Hintergrund und Zielstellung

Immer mehr Patient*innen mit Hüft- oder Knie-Gelenkersatz (TEP) sind im erwerbsfähigen Alter (Grimberg et al., 2022). Jedoch erzielen in Deutschland nur 54% der Patient*innen zwei Jahre nach der Operation wieder das gleiche sozialversicherungsrechtliche Entgelt wie zuvor (Krischak et al., 2012). Eine amerikanische Studie nennt als präoperative Faktoren, die die Rückkehr ins Erwerbsleben begünstigen, unter anderem das weibliche Geschlecht, bessere mentale Gesundheit und körperliche Funktionsfähigkeit, sowie geringe körperliche Anforderungen im Beruf (Styron et al., 2011). Im Rahmen des rehapro-Modellprojekts „ProSEeG“ (Innovative Prozesskette zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach endoprothetischem Gelenkersatz), soll die berufliche Wiedereingliederung der TEP-Patient*innen zusätzlich durch prä- und postoperative innovative Therapiemodule unterstützt werden. Ziel des vorliegenden Beitrags ist die Beschreibung der präoperativen beruflichen und gesundheitlichen Ausgangssituation von erwerbsfähigen Hüft- und Knie-TEP-Patient*innen.

Methoden

Im Zeitraum von Oktober 2022 bis Oktober 2023 wurde im „ProSEeG“-Projekt die Vergleichsgruppe gebildet, welche im Anschluss an die TEP-Operation eine standardmäßige Anschlussrehabilitation (AHB) durchläuft. Einschlusskriterien waren: 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 Patient*innen mit TEP-Wechsel oder TEP nach akutem Trauma.

Vor der Operation wurden in einem postalisch versendeten Fragebogen Geschlecht, Alter, Bildungsstand, betroffenes Gelenk (Hüfte/Knie), Beschwerdedauer, Funktionsfähigkeit im Alltag (FFbH OA), Erwerbstätigkeit, Funktionsfähigkeit im Beruf (Skalen von 0-10; Müller et al., 2014), Arbeitsfähigkeit (Work Ability Score) und Vorstellungen zur beruflichen Zukunft erhoben.

Die Daten wurden auf Plausibilität geprüft. Deskriptive Statistiken (Häufigkeiten, Lagemaße) wurden zur Beschreibung der Stichprobe und ihrer beruflichen und gesundheitlichen Ausgangslage berechnet.

Ergebnisse

Die vollständige Vergleichsgruppe umfasst 146 Teilnehmende (62 % männlich, 38 % weiblich). Das Alter der Stichprobe lag überwiegend zwischen 51-60 Jahren (60 %) und über 60 Jahren (27 %). Die meisten Befragten hatten einen Hauptschul- (36 %) oder

Realschulabschluss (33 %). 65 % der Teilnehmer*innen erhielten eine Knie-TEP, 35% eine Hüft-TEP. Ihre Beschwerdedauer betrug im Median 24 Monate (MIN = 5, MAX = 360). Bezüglich der Funktionsfähigkeit im Alltag wiesen 47 % der Teilnehmenden eine klinisch relevante Funktionsbeeinträchtigung auf.

76 % der Teilnehmenden waren vollzeitbeschäftigt, weitere 19 % waren mindestens halbtags berufstätig. 69 % der Erwerbstätigen schätzten ihre berufliche Tätigkeit als mittelschwere oder schwere körperliche Arbeit ein. Hinsichtlich der beruflichen Funktionsfähigkeit wiesen die Skalen für Schmerzen bei der Arbeit (7,1 ± 2,1) und Erschöpfung bei der Arbeit (6,0 ± 1,5) die höchsten Beeinträchtigungen auf. Die Arbeitsfähigkeit wurde zu 64 % als gering, 22 % als moderat und 14 % als gut oder ausgezeichnet eingeschätzt. Bezüglich ihrer beruflichen Zukunft gingen 82 % der Befragten davon aus, dass sie wahrscheinlich in ihrem Beruf weiterhin arbeiten könnten, während 4 % angaben, dass sie sich zukünftig eine andere Arbeit suchen möchten.

Diskussion und Fazit

Die Baseline-Daten der Vergleichsgruppe verdeutlichen anhand der berichteten Einschränkungen in Alltag und Beruf den Handlungsbedarf hinsichtlich einer TEP-Operation. Die Rückkehr ins Erwerbsleben könnte durch die überwiegend körperlich mittelschweren oder schweren beruflichen Tätigkeiten der Teilnehmenden erschwert werden. Jedoch wirken die Teilnehmenden grundsätzlich motiviert, die bisherige berufliche Tätigkeit zukünftig wieder aufzunehmen.

Ab November 2023 werden im „ProSEeG“-Projekt ein präoperatives Vorbereitungsseminar und eine postoperative Prä-Reha-Woche in die Versorgung implementiert. Das Vorbereitungsseminar enthält vorwiegend edukative Elemente und dient der bio- psycho- sozialen Unterstützung der Teilnehmenden im Hinblick auf ihre anstehende Operation und AHB. Die Inhalte der postoperativen Prä-Reha-Woche orientieren sich am individuellen Genesungsprozess der Rehabilitand*innen, die anschließend in die reguläre AHB überführt werden. Zur Ergebnisevaluation der Innovation werden die Teilnehmenden in Follow-up-Befragungen 3, 6 und 12 Monate nach Antritt der AHB zu ihrer beruflichen Funktionsfähigkeit und Erwerbssituation befragt.

Take-Home-Message

Die berufliche Wiedereingliederung von Hüft- und Knie-TEP Patient*innen wird bereits durch präoperative Einflussfaktoren beeinflusst. Die innovative Prozesskette in ProSEeG setzt daher bereits vor der Operation an und spannt den Bogen über die AHB bis in die Nachsorge, um Patient*innen bei der Rückkehr ins Erwerbsleben zu unterstützen.

Literatur

Grimberg, A., Lützner, J., Melsheimer, O., Morlock, M., Steinbrück, A. (2022): Jahresbericht 2022. Mit Sicherheit mehr Qualität. Berlin: EPRD Deutsche Endoprothesenregister.

Krischak, G., Jankowiak, S., Kaluscha, R. (Hrsg.) (2012): Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach Hüft-TEP – Analyse anhand von Routinedaten der Rentenversicherung und Vergleich mit den USA. In: Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.

Müller, E., Bengel, M., Wirtz, M. (2014): Validität und Änderungssensitivität der Skalen zur Erfassung der Funktionsfähigkeit im Beruf (SE-FFB). Die Rehabilitation, 53(3), 176-183.

Styron, J.F., Barsoum, W.K., Smyth, K.A., Singer, M.E. (2011): Preoperative predictors of returning to work following primary total knee arthroplasty. J Bone Joint Surg Am, 93, 2–10.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Veränderung der Funktionsfähigkeit bei Personen mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen im Zeitverlauf: eine Mehrebenenanalyse

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

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

Hintergrund und Zielstellung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt den WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 als allgemeines Bewertungsinstrument zur Erhebung von Daten über Funktionsfähigkeit und Behinderung (Ustün et al., 2010). Der Fragebogen wurde speziell zur Erfassung des Bereichs Aktivitäten und Teilhabe entwickelt, wie er in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) definiert ist. Bislang gibt es keine eindeutigen Erkenntnisse über die wichtigsten Faktoren zur Vorhersage der WHODAS 2.0-Ergebnisse im Zusammenhang mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen. Ziel dieser Arbeit ist es, die Veränderung der Funktionsfähigkeit von Patienten mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen, die sich einer stationären Rehabilitation unterziehen, im Laufe der Zeit zu bewerten.

Methoden

Prospektive multizentrische Längsschnittstudie mit einem Follow-up von bis zu 78 Wochen nach der Entlassung aus der ersten stationären orthopädisch-unfallchirurgischen Rehabilitation. Daten zu Einflussfaktoren auf die Funktionsfähigkeit wurden bei der Aufnahme in die Rehabilitation mithilfe eines umfassenden Bewertungsinstruments erhoben. Funktionsfähigkeit wurde mittels des WHODAS 2.0 bei Aufnahme und Entlassung sowie 12, 26, 52 und 78 Wochen nach der Entlassung aus der Rehabilitation erfasst. Der Wertebereich des WHODAS 2.0 liegt zwischen 0 und 100, höhere Werte sprechen für eine höhere Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit. Die längsschnittlich erhobenen Daten wurden anhand eines Mehrebenenmodells analysiert.

Ergebnisse

Die Daten von 775 Patient:innen (n = 573 Männer, 73,9 %; Durchschnittsalter: 47,2 Jahre; [SD 12,47]), die primär schwere Verletzungen der großen Gelenke und komplexe Frakturen der großen Röhrenknochen erlitten hatten, wurden in den Analysen berücksichtigt. Der Mittelwert des WHODAS 2.0 sank von 44,5 Punkten bei Aufnahme in die stationäre Rehabilitation bis zu einem Wert von 20,0 Punkten zum Zeitpunkt des 78-Wochen Follow-up,

was auf eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit hindeutet. Mittels Multilevel-Analysen konnten nachfolgende Einflussfaktoren auf die Veränderung der Funktionsfähigkeit über die Zeit identifiziert werden: Alter, Geschlecht, familiäre (Belastungs)Situation, allgemeiner Gesundheitszustand, Vorerkrankungen/Komorbiditäten, Schwere der Verletzung, Dauer der Rehabilitation, Ruhe- und Belastungsschmerz, emotionale Funktionen, subjektive Erwerbsprognose, Wohnsituation, Vermögenswerte/finanzielle Sorgen, Unterstützung und Beziehungen (Arbeitgeber/Kollegen), juristische Verfahren, Heilverfahrenssteuerung/Koordination, Zufriedenheit mit Heilmittelversorgung, belastende Lebensereignisse.

Diskussion und Fazit

Es bedarf einer ganzheitlichen, biopsychosozialen Betrachtungsweise, um Veränderung der Funktionsfähigkeit über die Zeit nach schweren muskuloskeletalen Verletzungen zu adressieren und eine personenzentrierte rehabilitative Versorgung zu stärken. Medizinisches Fachpersonal kann eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit fördern, indem beispielsweise sichergestellt wird, dass Behandlungsziele definiert und mit dem Patienten vereinbart werden und dass die Heilmittelversorgung optimal gelingt. Die ermittelten Faktoren könnten möglicherweise für ein kurzes Screening bei der Aufnahme in die Rehabilitation verwendet werden, um die Veränderung der Funktionsfähigkeit des Patienten im Laufe der Zeit abzuschätzen.

Take-Home-Message

Es bedarf einer ganzheitlichen, biopsychosozialen Betrachtungsweise, um Veränderung der Funktionsfähigkeit über die Zeit zu adressieren und eine personenzentrierte Behandlung nach schweren muskuloskeletalen Verletzungen weiter zu stärken und die Trauma-Rehabilitation zu optimieren.

Die Ergebnisse der Arbeit machen deutlich, dass Kontextfaktoren bei den Veränderungen der Funktionsfähigkeit über die Zeit eine wichtige Rolle spielen und zeigen darüber hinaus, welche Kontextfaktoren hier entscheidend sind.

Literatur

Ustün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., Pull, C. (2010): Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. Bull World Health Organ, 88(11), 815-823. doi:10.2471/blt.09.067231.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Vorhersage der beruflichen Wiedereingliederung nach komplexen körperlichen Traumen: eine Österreichische EFL-datenbasierte Modellierungsstudie

Martin Schindl[1]; Harald Zipko[2]; Werner Schätzner[1]

[1] AUVA-Rehabilitationszentrum Weißer Hof; [2] FH Campus Wien

Hintergrund und Zielstellung

Nach komplexen unfallchirurgischen Traumen ist oftmals auch die berufliche Leistungsfähigkeiten reduziert. In Fällen mit unklarer beruflicher Wiedereingliederungs-perspektive liefert die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) Prädiktoren für den return-to-work (RTW). Während in der internationalen Literatur Modelle zur Vorhersagewahrscheinlichkeit des RTW bestehen (Bühne et al., 2022; Kus et al., 2022; Luthi et al., 2014; Streibelt et al., 2009), fehlen solche Modelle für Verunfallte in Österreich. Daher sollte anhand routinemäßig im Zuge der EFL erfasster Daten ein Vorhersagemodell für den RTW erstellt werden.

Methoden

In einer retrospektiven Kohortenstudie wurden sämtliche im Rehabilitationszentrum Weißer Hof, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) von 1.1.2016 bis 31.12.2020 durchgeführten EFL Testungen ausgewertet. Folgende Hypothesen wurden überprüft: (1) Der Spinal Function Sort (SFS) ist prädiktiv für den RTW, (2) ein Modell mit 24 Faktoren aus (i) personenbezogenen Daten, (ii) Daten der EFL und (iii) Umweltfaktoren ist prädiktiv für den RTW. Dieser wurde Datenbank-gestützt durch AUVA-Fachpersonal für den Zeitraum 1 Jahr nach EFL überprüft. Eine erfolgreicher RTW wurde als zumindest 28 Tage andauernde sozialversicherungswirksame Beschäftigung definiert.

Assoziationen zwischen “RTW: ja versus nein” und qualitativen Faktoren wurden mittels Cramer’s V, quantitative Variablen mit Spearman’s r ermittelt. Mann-Whitney’s U-Test wurde verwendet, um relevante Unterschiede zu validieren. Hypothesentests $p < 0{,}005$.

Binär-logistische Regressionsmodelle wurden erstellt, um relevante Faktoren für den RTW- Status zu identifizieren. Der schrittweise Ausschluss von Faktoren der Modelle erfolgte entweder aufgrund signifikanter p-Werte (Mp) oder den Akaike’s (AIC) bzw. Bayessche (BIC) Informationskriterien.

Abschließend wurde mitttels ROC-Analysen die Relevanz der einzelnen Prognosen durch Vergleich der jeweiligen Accuracy (=AUC) validiert.

Ergebnisse

Komplette Datensätze waren für 511 Patienten verfügbar. Soziodemographische Daten sind in Tab. 1 dargestellt.

Hypothese (1) konnte nicht verifiziert werden. Unter der Hypothese (2) konnten 3 Modelle erstellt werden.

Das Mp Modell identifizierte 7 Variablen (AUC: 0,787 (95% CI: 0,745 – 0,829)): Alter, Familienstand, Bewilligung der im EFL Test empfohlenen beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen, aufrechtes Dienstverhältnis, fehlender Pensionsantrag,

Anzahl Unfalldiagnosen, gemittelte Schmerzintensitäten während EFL. Das liberalere AIC- Modell erweiterte die relevanten Faktoren um 4 weitere: Empfehlung von beruflichen Maßnahmen im EFL, Vorhandene Wiedereinstellungszusage, Konkordanz der Arbeitsschwere des letzten Berufes mit der selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit nach EFL und Anzahl Unfalldiagnosen. Das AIC Modell führte zu einer geringen Erhöhung der AUC: 0,800 (95% CI: 0,758 – 0,842). Das konservativere BIC-Modell reduzierte die Anzahl relevanter Faktoren auf 4 Variablen: Vorhandenes Dienstverhältnis, Bewilligung der im EFL empfohlenen beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen, Anzahl Unfalldiagnosen und gemittelten Schmerzintensitäten während EFL: AUC= 0,761 (95% CI: 0,716 – 0,806).

Tab. 1: Soziodemographische Daten

Dimension	Variable	Category or mean ± sd	n (%) or q_2 [q_1;q_3]	95% CI
socio-demographic	gender	male	463 (90.6%)	
		female	48 (9.4%)	7.2-12.2
	age (years)	42.4 ± 10.8	43.6 [34.5;51.5]	41.4-43.3
	mother tongue	german	353 (69.1%)	64.9-72.9
		other	158 (30.9%)	27.1-35.1
	education years	12.0 ± 2.0	12.0 [11.0;13.0]	11.8-12.1
	marital status	married / w partner	358 (70.1%)	66.0-73.9
		div / w/o partner or	153 (29.9%)	
	children in care	yes	235 (46.0%)	41.7-50.3
		no	276 (54.0%)	49.7-58.3
employment	unemployment rate (%)	residence	7.1 ± 3.6	6.8-7.4
		workplace	6.8 ± 3.4	6.5-7.1
	match of residence &company	yes	282 (55.2%)	50.9-59.4
		no	229 (44.8%)	40.6-49.1
	occupational measures required	yes	474 (92.8%)	90.2-94.7
		no	37 (7.2%)	5.3-9.8
	vocational measures were approved	yes	206 (40.3%)	36.1-44.6
		no	305 (59.7%)	55.4-63.9
	working type	unskilled worker	159 (31.1%)	
		semiskilled worker	158 (30.9%)	
		skilled worker	111 (21.7%)	
		foreman	56 (11.0%)	
		white-collar	27 (5.3%)	
	years in company	7.8 ± 9.0	4.0 [1.0;11.0]	7.0-8.6
	employment contract upright	yes	293 (57.3%)	53.0-61.6
		no	218 (42.7%)	38.4-47.0
	commitment for re-employment	yes	24 (4.7%)	
		no	34 (6.7%)	
		not clear	453 (88.6%)	
	filed pension application	yes	36 (7.0%)	
		no	456 (89.3%)	
		not clear	19 (3.7%)	
rehabilitation	latency (months)	11.7 ± 21.2	7.5 [5.7;11.1]	9.9-13.5
	trauma diagnosis	1 relevant diagnosis	349 (68.3%)	64.1-72.2
		2 or more diagnoses	162 (31.7%)	27.8-35.9
	DOT previous work	1-3	116 (22.7%)	19.3-26.5
		4-5	395 (77.3%)	73.5-80.7
	DOT observed	1-3	312 (61.1%)	56.8-65.2
		4-5	199 (38.9%)	34.8-43.2
	pain (mean of 4 measurements)	≤ 3	252 (49.3%)	45.0-53.6
		> 3	259 (50.7%)	46.4-55.0
	SFS day 1	135.2 ± 37.2	138.0	132.0-
	SFS day 2	150.1 ± 32.6	155.0 [128.0-	147.3-
	SFS difference	14.9 ± 20.6	12.0 [1.0,25.0]	13.1-16.7
return to work	status after 29 days	yes	351 (68.7%)	64.5-72.6
		no	60 (31.3%)	27.4-35.5

Tab. 2: Binär-logistische Regressionen

Model selection	Factor (Reference Level)	Level	Odds Ratio (95% CI)	p-value	
p-value/type of factor	(Intercept)		0.065 (0.024-0.179)	<0.001	***
PF nm	age (> 50y)	25-50y	1.410 (0.889-	0.144	
		15-25y	4.710 (1.720-	0.003	**
PF nm	marital status (div / w/o partner or	married / w	1.850 (1.140-	0.012	*
EV m	vocational measures were approved	yes	2.910 (1.810-	<0.001	***
EV nm	employment contract upright (no) †	yes	3.760 (2.430-	<0.001	***
PF m	filed pension application (yes)	not clear	1.150 (0.327-	0.826	
		no	2.840 (1.290-	0.009	**
S nm	trauma diagnosis (2 or more	1 relevant	1.920 (1.220-	0.005	**
D m	pain (> 3) †	pain < 3	2.280 (1.480-	<0.001	***
AIC	(Intercept)		0.008 (0.001-	<0.001	***
PF nm	age (> 50y)	25-50y	1.510 (0.932-	0.094	·
		15-25y	4.270 (1.500-	0.006	**
PF nm	marital status (div / w/o partner or	married / w	1.960 (1.170-	0.011	*
	occupational measures required (no)	yes	1.920 (0.806-	0.141	
EF m	vocational measures were approved	yes	2.970 (1.790-	<0.001	***
EF nm	employment contract upright (no) †	yes	3.560 (2.220-	<0.001	***
EF nm/m?	commitment for re-employment (no)	not clear	1.910 (0.811-	0.139	
		yes	4.000 (1.100-	0.035	*
PF m	filed pension application (yes)	not clear	1.580 (0.409-	0.508	
		no	3.100 (1.350-	0.008	**
S nm	trauma diagnosis (2 or more	1 relevant	1.960 (1.220-	0.005	**
EV nm	DOT previous work (4-5)	1-3	2.190 (1.210-	0.009	**
D m	pain (> 3) †	pain < 3	1.950 (1.190-	0.008	**
PF m	SFS / PACT as DOT Day 2 (1)		1.290 (1.020-	0.034	*
BIC	(Intercept)		0.347 (0.210-	<0.001	***
EV m	vocational measures were approved	yes	3.410 (2.120-	<0.001	***
EV nm	employment contract upright (no) †	yes	3.690 (2.400-	<0.001	***
S nm	trauma diagnosis (2 or more	1 relevant	1.850 (1.190-	0.007	**
D m	pain (> 3) †	pain < 3	2.310 (1.500-	<0.001	***

†: Faktoren sind in jedem Modell enthalten. Abk.: J: Jahre; gesch.: geschieden; verh.: verheiratet; Diagn.: Diagnose

Diskussion und Fazit

Im Gegensatz zu einer früheren Studie (Oesch et al., 2010) war der SFS für sich alleine nicht prädiktiv für den RTW. Im Rahmen des ICF Modells konnten 3 verschieden komplexe Vorhersagemodelle erstellt werden, die neben (unbeeinflussbaren) personenbezogenen Faktoren wie Alter, Anzahl der Unfalldiagnosen und Familienstand, (beeinflussbare) Körperfunktionen wie Schmerz und unbeeinflussbare und beeinflussbare Umweltfaktoren seitens des Arbeitsgebers und des Sozialversicherungswesens umfassten.

Die Stärke der Studie liegt in der großen Anzahl der eingeschlossenen Fälle, in der komplexen statistischen Methodik, sowie in der Erhebung der beruflichen Wiedereingliederungsdaten durch datenbank-gestützte Auswertung durch AUVA Fachpersonal.

Die Limitierungen der Studie liegen in der monozentrischen Durchführung und der retrospektive Datenauswertung.

Take-Home-Message

Aus routinemäßig erfassten EFL-Daten konnten 3 verschieden komplexe Vorhersagemodelle mit jedenfalls deutlich ausreichender Vorhersagevalidität für den RTW erstellt werden.

Literatur

Bühne, D., Alles, T., Hetzel, C., Streibelt, M., Froböse, M. (2022): Do Patient Characteristics Affect the Predictive Validity of Functional Capacity Evaluations?. International Archives of Occupational and Environmental Health 95(4):877–85. doi: 10.1007/s00420-021-01807-7.

Kus, S., Oberhauser, C., Simmel, S., Coenen, M. (2022): ICF-Based Prediction of Return to Work after Trauma Rehabilitation: Results of the icfPROreha Study in Patients with Severe Musculoskeletal Injuries. Frontiers in Rehabilitation Sciences 3:960473. doi: 10.3389/fresc.2022.960473.

Luthi, F., Deriaz, O., Vuistiner, P., Burrus, C., Hilfiker, R. (2014): Predicting Non Return to Work after Orthopaedic Trauma: The Wallis Occupational Rehabilitation RisK (WORRK) Model. herausgegeben von A. Karniel. PLoS ONE 9(4):e94268. doi: 10.1371/journal.pone.0094268.

Oesch, P. R., Hilfiker, R., J.,Kool, J., Bachmann, S., Hagen, K. B. (2010): Perceived Functional Ability Assessed with the Spinal Function Sort: Is It Valid for European Rehabilitation Settings in Patients with Non-Specific Non-Acute Low Back Pain?. European Spine Journal 19(9):1527–33. doi: 10.1007/s00586-010-1429-3.

Streibelt, M., Blume, C., Thren, K., Reneman, M. F., Mueller-Fahrnow, W. (2009): Value of Functional Capacity Evaluation Information in a Clinical Setting for Predicting Return to Work. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 90(3):429–34. doi: 10.1016/j.apmr.2008.08.218.

„Bewusstsein für die anderen Berufsgruppen schaffen“: interprofessionelle rehabilitationsbezogene Lehre aus Sicht von Lehrverantwortlichen und Klinikern

Julia-Marie Zimmer; Kathleen Rechlin; Laura Retznik; Thorsten Meyer-Feil

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Um den Nachwuchs in den Gesundheitsberufen auf wachsende rehabilitative Versorgungsanforderungen sowie ihre zukünftige Zusammenarbeit vorzubereiten, sollten interprofessionelle Lehrveranstaltungen (IPL) vermehrt in Ausbildung und Studium integriert werden. Nach der Konzeption und Evaluation einer rehabilitationsbezogenen IPL (Retznik et al., 2023) wurde im Feedback wiederholt die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen gewünscht. Zur Konzeption einer solchen Lehrveranstaltung sollten die Perspektiven diverser Berufsgruppen des Reha-Teams auf interprofessionelle Zusammenarbeit und Lehre erfragt werden.

Methoden

Hierfür wurden für Experteninterviews Praktiker*innen und Lehrverantwortliche als Vertreter*innen von sechs Berufsgruppen im Rehabilitationsbereich (Sozialarbeiter*innen, Physio- und Ergotherapeut*innen, Pflegefachkräfte, Mediziner*innen und Psycholog*innen/- therapeut*innen) rekrutiert. Hierbei sollten aufgrund des explorativen Ansatzes durch die Teilnehmenden verschiedene Indikationsbereiche und Settings repräsentiert werden.

In den rund 45-minütigen Telefoninterviews wurden die Teilnehmenden zu ihren Erfahrungen in interprofessionellen Teams, benötigten Kompetenzen sowie Ansprüche an und Erfahrungen mit interprofessionellen Lehrveranstaltungen befragt. Die Interviews wurden transkribiert und durch zwei Wissenschaftlerinnen unabhängig kodiert sowie inhaltsanalytisch ausgewertet. Als Ergebnis wurde ein Kategoriensystem entwickelt, in dieser Auswertung konzentrieren wir uns auf das Unterthema IPL.

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung

Stichprobenbeschreibung (n= 10)	
	Anzahl
Weiblich/männlich	7/3
Arbeit im ambulanten Rehabilitationsbereich	2
Arbeit im stationären Rehabilitationsbereich	2
Tätigkeit als Lehrverantwortliche*r (mehrere Tätigkeiten möglich)	8
• Fort- und Weiterbildung	4
• Studium	6
Erfahrungen in der Durchführung von IPL	4
Tätigkeitsfeld:	
• Medizin	1
• Psychologie	1
• Soziale Arbeit	2
• Pflege	2
• Physiotherapie	2
• Ergotherapie	2

Ergebnisse

Die Wichtigkeit von IPL wurde durchgehend von allen Teilnehmenden ausgedrückt, besonders frühzeitige Veranstaltungen schon in der Ausbildung und im Studium. Bei der Analyse bildeten sich drei Hauptkategorien zu IPL heraus: Lehrinhalte, Rahmenbedingungen der Veranstaltungen, sowie Didaktik.

Lehrinhalte: Alle Teilnehmenden legten einen inhaltlichen Schwerpunkt für IPL mit Rehabilitationsbezug auf das Kennenlernen der anderen Berufsgruppen mit ihren Aufgaben und Kompetenzen. Zudem sollte die Kommunikationsfähigkeit geschult werden. Des Weiteren wurden die Kenntnisse über sozialrechtliche Grundlagen und das ICF-Modell (als „gemeinsame Sprache“) schon in der Ausbildung und im Studium gefordert. Rehabilitationsbezogene IPL benötige einen hohen Praxisbezug, wie zum Beispiel eine gemeinsame Anamnese oder die Planung einer Entlassung aus der Rehabilitation.

Rahmenbedingungen: Für die Planung einer IPL sollten die unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen der Lernenden bedacht werden (z.B. Alter, Wissensstand). Die Koordination der unterschiedlichen Lehrpläne stellt eine große Herausforderung und hohen Lehraufwand dar. Die Lehrenden sollten entsprechend der Berufsgruppen der Lernenden ebenfalls interprofessionell die Veranstaltung planen und durchführen. Die Auswahl der Berufsgruppen für IPL ist abhängig vom jeweiligen Indikationsbereich/Setting, d.h. in der neurologischen Rehabilitation werden andere Berufsgruppenzusammensetzung benötigt als in der Orthopädie. Die Vorstellungen über einen geeigneten Umfang und Dauer einer IPL variiert stark zwischen den Teilnehmenden.

Didaktik: Für die Lehrenden liegt der Schwerpunkt im Moderieren oder dem Coaching der Lernenden. Außerdem sollten sie eine hohe Fachkompetenz besitzen. Ein hoher Stellenwert wird dem gegenseitigen informellen Kennenlernen der Lernenden zugeschrieben, sowie deren Berufsgruppe. Der Frontalunterricht sollte nur im geringen zeitlichen Umfang als Input eingesetzt werden, aktivierende Lernformen sind für IPL zu bevorzugen. Neben

Gruppenarbeit und Fallbeispielen können für einen höheren Praxistransfer auch Schauspielpatient*innen oder Betroffene hinzugezogen werden. Zum Abschluss einer Lehrveranstaltung wird eine Feedbackrunde oder ein Reflexionsgespräch empfohlen.

Diskussion und Fazit

Die breite Rekrutierung bildet verschiedene Perspektiven und Erfahrungen ab, wobei alle Teilnehmenden eine positive Einstellung zu IPL aufwiesen. Ein Selbstselektionsbias kann nicht ausgeschlossen werden, für die Aussagen zur Gestaltung einer IPL ist jedoch die Befragung von besonders interessierten Personen von Vorteil.

Als Herausforderung für die Organisation einer IPL wurden die verschiedenen Lehrpläne der jeweiligen Berufsgruppen und die unterschiedlichen Ausbildungs-/Studienverordnungen hervorgehoben, besonders für die zeitliche Verankerung IPL in der Ausbildung und im Studium. Je nach Setting der IPL sollten die verschiedene Berufsgruppen thematisch sinnvoll eingebunden werden. Für die Vorbereitung auf die Praxis werden die folgenden Themen als wichtig erachtet: sozialrechtliche Grundlagen, gemeinsame Modelle/Assessments sowie die Kenntnis über die Aufgaben und Fertigkeiten der anderen Berufsgruppen. Die Teilnehmenden sprechen die Relevanz eines frühen Kennenlernens der verschiedenen Berufsgruppen des Reha-Teams schon in der Ausbildung und im Studium an, wofür IPL den Rahmen gebe. Das Lernen, miteinander zu reden und gemeinsam zu handeln, profitiere von informellen Lernphasen und aktivierenden, praxisbezogenen Lernformen.

Take-Home-Message

Für die spätere gelungene Zusammenarbeit in der Rehabilitation dürfte ein frühzeitiges Kennenlernen der beteiligten Berufsgruppen, sowie eine gemeinsame Sprache durch die Kenntnis sozialmedizinischer Grundlagen und Modelle notwendig sein.

Literatur

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.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Berlin - Brandenburg und Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

„Die Reha steht und fällt mit dem Team“ – interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht klinisch tätiger Reha-Mitarbeitenden

Ulrike Haß[1]; Machteld Luizink-Dogan[1]; Julia-Marie Zimmer[2]; Heinz Völler[1,3]; Thorsten Meyer-Feil[2]; Annett Salzwedel[1]

[1] Universität Potsdam; [2] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; [3] Klinik am See - Rehabilitationsfachklinik für Innere Medizin

Hintergrund und Zielstellung

Die interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) ist ein relevanter Faktor für die erfolgreiche Gesundheitsversorgung von Patient*innen in der medizinischen Rehabilitation. Die IPZ birgt in der Praxis jedoch regelmäßig Herausforderungen (u. a. ungenügende Kommunikation, individuelle/organisatorische Barrieren bei der Teamarbeit) (Körner, Becker, 2017), woraus ein substantieller Optimierungsbedarf resultiert (Kleineke et al., 2015). In der INFORM-Studie erfolgt aktuell eine dezidierte Bedarfserhebung an rehabilitationsbezogenen Fortbildungs- und Unterstützungsangeboten zu u.a. interprofessionellen Austauschmöglichkeiten bei klinisch tätigem Personal in der medizinischen Rehabilitation.

Methoden

Hierzu wurden berufsspezifische, moderierte Gruppendiskussionen sowie semi-strukturierte Einzelinterviews durchgeführt. Über Fachgesellschaften, Berufsverbände und direkte Ansprache in den Klinken wurden deutschsprachige Reha-Mitarbeitende aus verschiedenen Berufsgruppen (Ärzt*innen, Diätassistent*innen, Ergotherapeut*innen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Logopäd*innen, Psycholog*innen/- therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Sport-/Physiotherapeut*innen) nach der „Maximum Variation Sampling“-Methode rekrutiert. Diskutiert wurden die Vorbereitung auf die IPZ während Ausbildung/Studium sowie die Erfahrungen mit und benötigte Kompetenzen für eine gute IPZ. Die Gruppendiskussionen/Einzelinterviews wurden online mit Zoom aufgezeichnet, softwaregestützt transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Zur Stichprobenbeschreibung wurden der soziodemografische und berufsbezogene Hintergrund von den Teilnehmenden schriftlich erfragt.

Ergebnisse

Für diese Auswertung konnten acht Gruppendiskussionen und acht Einzelinterviews aus sechs verschiedenen Berufsgruppen einbezogen werden (Tab. 1). Teilgenommen haben insgesamt 40 Reha-Mitarbeitende (Alter 42,5 (22-67) Jahre; 75 % weiblich) mit im Median 9 (0,1-38,5) Jahren Berufserfahrung in der Rehabilitation. Davon waren acht Berufsanfänger*innen und eine Person definierte sich als Quereinsteigerin.

Die Teilnehmenden fühlten sich durch die jeweilige Ausbildung/Studium häufig nicht auf die IPZ in der Rehabilitation vorbereitet. Die ersten Erfahrungen wurden meist erst im Rahmen der Einarbeitung vor Ort gesammelt. Insbesondere das Hospitieren bei anderen Berufsgruppen wurde dabei positiv hervorgehoben oder zumindest als Wunsch geäußert, um mehr Verständnis für andere Berufsgruppen zu erwerben. Die Erfahrungen mit der IPZ waren je nach Berufsgruppe und Klinik(-ausrichtung) allerdings sehr unterschiedlich. Im Berufsalltag wird die IPZ vordergründig bei Team-Meetings und gemeinsamen Fallbesprechungen

wahrgenommen, wobei das Ausmaß der Integration der einzelnen Berufsgruppen hierbei sehr heterogen erscheint. Dies spiegelte sich auch im eigenen Rollenverständnis im Reha-Team bzw. in der wahrgenommenen Wertschätzung der jeweiligen Berufsgruppe wider. Bestehende Hierarchien, Zeit- und Personalmangel sowie eine fehlende Abbildung der IPZ in den Strukturanforderungen der Kostenträger wurden häufig als system-/strukturabhängige Barrieren für die IPZ berichtet. Vor diesem Hintergrund wurden das Engagement der Führungskräfte und ein Interesse aller Beteiligten an einer IPZ als relevante Förderfaktoren genannt. Aber auch die Rollenklarheit der Berufsgruppen im Reha-Team wurde wiederkehrend thematisiert. Ebenso wurden persönliche Kompetenzen wie Selbstbewusstsein, Eigeninitiative, Offenheit und Empathie als bedeutsam angesehen. Insgesamt benötigt die IPZ laut Aussagen der Teilnehmenden eine Kommunikation auf Augenhöhe sowie ein vertieftes Wissen und Verständnis für die Aufgaben, Rollen und Belastungen der jeweiligen anderen Berufsgruppen.

Tab. 1: Anzahl der durchgeführten berufsspezifischen Gruppendiskussionen/Einzelinterviews innerhalb der INFORM-Studie.

Berufsgruppe	**Anzahl Gruppendiskussionen**	**Anzahl Einzelinterviews**	**Gesamtanzahl Teilnehmende**
Ärzt*innen	1	1	6
Diätassistent*innen	2	3	10
Ergotherapeut*innen	-	1	1
Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	-	-	-
Logopäd*innen	-	-	-
Psycholog*innen/-therapeut*innen	1	1	4
Sozialarbeiter*innen	2	2	9
Sport-/Physiotherapeut*innen	2	-	10

Diskussion und Fazit

In dieser ersten Erhebung zu interprofessionellen Austauschmöglichkeiten ist durch das klinisch tätige Personal in der medizinischen Rehabilitation übergreifend der Wunsch nach IPZ zum Ausdruck gebracht worden. Für die unterschiedliche Umsetzung in der Praxis wurden einerseits organisations- und strukturabhängige Gründe, aber andererseits auch eigene Kompetenzen genannt.

Eine Einschränkung dieser Auswertung besteht darin, dass einige Berufsgruppen in den Kliniken und dadurch auch in dieser Erhebung unterrepräsentiert sind. Aufgrund von Rekrutierungs- und Terminierungsschwierigkeiten begrenzte sich die Gruppengröße in den Gruppendiskussionen oftmals auf 3-6 Teilnehmende. Um den Berufsgruppen dennoch ausreichend Gehör zu verleihen, wurde dies nach Möglichkeit mit zusätzlichen Einzelinterviews ausgeglichen. Die gelungene Durchmischung der einzelnen berufsspezifischen Gruppendiskussionen ermöglichte eine breite Perspektive von erfahreneren und unerfahreneren Mitarbeitenden aus verschiedensten Kliniken. Die zusammengetragenen Ergebnisse werden in den nachfolgenden Erhebungen der INFORM- Studie vertieft untersucht.

Take-Home-Message

Über alle Gruppendiskussionen/Einzelinterviews hinweg zeigte sich eine positive Einstellung der Teilnehmenden zur IPZ und ein ausgeprägter Wunsch, den berufsgruppenübergreifenden Austausch zu vertiefen; hierfür müssten jedoch strukturabhängige Barrieren überwunden und persönliche Kompetenzen gestärkt werden.

Literatur

Kleineke, V., Stamer, M., Zeisberger, M., Brandes, I., Meyer, T. (2015): Interdisziplinäre Zusammenarbeit als ein Merkmal erfolgreicher Rehabilitationseinrichtungen - Ergebnisse aus dem MeeR-Projekt. Die Rehabilitation 2015; 54(4):266–272. doi: 10.1055/s- 0035- 1550000.

Körner, M., Becker, S. (2017): Reha-Team und Interprofessionalität. Rehabilitation 2017; 56: 361-364. doi:10.1055/s-0043-121412.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Einsatz diversitätssensibler Maßnahmen – Ergebnisse einer postalischen Befragung von Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland

Tuğba Aksakal[1]; Yüce Yilmaz-Aslan[1]; Maria Mader[2]; Fabian Erdsiek[1]; Dennis Padberg[1]; Kübra Annaç[1]; Oliver Razum[2]; Patrick Brzoska[1]

[1] Universität Witten/Herdecke; [2] Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Der stetige gesellschaftliche Wandel und die damit einhergehende Vielfalt der Bevölkerung implizieren eine Vielzahl unterschiedlicher Erwartungen, Bedürfnisse und Ansprüche an die Gesundheitsversorgung, einschließlich der Rehabilitation. Je besser diese Vielfalt in der Versorgung berücksichtigt wird, desto besser sind Behandlungsergebnisse und desto höher ist die Zufriedenheit von Rehabilitand*innen (Pundt, Cacace, 2021). Wie die Vielfalt von Versorgungsnutzer*innen geht auch die Diversität der Belegschaft mit zahlreichen Vorteilen und Chancen, aber auch mit Herausforderungen und Konflikten einher. Eine Möglichkeit, die vielfältigen Bedarfe und Anforderungen zu berücksichtigen, besteht in der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung (Stanford, 2020). Die vorliegende Studie, die Teil des von der Deutsche Rentenversicherung Bund geförderten Projekts DiversityKAT ist, untersucht den aktuellen Stand der Diversitätssensibilität in deutschen Rehabilitationseinrichtungen, identifiziert Potenziale, Hindernisse und bietet Lösungsansätze, um die Implementierung diversitätssensibler Maßnahmen zu erleichtern.

Methoden

Insgesamt wurden 1233 Verwaltungsleitungen von stationären Rehabilitationseinrichtungen kontaktiert. Die Erhebung erfolgte durch einen Online-Fragebogen, der verschiedene Aspekte von Diversitätssensibilität abdeckte, u.a. Relevanz, bisher umgesetzte Strategien und

hinderliche und förderliche Aspekte der Implementierung. Die Daten wurden deskriptiv analysiert.

Ergebnisse

Auf Basis der Angaben von n=233 Einrichtungen zeigt sich, dass die Mehrheit der befragten Verwaltungsleitungen (62,3%) die Implementierung diversitätssensibler Maßnahmen als notwendig erachtet. Insbesondere wird sie als entscheidend für die Zufriedenheit der Rehabilitand*innen (75,4%), der Mitarbeitenden (68,2%) und den Erfolg der Behandlung (75,0%) betrachtet. Diversität wird hauptsächlich in den institutionellen Leitbildern (59,2%) und im Qualitätsmanagement (59,2%) berücksichtigt. Im Gegensatz dazu werden Fortbildungen zur Diversitätssensibilität (19,5%), die Etablierung spezieller Arbeitsgruppen (8,0%) und die Benennung von Diversitätsbeauftragten (7,4%) seltener vorgehalten. Als wesentliche Hindernisse für die Implementierung diversitätssensibler Maßnahmen werden vor allem fehlende Anreize seitens der Versorgungsträger (53,2%), mangelnde finanzielle Ressourcen (46,8%) und organisatorische Schwierigkeiten (42,9%) identifiziert.

Diskussion und Fazit

Obwohl die befragten Verwaltungsleitungen die Wichtigkeit von Diversitätssensibilität für die rehabilitative Versorgung anerkennen, bleibt die tatsächliche Implementierung bisher begrenzt, und Pläne zur verstärkten Umsetzung sind selten. Dies wirft Fragen über die tatsächliche Umsetzung und die Gründe für diese Diskrepanz auf. Die Ergebnisse der Befragung unterstreichen die Dringlichkeit, Diversitätssensibilität in der rehabilitativen Versorgung fokussierter zu adressieren. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, die Notwendigkeit und die Vorteile einer diversitätssensiblen Versorgung besser zu kommunizieren. Kostenträger müssen aktiv einbezogen werden, um die notwendigen Rahmenbedingungen und Strukturen für eine diversitätssensible Versorgung zu schaffen. Ergebnisse aus der Forschung sollten effektiver verbreitet werden, um den Wissenstransfer in die Praxis zu erleichtern. Vor allem praxisnahe Anleitungen und Hilfestellungen sind notwendig, um Rehabilitationseinrichtungen bei der Umsetzung diversitätssensibler Maßnahmen zu unterstützen. Im Rahmen des Projektes DiversityKAT wurde für diesen Zweck eine Handreichung entwickelt, die auf der Website der Deutschen Rentenversicherung verfügbar ist (Aksakal et al. 2023; https://www.deutsche rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Infos-fuer-das-Reha-Team/infos_fuer_das_rehateam.html). Sie bietet konkrete Schritte und Empfehlungen zur Implementierung diversitätssensibler Maßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen.

Take-Home-Message

Diversitätssensibilität in der Rehabilitation ist eine dringende Notwendigkeit, die eine bessere Kommunikation, Zusammenarbeit mit Kostenträgern und praxisnahe Unterstützung erfordert. Die DiversityKAT-Handreichung bietet wertvolle Ressourcen zur Umsetzung.

Literatur

Aksakal, T.; Mader, M.; Erdsiek, F.; Annac, K.; Padberg, D.; Yılmaz-Aslan, Y. et al. (2023): Unterstützung von Rehabilitationseinrichtungen bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung: Entwicklung der DiversityKAT-Handreichung. Rehabilitation.

Pundt, J., Cacace, M. (2021): Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit: Apollon University Press. https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/51172.

Stanford, F. C. (2020): The Importance of Diversity and Inclusion in the Healthcare Workforce. Journal of the National Medical Association, 112(3), 247–249.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

„Learning by doing“: Wie Reha-Mitarbeiter*innen die Lücke zwischen Theorie und Praxis problematisieren und schließen möchten

Machteld Luizink-Dogan[1]; Ulrike Haß[1]; Julia-Marie Zimmer[2]; Heinz Völler[1,3]; Thorsten Meyer-Feil[2]; Annett Salzwedel[1]

[1] Universität Potsdam; [2] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; [3] Klinik am See - Rehabilitationsfachklinik für Innere Medizin

Hintergrund und Zielstellung

Das klinisch tätige Personal in der medizinischen Rehabilitation wird während der Ausbildung/des Studiums in der Regel nur unzureichend auf die auftretenden berufspraktischen Anforderungen in der Rehabilitation vorbereitet. Daher besteht im Berufsalltag ein Bedarf an Vermittlung und Verstärkung von theoretischen und praktischen rehabilitationsbezogenen Inhalten (Mau, Retznik, 2022). Ein rehabilitationsspezifisches Angebot mit praxisnahen Informationen, welches zusätzlich Austauschmöglichkeiten bereitstellt und somit diese Lücke zwischen Theorie und Praxis nach der Ausbildung/dem Studium schließen könnte, fehlt bisher. Die INFORM-Studie untersucht daher den Bedarf an Unterstützungsangeboten und Austauschmöglichkeiten zu rehabilitationsbezogenen Kompetenzen und Inhalten der klinisch tätigen Reha-Mitarbeiter*innen.

Methoden

Es wurden berufsspezifische, moderierte Gruppendiskussionen sowie semi-strukturierte Einzelinterviews durchgeführt. Deutschsprachige Reha-Mitarbeiter*innen aus verschiedenen Berufsgruppen wurden über Berufsverbände, Fachgesellschaften und direkte Ansprache in den Klinken zu den Gruppendiskussionen/Einzelinterviews eingeladen (Ärzt*innen, Diätassistent*innen, Ergotherapeut*innen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Logopäd*innen, Psycholog*innen/-therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Sport- /Physiotherapeut*innen) und nach dem Maximum-Variation-Ansatz gesampelt. Innerhalb der jeweiligen Berufsgruppen wurden rehabilitationsbezogene Lehrthemen in der Ausbildung/im Studium, hilfreiche Fähigkeiten für den Berufsalltag, sowie das Vorhandensein und die Nutzung von Austauschmöglichkeiten diskutiert. Die

Gruppendiskussionen/Einzelinterviews wurden online mit Zoom aufgezeichnet, softwaregestützt transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Zusätzlich wurde der soziodemografische und berufsbezogene Hintergrund von den Teilnehmer*innen schriftlich erfragt.

Ergebnisse

Die Auswertung umfasst die Ergebnisse aus acht Gruppendiskussionen sowie acht Einzelinterviews. Teilgenommen haben 40 Reha-Mitarbeiter*innen (sechs Ärzt*innen, zehn Diätassistentinnen, ein Ergotherapeut, vier Psychotherapeut*innen, neun Sozialarbeiterinnen, zehn Sport-/Physiotherapeut*innen; 75 % weiblich) mit einem mittleren Alter von Md = 42,5 (22-67) Jahren und Md = 9 (0,1-38,5) Jahren Berufserfahrung in der Rehabilitation. Davon waren acht Berufsanfänger*innen und eine Quereinsteigerin. Ein Großteil der Teilnehmer*innen berichtete davon, sich nach der Ausbildung/dem Studium nicht gut auf den Berufsalltag in der Rehabilitation vorbereitet gefühlt zu haben. Die Teilnehmer*innen erwähnten, dass die Ausbildung/das Studium kaum bis keine rehabilitationsspezifischen Lehrthemen beinhaltete. Beim Einstieg in die Rehabilitation waren die Teilnehmer*innen vor allem mit dem benötigten Wissen und Fähigkeiten des Rehabilitationswesens, wie beispielsweise den Leistungsanforderungen der Kostenträger (Abrechnung, Qualitätssicherung) oder dem zeitlichen Patientenmanagement, überfordert. Insbesondere die Einarbeitung durch die Kolleg*innen war laut der Teilnehmer*innen maßgeblich, um den anfänglichen Mangel an rehabilitationsspezifischem Wissen und berufspraktischen Kompetenzen auszugleichen. Der Einstieg wurde jedoch oft als „learning by doing“ beschrieben und fehlendes Wissen in der Regel aufwendig selbst erarbeitet. Hierzu wurde in erster Linie auf die Websites der Kostenträger/Berufsverbände, entsprechende Fachliteratur sowie interne/externe Fort- und Weiterbildungen zurückgegriffen. Bei rehabilitationsrelevanten Fragestellungen spielten für die Teilnehmer*innen sowohl der klinikinterne als auch -externe Austausch eine große Rolle, der allerdings von einigen Teilnehmer*innen vermisst wurde. Zudem wurde die Nutzung von verschiedenen Informations- und Austauschmöglichkeiten laut der Teilnehmer*innen hauptsächlich durch zeitliche und finanzielle Ressourcen eingeschränkt, die allerdings sowohl berufsgruppen- als auch klinikabhängig unterschiedlich verfügbar zu sein schienen. Darüber hinaus war das Wissen um und der Zugang zu einigen Angeboten teils abhängig von Mitgliedschaften in den Berufsverbänden/Fachgesellschaften oder der Trägerschaft der Klinik. Förderlich für die Inanspruchnahme der bisherigen Angebote waren dahingegen mehrheitlich die Eigeninitiative der Teilnehmer*innen und die Unterstützung durch die Vorgesetzten.

Diskussion und Fazit

In dieser ersten Erhebung zu Austauschmöglichkeiten und Unterstützungsangeboten wurde durch die Reha-Mitarbeiter*innen übergreifend der Mangel an rehabilitationsbezogenen Lehrthemen in der Ausbildung/im Studium und die damit fehlende Vorbereitung auf die Herausforderungen im Berufsalltag bestätigt (Mau, Retznik, 2022). Das Gelingen der Einarbeitung war maßgeblich von den Kolleg*innen abhängig und der Reha-Einstieg vor allem durch „learning by doing“ gekennzeichnet. Es besteht ein großer Wunsch nach rehabilitationsspezifischer Weiterbildung sowie einem stärkeren klinikinternen als auch klinikübergreifenden Fachaustausch. Um die Lücke zwischen Theorie und Praxis jedoch

erfolgreich schließen zu können, sollten die genannten Barrieren in der Angebotsnutzung berücksichtigt werden. Die Ergebnisse dieser Erhebung unterstreichen die Notwendigkeit für die Förderung und Entwicklung von rehabilitationsspezifischen Austausch- und Weiterbildungsmöglichkeiten, die tiefergehend untersucht und zukünftig in bedarfsgerechte Unterstützungsangebote übertragen werden sollten.

Take-Home-Message

Um die Reha-Mitarbeiter*innen gezielt darin zu unterstützen, die Lücke zwischen Theorie und Praxis der Rehabilitation schließen zu können, braucht es bedarfsgerechte Austausch- und Weiterbildungsangebote.

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

Organisation und Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit in der neurologischen Frührehabilitation

Liliane Redzewsky[1]; Ulrike Thielhorn[1]; Claus-W. Wallesch[2]; Mirjam Körner[3,4]

[1] Katholische Hochschule Freiburg; [2] BDH Klinik Elzach;
[3] Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; [4] Berner Fachhochschule

Hintergrund und Zielstellung

Die neurologische Frührehabilitation (NFR) arbeitet an der Schnittstelle zwischen akutstationärem Krankenhausaufenthalt und weiterführender Rehabilitation. Die NFR sichert somit die komplexe Anschlussversorgung von Patient:innen, die von Intensivstation oder Überwachungsstationen der Akutkrankenhäuser verlegt werden und für eine weiterführende Rehabilitation der Phasen C/D vorbereitet werden sollen (Wallesch, 2016). Eine zentrale Komponente bei der Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit der Patient:innen ist die Zusammenarbeit eines interprofessionellen Behandlerteams, bestehend aus Ärzt:innen, Pflegefachkräften, Therapeut:innen, Psycholog:innen und Sozialarbeiter:innen, um auf die komplexen Störungsmuster adäquat reagieren zu können (Franz, 2019). In der allgemeinen Gesundheitsversorgung werden Hürden für die interprofessionelle Zusammenarbeit einerseits kulturell in den fachlichen Silos und Hierarchien und andererseits strukturell in der Organisation der Zusammenarbeit gesehen, welche die Versorgungsqualität der Patient:innen vermindert (Sturm et al., 2022). Ziel dieser Arbeit ist die Identifikation von relevanten Elementen der Organisationsstruktur und -kultur für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Rehabilitation mit dem Schwerpunkt auf die neurologische Frührehabilitation.

Methoden

Die Fragestellung wird anhand eines qualitativen Forschungsdesigns erörtert. Die Studienpopulation ergibt sich aus Mitarbeitenden fünf neurologischer Rehabilitations-einrichtungen mit Arbeitserfahrung in der NFR, die den Berufsgruppen Medizin, Pflege, Therapie, Psychologie, Sozialdienst und Geschäftsführung angehören. Es wurden Mitarbeitende mit und ohne Leitungsfunktion in die Studie eingeschlossen.

In der Erhebungsphase (Juli 2022 – April 2023) wurde als Erhebungsinstrument die Methode der Gruppendiskussion gewählt. Die Zusammensetzung der Gruppen erfolgte interprofessionell, sodass nach Möglichkeit pro Gruppendiskussion alle Berufsgruppen vertreten waren. Zudem wurden die Gruppen in Hierarchieebenen unterteilt. So wurde pro Klinik jeweils mit der Klinikleitung, Abteilungs-/Stationsleitung und den Mitarbeitenden separat in Kleingruppen diskutiert. Die Gruppendiskussion wurde anhand eines semi-strukturierten Leitfadens durchgeführt. Insgesamt haben sich 76 Personen in 15 Gruppendiskussionen beteiligt.

Tab. 1: Aufteilung der Gruppendiskussionen und Anzahl der Teilnehmer:innen

GRUPPE	N = GRUPPENDISKUSSION	N = TEILNEHMER:INNEN
KLINIKLEITUNG	5	20
ABTEILUNGSLEITUNG	5	29
MITARBEITENDE	5	27
N = GESAMT	15	76

Das transkribierte Datenmaterial wurde mittels der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, Rädiker, 2022) in einem deduktiv-induktiven Verfahren ausgewertet. Die deduktiven Kategorien ergeben sich aus den kulturellen Wissenselementen (Sackmann, 2017).

Ergebnisse

Die erste deduktive Analyse des Datenmaterials zeigt, dass das kulturelle Wissen in den Kategorien „Organisationsstruktur“, „Aufgabenerfüllung“ und „Zwischenmenschliche Beziehungen“ besonders ausgeprägt ist. Dabei ist die inhaltliche Ausrichtung zwischen den Kliniken sehr unterschiedlich.

Organisationsstruktur: Ein wichtiges Thema innerhalb der Organisationsstruktur ist die Stationsorganisation. Eine zentrale Rolle spielt hierbei die Umsetzung der Therapieplanung auf Station versus im Therapiezentrum und eine zentrale Therapieplanung versus eine flexible Therapieplanung. Außerdem die aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit mit Berufsgruppen, die stationsunabhängig arbeiten, wie Sozialarbeiter:innen und Psycholog:innen.

Aufgabenerfüllung: Ein Strukturmerkmal der interprofessionellen Zusammenarbeit ist die wöchentliche Teambesprechung. Diese wird allerdings in einigen Rehabilitationseinrichtungen als unzureichend für die Abstimmung der täglichen Zusammenarbeit empfunden. Um ihren Arbeitsauftrag dennoch zu erfüllen, werden ergänzend weitere Möglichkeiten zur Absprache gesucht, wie die Einführung einer

interprofessionellen täglichen Morgenbesprechung oder es werden Absprachen auf dem „direkten Weg“ getroffen.

Zwischenmenschliche Beziehungen: Für den interprofessionellen Austausch sind die zwischenmenschlichen Beziehungen bedeutend. Wesentlich hierbei sind vertraute Ansprechpersonen, die Möglichkeit Probleme zu adressieren und kollegiale Unterstützung einzuholen.

Diskussion und Fazit

Erste Eindrücke aus der Analyse weisen darauf hin,

- dass die Organisationsstruktur widersprüchliche Anforderungen zwischen Stabilität und Flexibilität in der interprofessionellen Arbeitsorganisation vereinen muss.
- dass Mitarbeitende, um ihre Aufgaben interprofessionell erfüllen zu können, offizielle Formate der Zusammenarbeit mit informellen Lösungsansätzen kompensieren.
- dass eine erfolgreiche Bewältigung von strukturellen Herausforderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit von der zwischenmenschlichen Beziehung innerhalb der Organisation abhängig ist.

Take-Home-Message

Eine optimal aufeinander abgestimmte interprofessionelle Versorgung ist maßgeblich für den Erfolg der NFR, auch hinsichtlich der Rehabilitationsfähigkeit der/die Patient:in mit Blick auf weiterführende Reha-Maßnahmen der Phasen C/D.

Literatur

Franz, S. (2019): Interprofessionelle Kommunikation zwischen therapeutisch Pflegenden und anderen therapeutischen Berufsangehörigen (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) in der neurologischen (Früh-)Rehabilitation: Eine an Grounded Theory angelehnte Studie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

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

Sackmann, S. (2017): Unternehmenskultur: Erkennen - Entwickeln - Verändern. Erfolgreich durch kulturbewusstes Management. Springer Fachmedien Wiesbaden. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden, Heidelberg: Springer Gabler.

Sturm, H., Flatz, A., Zyriax, B.-C., Bau, A.-M., Beyer, A. (2022): Zum Stand interprofessioneller Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung. In: MVF 15 (04/2022).

Wallesch, C. W. (2016): Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation 2016. Neurologie & Rehabilitation, 22(3), 183–186.

Förderung: Bundesverband Rehabilitation e.V. (BDH)

Auswirkungen eines digitalen und konventionellen Präventionsprogramms auf die Arbeitsfähigkeit und die psychische und körperliche Gesundheit

Darko Jekauc[1]; Julian Fritsch[1]; Katharina Feil[1]; Susanne Weyland[1]; Detlef Schmidt[2]

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

Hintergrund und Zielstellung

Der demografische Wandel stellt eine der größten Herausforderungen für die westlichen Gesellschaften dar, insbesondere durch den sinkenden Anteil jüngerer und den steigenden Anteil älterer Menschen (Statistisches Bundesamt, 2021). Angesichts dieser Entwicklung gewinnen präventive Maßnahmen im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung, um die Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung zu erhalten. Während konventionelle Präventionsprogramme wie BETSI/RV Fit bereits positive Effekte auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zeigen konnten (Kittel et al., 2014), bieten digitale Präventionsansätze das Potenzial, gesundheitsfördernde Maßnahmen flächendeckender und kosteneffizienter umzusetzen (Stark et al., 2022).

Trotz der vielversprechenden Entwicklungen im Bereich der digitalen Gesundheitsförderung gibt es in Deutschland bisher nur wenige Studien, die die Wirksamkeit digitaler Präventionsmaßnahmen im Vergleich zu konventionellen Programmen wie BETSI/RV Fit untersucht haben. Ziel dieser Studie war es daher, die Wirksamkeit einer digitalen Präventionsintervention in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sowie die physische und psychische Gesundheit mit einem konventionellen Präventionsprogramm zu vergleichen. Darüber hinaus sollte untersucht werden, inwieweit Alter und Geschlecht die Wirksamkeit der jeweiligen Interventionen beeinflussen.

Methoden

Diese Studie folgte einem quasi-experimentellen Design mit zwei Gruppen und drei Messzeitpunkten und wurde unter der Nummer DRKS00024836 registriert. Die Interventionsgruppe nahm an einem digitalen Präventionsprogramm teil, während die Kontrollgruppe das konventionelle Präventionsprogramm BETSI/RV Fit erhielt. Die Messzeitpunkte umfassten eine Basiserhebung vor der Intervention (T0), eine Zwischenerhebung in der Mitte der Intervention nach 12 Wochen (T1) und eine Abschlussmessung nach 24 Wochen (T2). Gesundheit und Arbeitsfähigkeit wurden mit validierten Fragebögen, dem SF-12 und dem Work Ability Index, erfasst. Die Daten von 173 Teilnehmenden mit einem Durchschnittsalter von 51.7 Jahren (SD = 7.8 Jahre; 69.4% weiblich), die alle Messungen abgeschlossen hatten, wurden in die Analyse einbezogen, 98 aus der Interventions- und 75 aus der Kontrollgruppe.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass es vor Beginn der Intervention keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf Arbeitsfähigkeit, physische und psychische Gesundheit, Alter und Geschlecht gab. Es wurde jedoch eine signifikante positive Korrelation zwischen Alter und psychischer Gesundheit sowie zwischen Geschlecht und Arbeitsfähigkeit bzw. psychischer Gesundheit festgestellt. Die Varianzanalyse mit Messwiederholung ergab signifikante Zeiteffekte auf die Arbeitsfähigkeit und die psychische Gesundheit, die Interaktion zwischen Zeit und Gruppe zeigte jedoch keinen signifikanten Effekt. Insbesondere verbesserte sich die Arbeitsfähigkeit in beiden Gruppen signifikant von T0 zu T1, gefolgt von einem leichten Rückgang von T1 zu T2.

Werden Alter und Geschlecht als Kovariaten berücksichtigt, ergeben sich keine signifikanten Effekte auf die Arbeitsfähigkeit. Interessant ist jedoch die signifikante dreifache Interaktion zwischen Zeit, Gruppe und Alter in Bezug auf die psychische Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit. Jüngere Teilnehmende zeigten in der Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung hinsichtlich beider Aspekte, während ältere Teilnehmende in der Kontrollgruppe eine stärkere Verbesserung aufwiesen.

Diskussion und Fazit

Die Studie untersuchte die Wirksamkeit von digitalen und konventionellen Präventionsprogrammen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sowie der physischen und psychischen Gesundheit. Beide Ansätze zeigten positive Effekte auf die Arbeitsfähigkeit und die psychische Gesundheit der Teilnehmenden, insbesondere in den ersten 12 Wochen der Intervention. Die Effekte waren jedoch altersabhängig: Jüngere Personen profitierten mehr von der digitalen Intervention, während ältere Personen mehr von dem konventionellen Programm profitierten. Auffallend war, dass weder die digitale noch die konventionelle Methode signifikante Veränderungen der körperlichen Gesundheit bewirkten.

Die Studie weist einige Einschränkungen auf, darunter das quasi-experimentelle Design, die geringe Stichprobengröße und das Fehlen einer Follow-up-Erhebung, die die Generalisierbarkeit der Ergebnisse und Aussagen über die Nachhaltigkeit der Effekte einschränken.

Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, zukünftige Interventionsprogramme altersspezifisch auszurichten und den Einsatz rigoroser Forschungsdesigns und größerer Stichproben zu fördern. Insgesamt zeigt die Studie die potenzielle Wirksamkeit von Präventionsprogrammen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und der psychischen Gesundheit und unterstreicht die Bedeutung weiterer Forschung in diesem Bereich.

Take-Home-Message

Die Studie zeigt, dass sowohl digitale als auch konventionelle Präventionsprogramme die Arbeitsfähigkeit und psychische Gesundheit verbessern können, wobei das Alter der Teilnehmenden eine entscheidende Rolle für die Wirksamkeit der Intervention spielt.

Literatur

Kittel, J., Fröhlich, S., Heilmeyer, P., Olbrich, D., Karoff, M., Greitemann, B. (2014): Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (Betsi): Ergebnisse der Einjahreskatamnese von Präventionsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung. [Securing employability in a participation-oriented manner (Betsi): Results of the One-Year Catamnesis of Prevention Measures of the German Pension Insurance.]. Die Rehabilitation, 53(04), 251-257.

Stark, A. L., Geukes, C., Dockweiler, C. (2022): Digital health promotion and prevention in settings: scoping review. Journal of Medical Internet Research, 24(1), e21063.

Statistisches Bundesamt (2021): Ausblick auf die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland und den Bundesländern nach dem Corona-Jahr 2020.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Individualprävention von bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule bei Beschäftigten des Baugewerbes: die 12-Monatsergebnisse des Rückenkollegs

Daniel Engel[1]; Stefan Dalichau[2]; Aki Pietsch[3]; Henry Kohler[4]; Thomas Solbach[5]; Hendrik Dorneburg[1]; Torsten Möller[2]; Helge Riepenhof[3]; Farid Pouralikhan[4]; Anette Wahl-Wachendorf[1]

[1] Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft; [2] BG Ambulanz Bremen; [3] BG Klinik Hamburg; [4] BG Klinik Ludwigshafen

Hintergrund und Zielstellung

Aufgrund tätigkeitsbezogener Belastungen durch das Heben und Tragen schwerer Lasten, treten bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule verstärkt in Berufen der Bauwirtschaft auf. Zur Vorbeugung einer entsprechenden Berufskrankheit bietet die Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft das Präventionsprogramm „Rückenkolleg“ an. Im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen werden Versicherte mit chronischen Beschwerden und Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule im Sinne der Frühintervention in das Programm eingeschlossen. Das Rückenkolleg beginnt mit einer dreiwöchigen teil-stationären Aufbauphase. Die Teilnehmenden werden im Anschluss in eine 12-monatige eigenverantwortliche Trainingsphase überführt und im Rahmen des Nachhaltigkeitsmanagements durch definierte Bezugstherapeuten regelmäßig kontaktiert und zur Weiterführung des Trainings motiviert. Nach Ablauf eines Jahres erfolgt ein einwöchiger Auffrischung-Kurs. Es schließt sich wiederum eine 12-monatige Trainingsphase, bevor das Rückenkolleg mit einem zweiten einwöchigen Refresher abgeschlossen wird.

Methoden

Insgesamt 204 arbeitsfähige Beschäftigte des Baugewerbes durchliefen das Rückenkolleg bis einschließlich des ersten einwöchigen Auffrischungs-Kurses. Zur Bewertung der Effekte des Programms erfolgten Messungen zu drei Zeitpunkten: Vor (T1) und nach (T2)

Durchführung der Aufbauphase sowie im Rahmen des ersten Refreshers (T3). Untersucht wurden die Auswirkungen des Rückenkollegs auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36), das Schmerzempfinden (Visuelle Analogskala 0-10) und die subjektive Arbeitsfähigkeit (Work-Ability-Index).

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter zu Beginn der Maßnahme lag bei 51,3 (± 8,2) Jahren. Bei den eingeschlossenen Teilnehmenden handelte es sich nahezu ausschließlich um männliche Personen (98,0 %). Tätigkeitsbezogene Schwerpunkte lagen auf den Berufsgruppen der Dachdecker (16,3 %), Pflasterer (12,3 %) und Maurer (11,8 %).

In allen untersuchten Parametern zeigen sich signifikant positive Effekte nach Abschluss der Aufbauphase. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität stieg sowohl im Bereich der körperlichen (T1: 40,6 ± 9,9; T2: 44,5 ± 10,2; $p < 0,01$) als auch der psychischen Summenskala (T1: 51,2 ± 17,9; T2: 55,2 ± 18,9; $p < 0,01$). Ebenso verbesserte sich die Ein schätzung der subjektiven Arbeitsfähigkeit (T1: 31,2 ± 5,7; T2: 33,6 ± 5,9; $p < 0,01$) und reduzierte sich das Schmerzempfinden (T1: 4,8 ± 1,8; T2: 3,0 ± 1,7; $p < 0,01$).

Ein Jahr nach Durchführung der Aufbauphase remittieren die Messwerte im Vergleich zu T2, liegen aber weiterhin durchgängig über den Ausgangswerten vor Durchführung der Maßnahme. Signifikante Verbesserungen im Vergleich zum Beginn der Maßnahme sind weiterhin bei der psychischen Summenskala (T1: 51,2 ± 17,9; T3: 53,2 ± 17,9; $p < 0,05$), der subjektiven Arbeitsfähigkeit (T1: 31,2 ± 5,7; T3: 32,7 ± 6,5; $p < 0,05$) und dem Schmerzempfinden (T1: 4,8 ± 1,8; T3: 3,6 ± 1,9; $p < 0,01$) nachweisbar.

Diskussion und Fazit

Die vorgestellten Ergebnisse belegen den positiven Effekt des Rückenkolleg als Maßnahme der Individualprävention von bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule in der Bauwirtschaft. Hierbei ist im Besonderen auf die Ergebnisse zur subjektiven Arbeitsfähigkeit sowie zum Schmerzempfinden aufmerksam zu machen. Weitere Auswertungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Programms nach Ablauf der Gesamtmaßnahme (24-Monatszeitraum) sind vorgesehen. Weiterhin ist zu untersuchen, inwieweit die Trainingsadhärenz in den eigenverantwortlich gestalteten Trainingsphasen die Nachhaltigkeitsergebnisse beeinflusst. Im Bereich der Prävention berufsbedingter Kniegelenkserkrankungen konnten Vorteile für Probanden mit fortgesetzten Krafttraining im Fitnesszentrum festgestellt werden (Dalichau et al., 2019; Pietsch et al., 2023). Es ist zu prüfen, inwieweit sich dieser Befund auch für bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule darstellen lässt.

Take-Home-Message

Die positiven Effekte des multidisziplinären und multimodalen Präventionsprogramms „Rückenkolleg“ können bei Beschäftigen der Bauwirtschaft im 12-Monats-Follow-Ups gesichert werden.

Literatur

Dalichau, S., Giemsa, M., Solbach, T., Büschke, M., Engel, D., Möller, T., Wahl-Wachendorf, A. (2019): Profitieren Beschäftigte des Baugewerbes mit Kniegelenksbeschwerden vom Kniekolleg?. Zbl Arbeitsmed 69, 62–69.

Pietsch, A., Schroeder, J., Dalichau, S., Reer, R., Engel, D., Wahl-Wachendorf, A., Solbach, T., Edler, C., Riepenhof, H. (2023): Acute effects of an exercise based multimodal in- patient rehabilitation protocol in male knee osteoarthritis patients and the two years follow-up sustainability. Work, 75, 1243-1253.

Motive und Informationsquellen für die Beantragung von und Zufriedenheit mit Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung

Martin Brünger[1]; Luisa Jung[1]; Dorothea Mößnang[1]; Julia Seifried[1]; Deborah Amoah[2]; Kristin Gärtner[2]; Karla Spyra[1]; Sebastian Bernert[1]

[1] Charité - Universitätsmedizin Berlin; [2] Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Hintergrund und Zielstellung

Präventionsleistungen stellen seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes 2016 eine Pflichtleistung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) dar und richten sich an Versicherte mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen gemäß dem Grundsatz Prävention vor Rehabilitation vor Rente. Die Anzahl an Präventionsleistungen stieg kontinuierlich an, liegt jedoch im Vergleich zur medizinischen Rehabilitation auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau. Als Barrieren für die Inanspruchnahme wurden in einem qualitativen Forschungsprojekt u.a. mangelnde Bekanntheit und eine für manche Personengruppen zu unflexible Organisation und Ausgestaltung von RV Fit sowie Vorbehalte auf Seiten der Unternehmen hinsichtlich der Freistellung ihrer Beschäftigten identifiziert (Spyra, 2018).

Das rehapro-Modellprojekt zur Steigerung der Präventionsinanspruchnahme (PiNA) hat sich daher zum Ziel gesetzt, die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen in Berlin und Brandenburg zu steigern. Hierfür wurde in Ergänzung zu RV Fit ein ambulantes, wohn- bzw. arbeitsortnahes und flexibilisiertes Präventionsangebot konzipiert und modellhaft erprobt. Ziel dieses Beitrags ist es, Motive und Informationsquellen von Versicherten für die Beantragung einer Präventionsleistung und die Zufriedenheit mit RV Fit und den PiNA- Präventionsprogrammen vergleichend zu beschreiben.

Methoden

Es wurde eine prospektive Beobachtungsstudie durchgeführt. Hierzu wurden durch die DRV Berlin-Brandenburg, DRV Bund und DRV Knappschaft-Bahn-See sämtliche Versicherte mit Wohnort in Berlin oder Brandenburg, denen im 24-monatigen Erprobungszeitraum 2021 bis 2023 eine Präventionsleistung bewilligt wurde, postalisch vor Beginn der Präventionsleistung kontaktiert und gebeten, einen Fragebogen zu Motiven und Informationsquellen für die Beantragung auszufüllen (n=2.896). Eine zweite schriftliche Befragung 3 bis 5 Monate später erhob die Zufriedenheit mit der Präventionsleistung.

Die deskriptive Auswertung erfolgt stratifiziert für RV Fit einerseits und die PiNA- Präventionsprogramme DO IT YOURSELF (DIY) und BUSINESS andererseits. Sowohl DIY als auch BUSINESS fallen im Vergleich zu RV Fit mit etwa 3 Monaten Dauer kürzer aus. Eine Freistellung erfolgt an drei Tagen zu Beginn, Mitte und Ende der Präventionsleistung. Hierfür erhalten Arbeitgeber eine Ausgleichszahlung von 100€ je Tag. Über ein persönliches Präventionsbudget von 250€ können teilnehmende Versicherte eigenständig Präventionskurse wohn- bzw. arbeitsortnah besuchen. BUSINESS zeichnet sich zusätzlich dadurch aus, dass es aufsuchend vor Ort im Unternehmen für eine Gruppe von Beschäftigten angeboten wird.

Ergebnisse

In die Analysen gingen für die Startbefragung n=800 und für den zweiten Befragungszeitpunkt n=399 Fälle ein. Gut zwei Drittel der Befragten nahmen an RV Fit teil (69,1%), die übrigen Personen an PiNA (DIY: 12,0% BUSINESS: 18,9%). Bei RV Fit lag der Frauenanteil bei 75,2%, bei PiNA bei 69,0%. Das mittlere Alter lag bei 50,5 (SD: 9,1) bzw. 48,1 Jahre (SD: 10,0).

Als Motive für eine Antragstellung wurden am häufigsten Verbesserung des Gesundheitszustandes (RV Fit 74,6%; PiNA 65,0%), Verbesserung der Leistungsfähigkeit im Alltag (65,4%; 60,5%), Vorbeugung von Erkrankungen (60,7%; 60,9%) und körperliche Beschwerden (53,9%; 34,6%) genannt. Rat von Familie/Freunden (9,4%; 4,9%) oder Empfehlung von Ärzt:innen (7,0%; 0,9%) spielten eine untergeordnete Rolle. Als Grund für die Wahl von PiNA-Angeboten (insbesondere BUSINESS) wurde mit 56,2% „wird durch meine Arbeitsstelle unterstützt“ deutlich häufiger angegeben als bei RV Fit mit 23,2% der Befragten. Vergleichbares gilt für „Angebot am Arbeitsplatz verfügbar“ (26,9% vs. 2,8%). Während drei Viertel (76,0%) der PiNA-Teilnehmenden durch den Arbeitgeber auf das Präventionsangebot aufmerksam wurden, waren es bei RV Fit nur ein Viertel (25,8%). Hier wurden stattdessen häufiger Partner/Freunde/Bekannte/Familie (32,2%) bzw. das Internet (22,2%) als Informationsquellen angegeben.

Der Großteil der Teilnehmenden (PiNA 84,5%, RV Fit 87,4%) berichtete, die Inhalte des Präventionsangebote zumindest teilweise in den privaten Alltag integriert zu haben. Etwa vier Fünftel gaben an (PiNA 79,2%; RV Fit: 79,1%), mit dem heutigen Wissen erneut eine Präventionsleistung der DRV in Anspruch zu nehmen.

Diskussion und Fazit

Hinsichtlich Motive und Zufriedenheit fiel das Antwortverhalten von RV Fit- und PiNA- Teilnehmenden ähnlich aus. Jedoch wurden unterschiedliche Informationsquellen für die beiden Präventionsleistungen offensichtlich. Während RV Fit insbesondere aus dem persönlichen Umfeld oder dem Internet bekannt war, spielte bei PINA (insbesondere BUSINESS) das betriebliche Umfeld eine herausragende Rolle. Dies trägt der 2023 von allen Rentenversicherungsträgern gemeinsam entwickelten Strategie zur Weiterentwicklung der Prävention Rechnung, welche einen Fokus auf eine Verzahnung von Verhältnis- und Verhaltensprävention in betrieblichen Lebenswelten setzt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023).

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass RV Fit und PiNA unterschiedliche Zielgruppen erreichen und somit die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen insgesamt steigern könnten.

Take-Home-Message

Die Zufriedenheit mit RV Fit und den PINA-Präventionsprogrammen fällt insgesamt hoch aus. BUSINESS adressiert stärker als RV Fit das betriebliche Umfeld und könnte so weitere Zielgruppen erschließen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2023): Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation. Gemeinsames Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung.

Spyra, K. (2018): Berufsbegleitende Prävention in kleinen und mittleren Unternehmen: Eine explorative Studie in Berlin und Brandenburg. DRV-Schriften, 113. 257-259.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Sind die Ziele und die Motivation von arbeitslosen und erwerbstätigen Präventionsteilnehmenden identisch?

Lena Tepohl; Johannes Schmidt; Ellen Gaus

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Das rehapro-Modellprojekt PrävAlo mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg ermöglicht Arbeitslosen die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen, die für erwerbstätige Leistungserbringer seit Juli 2020 (RV Fit) im Leistungskatalog der DRV etabliert sind.

Das PrävAlo-Programm, das angelehnt an dem RV Fit-Programm speziell für die Zielgruppe der Arbeitslosen konzipiert wurde, stellt ein eigenleistungsfreies und niederschwelliges Präventionsprogramm dar und soll dafür sorgen, dass der Gesundheitszustand der Arbeitslosen stabilisiert oder sogar verbessert wird. Das multimodale Programm beinhaltet gesundheitsförderliche Maßnahmen, die insbesondere um psychosoziale Komponenten wie Empowerment, Stärkung der Resilienz sowie dem Umgang mit Konflikten ergänzt werden.

Eine aktuelle Metaanalyse von Paul, Hollederer (2023) untermauert die Intention, die mit PrävAlo verfolgt wird. Gesundheitsförderliche Interventionen, die für die Zielgruppe der Arbeitslosen konzipiert werden, verbessern nicht nur die Gesundheit der Teilnehmenden, sondern haben längerfristig auch einen Einfluss auf die Wiederaufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Arbeitslose stellen demnach eine Zielgruppe dar, die in den Fokus gerückt werden sollte, um zum einen durch gesundheitsorientierte Maßnahmen einen Benefit für die Personen selbst, aber auch für die Bevölkerung zu erzielen. (Paul, Hollederer, 2023)

Es stellt sich jedoch die Frage, ob sich die Ziele von erwerbstätigen RV Fit-Teilnehmenden und arbeitslosen PrävAlo-Teilnehmenden so deutlich unterscheiden, dass unterschiedliche Programme angeboten werden müssen. In diesem Zusammenhang soll auch überprüft werden, ob die gesundheitlichen Risikofaktoren zwischen den beiden Gruppen zu Beginn der Maßnahme variieren.

Methoden

Grundlage der Analysen bildeten Angaben zu selbstentwickelten Fragebogenitems, Vitalparametern und Teile bestehender Assessments (z.B. WAI) zweier Modellprojekte, die sich beide mit dem Präventionsangebot RV Fit befassten. Zum einen wurden Fragebogenangaben des rehapro Modellprojekts PrävAlo (N=99) und zum anderen aus dem Modellprojekt WE_Prevent (N=285) für die Analysen herangezogen. Für die hier vorliegenden Analysen wurden jeweils die Daten zu Beginn der Maßnahme verglichen. Die PrävAlo- Teilnehmenden stellen dabei die Gruppe der Arbeitslosen dar. Die Vergleichsgruppe hingegen wurde aus Daten von erwerbstätigen RV Fit-Teilnehmenden aus dem WE_Prevent- Projekt gebildet.

Mittels inferenzstatistischer Analysen wurden die Motivation, die Zielsetzung sowie die bestehenden Risikofaktoren beider Gruppen verglichen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Motivation der beiden Gruppen zu Beginn der Maßnahme signifikant unterscheidet ($p < 0{,}001$). Diese wurde anhand einer fünfstufigen Likert-Skala von „gar nicht motiviert“ bis „sehr motiviert“ gemessen. Vergleicht man die Häufigkeitsverteilung der Gruppen a) RV Fit und b) PrävAlo, so ergeben sich folgende Unterschiede: „sehr motiviert“: 53,3% vs. 36,6%, „ziemlich motiviert“: 40% vs. 43%, „mittelmäßig motiviert“: 6,0% vs. 14,0%, „etwas motiviert“: 0,7% vs. 6,5%, „gar nicht motiviert“: 0,0% vs. 0,0%. Bei der Frage nach der Einschätzung, wie viel man selbst tun kann, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern, zeigt sich ein weiterer signifikanter Gruppenunterschied ($p < 0{,}001$). 37,5% der RV Fit-Teilnehmenden sind der Auffassung, dass man sehr viel tun kann, um seinen Gesundheitszustand zu verbessern und/oder zu erhalten, in der Gruppe der PrävAlo-Teilnehmenden waren es nur 25,0%.

Vergleicht man den Body-Mass-Index (BMI) der beiden Gruppen, so weisen die RV Fit- Teilnehmenden zu Beginn der Maßnahme einen mittleren BMI von 29,8 auf, die PrävAlo-Teilnehmenden von 29,1. Allerdings zeigt sich in der Angabe der Zielsetzung der Teilnehmenden ein signifikanter Gruppenunterschied bzgl. des Ziels „Gewichtreduktion“ ($p < 0{,}001$). Dieses Ziel verfolgen 78,6% der RV Fit-Teilnehmenden, allerdings nur 55,9% der PrävAlo-Teilnehmenden und dies bei ähnlichem BMI zu Beginn der Präventionsleistungen.

Diskussion und Fazit

Der Vergleich von arbeitslosen und erwerbstätigen Präventionsteilnehmenden zeigt, dass Erwerbstätige vermehrt die Auffassung vertreten, dass man seine Gesundheit selbst aktiv beeinflussen kann. Die Teilnahme an einem Präventionsprogramm bietet jedoch allen Teilnehmenden die Chance zu erkennen, dass durch körperliche Aktivität und eine

Veränderung des Lebensstils der Gesundheitszustand verbessert und/oder stabilisiert werden kann.

Take-Home-Message

Das Präventionsprogramm RV Fit scheint, trotz unterschiedlicher Ausgangsmotivation, sowohl für Arbeitslose als auch für Erwerbstätige ein gutes Angebot zur Stabilisierung der Gesundheit und Stärkung der Eigeninitiative zu sein.

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.

Welche Ergebnisse erreichen die Teilnehmer während der 3-monatigen Trainingsphase im RV Fit-Präventionsprogramm der DRV?

Ersan Özen[1]; Stefan Middel[1]; Johannes Schmidt[2]; Lena Tepohl[2]

[1] medicos.AufSchalke Reha GmbH & Co. KG ;
[2] Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Angesichts des wachsenden Vorkommens von langwierigen körperlichen und seelischen Krankheiten wird ein Umdenken von der Genesung hin zur Vorbeugung notwendig, um langfristig die Arbeitsfähigkeit zu gewährleisten („Prävention vor Reha vor Rente“) (SGB VI). Die Deutsche Rentenversicherung reagiert auf diese Notwendigkeit, in dem sie ihren Versicherten das Präventionsprogramm „RV Fit“ anbietet. Allerdings kann der Nutzen der Maßnahme je nach den individuellen Gegebenheiten und Ressourcen der Teilnehmenden variieren (Schuler et al., 2014).

RV Fit zielt darauf ab, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten zu fördern, um die langfristige Erwerbsfähigkeit zu sichern. Das Programm beinhaltet verschiedene Maßnahmen zur Prävention von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und bietet den Teilnehmenden Unterstützung sowie Ressourcen, um individuelle Gesundheitsziele zu erreichen und Krankheiten vorzubeugen.

Bisherige Untersuchungen fokussieren meistens nur die subjektiv wahrgenommene gesundheitliche Veränderung der Teilnehmer. Objektiv messbare Ergebnisse gibt es hierzu bislang kaum. In der hier vorliegenden Studie werden daher neben einer Befragung der Teilnehmenden zusätzlich sportmedizinische Parameter für objektiv messbare Ergebnisse erhoben. Auf Basis der Daten aus den Fragebögen der Teilnehmenden und der Daten der sportmedizinischen Analysen soll überprüft werden, ob die subjektiven und objektiv messbaren Veränderungen des Gesundheitszustandes deckungsgleich sind.

Methoden

Für die Evaluation von RV Fit werden zum einen die Teilnehmenden mittels standardisierter Fragebögen u.a. zu ihrem Gesundheitszustand (IRES), der subjektiven Erwerbsfähigkeit, zu

Risikofaktoren und ihrem Gesundheitsverhalten befragt und zum anderen sportmedizinische und sportwissenschaftliche Diagnostik durchgeführt. Beide Wege der Datenerhebung finden zu zwei Messzeitpunkten statt.

Im Rahmen der sportmedizinischen Diagnostik wurden von allen Teilnehmenden konditionelle und koordinative Fähigkeiten erfasst (= objektiven Gesundheitsdaten). Im Rahmen dieser Termine wurde die Rumpfkraft, die Gleichgewichtsregulation sowie die körperliche Verfassung anhand der Körperfettmasse (in %), der aktiven Körperzellmasse (BCM in kg), dem Body-Mass-Index (BMI), der Waist-to-Height-Ratio (WHtR) sowie der Herzfrequenz bzw. des Blutdruckes in Ruhe und unter Belastung gemessen. Die Messzeitpunkte sind zu Beginn der Maßnahme (t0) und nach der dreimonatigen Trainingsphase (t1).

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 335 Personen an der Studie teil, wovon 148 (44,2%) männlich waren. Das Durchschnittsalter lag bei 50,5 Jahren und der mittlere BMI bei 29,8. Die Ergebnisse des IRES zeigen eine statistisch signifikante Veränderung in der Dimension der somatischen Gesundheit. Aus den Mittelwerten ist ersichtlich, dass sich die Daten zwischen t0 und t1 signifikant verbessern (p-Wert 0,010). Auch die Risikofaktoren verbesserten sich signifikant. Hinsichtlich der sportmedizinischen Parameter reduzierte sich der Bauchumfang der Teilnehmenden signifikant. Als weiteres positives Ergebnis kann die Erhöhung der sportlichen Aktivität von t0 zu t1 genannt werden. Auch die individuellen Ziele der Teilnehmenden wurden über die Zeit erreicht bzw. näherten sich die Teilnehmenden ihren Zielen an. Der PWC 130/150 – Test misst im Rahmen einer Ausdauerbelastung die erreichte Leistung bei einem Puls von 130/150 und kann somit auch zur Bestimmung von Trainingsfortschritten genutzt werden. Beim PWC 130-Test sind dabei signifikante Verbesserungen zwischen t0 und t1 von 14% beim PWC 130 und von 9% beim PWC 150 festzustellen. Für die Erfassung der koordinativen Fähigkeiten wurde das Posturomed genutzt. Durch ein gezieltes Koordinationstraining konnte eine deutliche Verbesserung bei den Teilnehmenden nachgewiesen werden; 58% verbesserten sich beim Einbeinstand rechts und 62% beim Einbeinstand links.

Diskussion und Fazit

Die in den ersten drei Monaten des RV-Fit nachgewiesenen Verbesserungen im Ausdauerbereich, die eine Senkung des Herz-Kreislauf-Risikos implizieren, sowie die gesteigerte Koordination, die zur Sturzprophylaxe beiträgt, unterstreichen die präventivmedizinische Bedeutung dieses Programms. Diese positiven Ergebnisse weisen darauf hin, dass gezielte Interventionen bedeutsame Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Teilnehmenden haben können. Gleichzeitig stellt sich aber die Frage, wie diese Ergebnisse auch langfristig gesichert und gefestigt werden können.

Hierzu müssen geeignete Anschlussmaßnahmen im Rahmen der Eigenaktivitätsphase entwickelt werden. Dies könnten z.B. individuelle Trainingspläne für die Teilnehmenden oder auch eine längerfristige Betreuung über die Trainingsphase hinaus sein. Denn nur so kann sowohl das subjektive als auch das objektive Ergebnis aufrechterhalten werden.

Take-Home-Message

Sowohl die objektiven als auch die subjektiven Ergebnisse zeigen positive Veränderungen, die in der anschließenden Eigenaktivitätsphase gesichert und weiter gesteigert werden müssen.

Literatur

Gesetzliche Rentenversicherung. Sozialgesetzbuch - Sechstes Buch: SGB - VI; Artikel 1 des Gesetzes v. 18. Dezember 1989.

Schuler, M., Musekamp, G., Spanier, K., Kittel, J., Fröhlich, S. M., Faller, H. (2014): Intra- versus interindividuelle Veränderung: Verändert sich der subjektive Gesundheitszustand in Abhängigkeit von Selbstmanagementfertigkeiten oder erlebter sozialer Unterstützung? DRV Schriften 103, S. 235 – 237.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Das epistemische Vertrauen als zentraler Wirkfaktor in der psychosomatischen Rehabilitation – Ergebnisse einer Multi-Center-Beobachtungsstudie im Rahmen der klinischen Routine

David Riedl[1]; Hanna Kampling[2]; Johannes Kruse[2]; Tobias Nolte[3]; Karin Labek [4]; Christina Kirchhoff[5]; Vincent Grote[1]; Michael J. Fischer[6]; Astrid Lampe[1]

[1] Ludwig Boltzmann Gesellschaft; [2] Justus-Liebig-Universität Gießen ;
[3] Anna Freud National Centre for Children and Families;
[4] Universität Innsbruck; [5] Medizinische Universität Innsbruck;
[6] VAMED Rehabilitationszentrum Kitzbühel

Hintergrund und Zielstellung

Zahlreiche Studien konnten die Wirksamkeit stationärer psychosomatischer Rehabilitationsbehandlungen nachweisen (Ettlin, Kischka, 2019). Nichtsdestotrotz ist das Wissen über globale Wirkmechanismen in diesem Behandlungssetting begrenzt. In einer kürzlich erschienen Studie konnten wir die zentrale Rolle der Mentalisierungsfähigkeit und des epistemischen Vertrauens als Wirkfaktoren in der psychosomatischen Rehabilitation darstellen (Riedl et al., 2023). Das Konzept der Mentalisierung beschreibt die Fähgikeit, Gedanken und Gefühle sowohl bei sich selbst als auch bei anderen zu erkennen und zu verstehen und ist daher eine grundlegende Fähigkeit für erfolgreiche zwischenmenschliche Beziehungen. Die Mentalisierungsfähigkeit ist eng verknüpft mit dem epistemischen Vertrauen der Patient:innen, also der Bereitschaft und der Fähigkeit, neue Informationen von einer anderen Person als vertrauenswürdig, generalisierbar und relevant anzuerkennen (Campbell et al., 2021; Fonagy, Allison, 2014).

Das Ziel dieser Studie war es, den Einfluss der epistemischen Haltung der Patient:innenn, also epistemisches Vertrauen, Misstrauen und Gutgläubigkeit auf die Verbesserung der psychischen Symptomatik während der einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung zu untersuchen.

Methoden

In dieser naturalistischen, longitudinalen Mutli Center Beobachtungsstudie wurden Patient:innen vor (T1) und nach (T2) der stationären psychosomatischen Rehabilitation in den VAMED Rehabilitationszentren Schruns und Oberndorf (Österreich) routinemäßige hinsichtlich ihres psychischen Leidens (Brief-Symptom Inventory 18, BSI-18), ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS) und ihres epistemischen Vertrauens (Epistemic Trust, Mistrust and Credulity Questionnaire, ETMCQ) befragt. Die Patient:innenn wurden dafür basierend auf den baseline T2D adjustierten mittleren Veränderungen im BSI-18 in drei Gruppen unterteilt: hohes, durchschnittliches und geringes Ansprechen auf die Therapie. Um einen Zusammenhang zwischen der epistemischen Haltung und des Ansprechens auf die Therapie

zu untersuchen wurden diese drei Gruppen dann hinsichtlich der mittleren Veränderungen in den ETMCQ mittels wiederholter Messanalysen (rANOVAs) verglichen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden n=771 Patient:innen in die Studie eingeschlossen. Der Großteil der Stichprobe (60.2%) war weiblich und etwa die Hälfte der Patient:innen waren zwischen 50- 60 Jahre alt (45.0%). Die häufigste ICD-10 Zuweisungsdiagnose waren depressive Störungen (62.8%). Basierend auf den mittleren Veränderungen im BSI-18 Gesamtscore zeigten n=261 Patient:innen ein hohes Ansprechen auf die Therapie (=Performance), während n=259 ein durchschnittliches Ansprechen und n=251 ein geringes Ansprechen zeigten. Es zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen Therapie-Performance mit dem Geschlecht (p=.09), Alter (p=.11) oder Beziehungsstatus (p=.58).

Im Hinblick auf Unterschiede in der Veränderung der epistemischen Haltung im Laufe der Therapie: während sich bei Patient:innen mit hohem Ansprechen auf die Therapie eine signifikante Verbesserung im epistemisches Vertrauen (p=.001) und eine signifikante Reduktion des epistemisches Misstrauen ($p < .001$) zeigte, berichteten Patient:innen mit geringem Ansprechen eine signifikante Zunahme des epistemischen Misstrauens ($p < .001$) und der epistemischen Gutgläubigkeit ($p < .001$). Patient:innen mit durchschnittlichem Ansprechen zeigten keine signifikanten Veränderungen hinsichtlich des epistemischen Vertrauens (p=.11), des Misstrauens ($p > .99$) oder der Gutgläubigkeit (p=.96).

Diskussion und Fazit

Dies ist die erste Studie, die den Einfluss der epistemischen Haltung von psychosomatischen Patient:innen auf das Ansprechen auf die stationäre psychosomatische Behandlung untersucht. Unsere Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der epistemischen Haltung in psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungen. Ein gutes Ansprechen auf die Therapie ging mit Verbesserungen des epistemischen Vertrauens einher, während umgekehrt ein geringes Ansprechen auf die Therapie mit einer Zunahme des epistemischen Misstrauens und der epistemischen Gutgläubigkeit verbunden war. Diese Ergebnisse beleuchten potentielle Wirkmechanismen in der psychosomatischen Rehabilitation und unterstreichen die Wichtigkeit das epistemische Vertrauen der Patient:innen standardmäßig vor Rehabilitationsantritt zu Erheben und adäquat auf epistemisches Misstrauen oder Gutgläubigkeit reagieren zu können und so die Behandlungsergebnisse der Rehabilitations-maßnahme noch weiter zu verbessern.

Take-Home-Message

Das epistemische Vertrauen stellt einen zentralen Wirkfaktor in der psychosomatischen Rehabilitation dar und sollte standardmäßig erfasst werden, um auf Defizite im epistemischen Vertrauen unmittelbar reagieren zu können.

Literatur

Campbell, C., Tanzer, M., Saunders, R., Booker, T., Allison, E., Li, E., . . . Fonagy, P. (2021): Development and validation of a self-report measure of epistemic trust. PLoS One, 16(4), e0250264. doi:10.1371/journal.pone.0250264.

Ettlin, T., Kischka, U. (2019): [Psychosomatic Rehabilitation: An Overview]. Ther Umsch, 76(8), 460-464. doi:10.1024/0040-5930/a001115.

Fonagy, P., Allison, E. (2014): The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. Psychotherapy (Chic), 51(3), 372-380. doi:10.1037/a0036505.

Riedl, D., Rothmund, M. S., Grote, V., Fischer, M. J., Kampling, H., Kruse, J., . . . Lampe, A. (2023): Mentalizing and epistemic trust as critical success factors in psychosomatic rehabilitation: results of a single center longitudinal observational study. Front Psychiatry, 14, 1150422. doi:10.3389/fpsyt.2023.1150422.

Das Peer Review der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse des Verfahrens für die Psychosomatik

Niels Baumann; Stefanie Märtin

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Das Peer Review der medizinischen Rehabilitation ist ein etabliertes Instrument der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. Es dient der Bewertung der Prozessqualität der medizinischen Rehabilitation (Märtin, Ostholt-Corsten, 2020). Zugleich handelt es sich um das einzige QS-Verfahren, das eine konkrete Betrachtung des Einzelfalls unter Einbezug der ärztlichen Expertise ermöglicht.

Die Ergebnisse des Peer Review gehen als einer von fünf Indikatoren in den Parameter Qualität ein, der für die qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl maßgeblich ist (Kayser et al., 2019).

Methoden

Das Peer Review erfolgt einmal jährlich im Wechsel für die Psychosomatik / Abhängigkeit bzw. die somatischen Indikationen. Nachfolgend liegt der Fokus auf der Psychosomatik. Die letzte Erhebung dazu erfolgte 2022-2023.

Die Prozessqualität wird im Peer Review erfasst, indem anonymisierte Reha-Entlassungsberichte und Therapiepläne durch sog. Peers der gleichen Indikation begutachtet werden. Bei den Peers handelt es sich um erfahrene Chef- oder Oberärzt*innen der Reha- Einrichtungen, die für die Tätigkeit geschult wurden. Die Begutachtung erfolgt mittels einer standardisierten Checkliste (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016).

Am Peer Review nehmen alle von der Rentenversicherung federführend belegten Reha- Fachabteilungen teil. Im letzten Verfahren waren es 373 Fachabteilungen.

Für jede der genannten Fachabteilungen wurde eine Zufallsstichprobe von 18 Fällen gezogen, welche folgende Einschlusskriterien erfüllte: Medizinische Rehabilitation der Fachrichtung Psychosomatik / Abhängigkeitserkrankungen, Reha-Dauer mind. 28 Tage, Reha-Ende zwischen Januar und Juni 2022, Entlassungsform regulär oder vorzeitig, erwachsene Versicherte, keine Altersrentner*innen.

Insgesamt gingen 3.121 psychosomatische Fälle in die Begutachtung ein. Darunter waren 203 Kontrollberichte, mit denen die Gutachterübereinstimmung berechnet wird, die aber nicht

in die inhaltliche Auswertung eingehen. Datengrundlage für die Auswertung waren 2.354 bewertete Fälle.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Bewertung werden jeder Fachabteilung in Form vergleichender QS- Berichte zurückgemeldet (hier: QS-Bericht 2023). In der Gesamtschau bildet sich für die Psychosomatik eine gute Qualität der untersuchten Reha-Prozesse ab: Es wurden im Mittel 74 Qualitätspunkte (Skala 0-100, 100 entspricht Qualitätsoptimum) erreicht.

Betrachtet man die Prozessbereiche hinsichtlich der von den Peers verzeichneten Mängel (Tab. 1), schnitten in der Psychosomatik die Prozessbereiche „Anamnese“, „Diagnostik“ sowie „Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge“ am besten ab. Die größten Anteile an deutlichen / gravierenden Mängeln wurde in den Bereichen „Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis“ (22 %) und „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“ (20 %) vergeben.

Tab. 1: Mängelbewertungen in den Prozessbereichen (Psychosomatik n = 2.354)

Prozessbereich	keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
Anamnese	31%	55%	13%	1%
Diagnostik	40%	46%	12%	2%
Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis	25 %	54 %	19 %	3 %
Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise	39%	41%	17%	3%
Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge	56%	35%	8%	1%
Gesamter Reha-Prozess	21%	62%	14%	3%

Neben der Mängelbewertung beurteilen die Peers die einzelnen Prozessbereiche auch mittels sog. Bewertungspunkte (0 = „sehr schlecht“ bis 10 = „sehr gut“). In Tab. 2 sind die Mittel- und Medianwerte der Bewertungspunkte aufgelistet. Die Werte zeigen erwartungsgemäß eine ähnliche Tendenz wie die Ergebnisse im Bereich der Mängelbewertung.

Die Prozessbereiche werden bei der Begutachtung im Peer Review des Weiteren in Einzelmerkmale untergliedert (Ausnahme: „Gesamter Reha-Prozess“). Diese können u. a. konkretere Hinweise darauf geben, an welchen Stellen die Qualität eines Reha-Prozesses die Fachabteilungen Defizite aufweisen. Ein erhöhter Anteil deutlicher und gravierender Mängel besteht bspw. bezüglich der „Zusammenfassenden Begründung der Leistungsbeurteilung“ durch die behandelnden Ärzt*innen (20 %, ohne Abbildung). Insgesamt bestehen auf Ebene der Prozessmerkmale zum Teil deutliche Unterschiede in den Mängelbewertungen.

Tab. 2: Bewertungspunkte in den Prozessbereichen (Psychosomatik n = 2.354)

Prozessbereich	Mittelwert	Median
Anamnese	7,7	7,7
Diagnostik	7,8	7,9
Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis	7,2	7,3
Sozialmediz. Leistungsbeurteilung und Epikrise	7,5	7,6
Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge	8,2	8,3
Gesamter Reha-Prozess	7,4	7,5

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse des Peer Review Psychosomatik deuten auf eine gute Qualität der Reha- Prozesse in einem großen Teil der Fachabteilungen hin. Zugleich zeigen sie Prozessbereiche und -merkmale auf, die mit Blick auf Mängelbewertungen bzw. Bewertungspunkte von den Peers teilweise kritisch beurteilt wurden. Für diese ist eine Verbesserung der Qualität wünschenswert.

Die beteiligten Reha-Fachabteilungen bekommen ihre Ergebnisse im Fachabteilungsvergleich detailliert 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 etabliertes Instrument der Reha- Qualitätssicherung. Es bildet die Prozessqualität im Einzelfall unter Einbezug der ärztlichen Expertise ab.

Die Ergebnisse des Peer Review Psychosomatik deuten auf eine gute Qualität der Reha- Prozesse in einem großen Teil der Fachabteilungen hin. Zugleich zeigen sie Prozessbereiche und -merkmale auf, die von den Peers teilweise kritisch beurteilt wurden. Verbesserungsbedarfe zeigten sich im letzten Verfahren anteilig am häufigsten in den Bereichen „Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis“ und „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016): Peer Review – Psychosomatik und Sucht. Berlin (abrufbar unter www.reha-qs-drv.de > Peer Review-Verfahren).

Kayser, L., Ostholt-Corsten, M., Weinbrenner, S. (2019): Qualität ist von Bedeutung. Die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung – bewährt und zukunftsorientiert. KU Gesundheitsmanagement 07/2019. S. 29-31.

Märtin, St., Ostholt-Corsten, M. (2020): Die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. DRV-Schriften, Band 121. S. 63-69.

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in der Psychosomatik – Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie zwölf Monate nach der Rehabilitation

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

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

Hintergrund und Zielstellung

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung zielt durch eine verstärkte Berücksichtigung individueller Arbeitsanforderungen und der dafür erforderlichen Fähigkeiten auf die Verbesserung beruflicher Teilhabe besonders stark beeinträchtigter Personen. Gemeinsame Empfehlungen der Rentenversicherungsträger konkretisieren die intendierte Zielgruppe, diagnostische und therapeutische Inhalte sowie deren Umfang. Diese Empfehlungen wurden in einem Anforderungsprofil zusammengefasst (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019). Empirische Wirksamkeitsnachweise der MBOR gibt es v. a. für somatische Indikationen wie Muskel-Skelett-Erkrankungen (Bethge et al., 2019). In der Psychosomatik stützt sich die Evidenz auf zwei randomisierte kontrollierte Studien, die einen sehr spezifischen Ansatz geprüft haben (externe Belastungserprobung mit begleitenden therapeutischen Gruppen). Ob die Umsetzung der MBOR bei psychischen Erkrankungen auf Grundlage des Anforderungsprofils zu einem besseren Rehabilitationserfolg führt als eine herkömmliche medizinische Rehabilitation (MR) ist bislang unklar. In unserer randomisierten kontrollierten Multicenter-Studie haben wir überprüft, ob die MBOR einer MR bei Personen mit starken beruflichen Teilhaberisiken überlegen ist.

Methoden

Die Daten wurden im Rahmen der Studie „Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen (MBOR-P)“ erhoben (Markus et al., 2021). Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden in fünf Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland rekrutiert und im Verhältnis eins zu eins randomisiert. Eingeschlossen wurden 18- bis 60-jährige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen, für die bei Rehabilitationsbeginn der Bedarf an einer MBOR durch mindestens 27 Punkte auf dem SIMBO-C festgestellt wurde (Streibelt, 2009). Primäres Zielkriterium war die stabile Rückkehr in Arbeit, definiert als mindestens vierwöchige durchgängige Beschäftigung ohne Arbeitsunfähigkeit zum Nacherhebungszeitpunkt (Kuijer et al., 2012). Sekundäre Zielkriterien umfassen verschiedene gesundheitsbezogene Parameter, Funktionsfähigkeit und Bewältigungsstrategien. Demografische Angaben und Zielkriterien wurden mittels Fragebogen zu Beginn der Rehabilitation und zwölf Monate nach Rehabilitationsende erfasst. Die vorliegenden Complete-Case-Analysen wurden mit Random-Effects-Modellen durchgeführt. Für stratifizierte Analysen wurden die Einrichtungen nach wahrgenommener Umsetzung der MBOR gruppiert (signifikanter Unterschied zwischen MBOR und MR in der wahrgenommenen Erreichung erwerbsbezogener Rehabilitationsziele).

Ergebnisse

1.637 Personen wurden in die Studie eingeschlossen (mittleres Alter: 49,6 Jahre; SD = 9,4; 59,3 % weiblich). Im primären Zielkriterium, stabile Rückkehr in Arbeit, zeigte sich kein Unterschied zwischen MBOR und MR (OR = 1,02; p = 0,883). In beiden Behandlungsarmen gaben ungefähr 45 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, in den letzten vier Wochen durchgängig gearbeitet zu haben. Personen, die eine MBOR erhalten haben, profitierten jedoch von einer signifikant besseren körperlichen Rollenfunktion als Personen, die eine MR erhalten haben (b = 5,52; p < 0,05). In Einrichtungen, in denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Umsetzung der MBOR deutlicher wahrgenommen haben (signifikanter Kontrast zwischen beiden Behandlungsarmen in der Erreichung erwerbsbezogener Rehabilitationsziele), fanden wir signifikante Verbesserungen in psychischen und somatoformen Beschwerden, interaktionellen Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, phobischen Ängsten, körperlicher Rollenfunktion, emotionaler Rollenfunktion, körperlichen Schmerzen, psychischem Wohlbefinden, Arbeitsplatzphobie und Regenerationsorientierung mit moderaten Effektstärken (standardisierte Mittelwertdifferenzen von 0,24 bis 0,75) zugunsten der MBOR.

Diskussion und Fazit

Ein Jahr nach der Rehabilitation kehrten Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer MBOR nicht häufiger stabil in Arbeit zurück als Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer MR. Personen, die eine MBOR erhalten haben, profitierten jedoch in verschiedenen sekundären Zielkriterien, vor allem in Einrichtungen, in denen der Kontrast zwischen MBOR und MR in der Erreichung erwerbsbezogener Rehabilitationsziele für die Patientinnen und Patienten deutlicher wahrnehmbar war.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse variierten deutlich zwischen den Einrichtungen. Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer MBOR profitierten in einigen Einrichtungen auf verschiedenen sekundären Zielkriterien, z. B. Arbeitsplatzphobie, signifikant von der MBOR.

Literatur

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

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

Kuijer, P. P., Gouttebarge, V., Wind, H., van Duivenbooden, C., Sluiter, J. K., Frings-Dresen, M. H. (2012): Prognostic value of self-reported work ability and performance-based lifting tests for sustainable return to work among construction workers. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 38. 600-603.

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.

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

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolgs in der österreichischen psychiatrischen Rehabilitation in Abhängigkeit vom Alter und dem beruflichen Status der Rehabilitand:innen

Birgit Senft[1]; Bettina Schoeller[2]; Caroline Jaritz[2]; Sigurd Hochfellner[2]

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

Hintergrund und Zielstellung

Zu den Zielsetzungen der Rehabilitation gehören die Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit, die Verringerung bzw. Verhinderung von Pflegebedürftigkeit sowie die Steigerung der aktiven Teilhabe am Leben in Familie und Gesellschaft (Pensionsversicherungsanstalt, 2022). Der Zugang zur Rehabilitation ist für ältere Menschen in Österreich eingeschränkt, die Wirksamkeit der Rehabilitation für diese Gruppe in der Privatklinik St. Radegund wurde bereits belegt (Senft et al., 2022). Die katamnestische Befragung ist eine freiwillige Leistung um die Nachhaltigkeit der Rehabilitation für verschiedene Patient:innengruppen einschätzen zu können.

Zielsetzung dieser Analyse ist der Vergleich der Nachhaltigkeit des Reha-Erfolgs für Alters- und Berufsgruppen in Hinblick auf Symptomatik, Rehabilitationserfolg und subjektivem Gewinn.

Methoden

Im Zeitraum 2018 bis 2022 wurden 6.112 Heilverfahren durchgeführt, Fälle mit vorzeitigem Abbruch (N=575) kürzerer Dauer (N=80) oder unvollständigen Daten (N=43) wurden ausgeschlossen. Zusätzlich zu den Aufnahme- (A) und Entlassungswerten (E) liegen für N=1.410 Fälle Daten der postalischen katamnestischen Befragung (K) ein Jahr nach Reha- Ende vor (25,6%). Die Analysestichprobe setzt sich aus N=1.367 Fällen zusammen (ø 52,21 Jahre alt (SD=10,57), 39,9% männlich; F3 affektive Störungen: 67,4%, F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen: 26,3%, sonstige: 6,3%). Die Altersgruppen wurden wie folgt kategorisiert: bis 40 Jahre: N=192/14%; 41-50 Jahre; N=277/20%; 51-60 Jahre: N=672/49% und über 60 Jahre: N=226/17%. Die Berufsgruppen verteilen sich wie folgt: Berufstätig: N=530/39%; nicht berufstätig: N=363/27%; Reha- Geld/IP- Pension/-Antrag: N=328/24%; Alterspension: N=86/6% und sonstige; N=60/4%.

An Patient Reported Outcomes (PROs) wurden das Beck Depressions-Inventar (Hautzinger et al., 2006), das BSI-18 (Franke et al., 2017) und der ICF 3F AT (Nosper, 2008) vorgegeben.

Ergebnisse

Die Non-Responder-Analyse ergab einen signifikant höheren Anteil Berufstätiger (33% vs. 39%) und einen geringeren Anteil Arbeitsloser (34% vs. 27%) in der Katamnesegruppe, zudem war das Durchschnittsalter in dieser Gruppe (M=52,21; SD=10,57) signifikant höher als in der Non-Responder-Gruppe (M=48,67; SD=11,64).

Zwischen den Altersgruppen zeigen sich signifikante Unterschiede in den Veränderungen im BSI-18 zwischen den drei Erhebungszeitpunkten. Während die älteste Gruppe (>60 Jahre) bei Entlassung den stärksten Behandlungseffekt aufweist, kann die jüngste Gruppe (bis 40 Jahre) den Reha-Erfolg ein Jahr danach am besten halten. Auch im BDI-II zeigen sich für die jüngste Gruppe die nachhaltigsten Ergebnisse, zwischen den übrigen Gruppen sind die Unterschiede eher klein.

Tab. 1.

Altersgruppe	Depressivität		Ängstlichkeit		Somatisierung		BDI-II	
	A E	A K	A E	A K	A E	A K	A E	A K
bis 40 Jahre (N=189)	0,72	0,60	0,69	0,68	0,48	0,39	1,10	0,82
41 bis 50 Jahre (N=274)	0,71	0,45	0,70	0,52	0,53	0,25	0,91	0,54
51 bis 60 Jahre (N=658)	0,71	0,35	0,78	0,44	0,57	0,31	0,85	0,36
ab 61 Jahren (N=210)	0,87	0,44	1,02	0,57	0,56	0,17	0,99	0,35
Altersgruppe	**Kognitive Leistungsfähigkeit**		**Selbstwirksamkeit**		**Soziale Kompetenz**			
	A E	A K	A E	A K	A E	A K		
bis 40 Jahre (N=185)	0,54	0,51	0,76	0,73	0,44	0,39		
41 bis 50 Jahre (N=268)	0,43	0,38	0,63	0,50	0,37	0,27		
51 bis 60 Jahre (N=642)	0,50	0,41	0,62	0,47	0,37	0,22		
ab 61 Jahren (N=209)	0,48	0,42	0,63	0,52	0,41	0,29		
Berufsgruppe	**Depressivität**		**Ängstlichkeit**		**Somatisierung**		**BDI-II**	
	A E	A K	A E	A K	A E	A K	A E	A K
Berufstätig (N=529)	0,83	0,49	0,89	0,63	0,65	0,35	1,12	0,61
Arbeitslos (N=359)	0,71	0,44	0,69	0,46	0,46	0,29	0,95	0,53
Reha-Geld/I-Pension/ Antragstellung (N=312)	0,63	0,32	0,67	0,40	0,48	0,24	0,70	0,29
Alterspension (N=75)	1,16	0,47	1,37	0,67	0,82	0,30	1,02	0,25
Berufsgruppe	**Kognitive Leistungsfähigkeit**		**Selbstwirksamkeit**		**Soziale Kompetenz**			
	A E	A K	A E	A K	A E	A K		
Berufstätig (N=522)	0,59	0,49	0,77	0,63	0,48	0,32		
Arbeitslos (N=346)	0,51	0,49	0,66	0,57	0,37	0,31		
Reha-Geld/I-Pension/ Antragstellung (N=303)	0,34	0,26	0,51	0,35	0,31	0,12		
Alterspension (N=77)	0,67	0,46	0,70	0,46	0,46	0,32		

Legende: A = Aufnahme, E = Reha-Ende, K = 1 Jahr nach Reha-Ende, BDI-II = Beck Depressions-Inventar; Effektgrößen: Cohen's d

Im Fragebogen zu Aktivitäten und Teilhabe zeigen sich zwischen Beginn und Ende kleinere Effekte für alle Altersgruppen, diese können aber ein Jahr nach Reha-Ende von allen Gruppen relativ gut aufrecht erhalten werden. Berufstätige und pensionierte Rehabilitand:innen profitieren bei Reha-Ende am stärksten in den klinischen Skalen, Reha- Geld- /Rentenbezieher:innen und Antragsteller:innen weisen ein Jahr nach der Reha geringere Effekte auf. Bei Aktivitäten und Teilhabe zeigen sich geringere Verlaufsunterschiede zwischen den Berufsgruppen, die Effekte können in höherem Ausmaß gehalten werden als in den klinischen Skalen. In allen Altersgruppen bewerten 1 Jahr später

mindestens 53% die Reha als „sehr hilfreich“ und ⅓ als „eher hilfreich“, die Bewertungen „weniger/gar nicht hilfreich“ werden von 12% angegeben.

Diskussion und Fazit

Während sich im Verlauf der Symptomskalen signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigen, können die Effekte im Bereich Aktivitäten und Teilhabe von allen Altersgruppen gehalten werden, ähnliches zeigt sich für die Unterschiede nach beruflichem Status. Die verbalen Äußerungen zum Reha-Erfolg weisen darauf hin, dass die Rehabilitation positive Auswirkungen auf die Symptombelastung (z.B. den Antrieb), den Selbstwert und die Interaktion mit anderen Menschen hat. Nur wenige Rehabilitand:innen haben das Gefühl, dass die Rehabilitation nichts gebracht hat, die Aussagekraft ist aber durch den zu geringen Rücklauf und durch Selektionseffekte eingeschränkt. Wenn man die Bewertung der Rehabilitation und die Entwicklung der Symptomatik ein Jahr nach Ende der Rehabilitation als Indikatoren für die Nachhaltigkeit der Behandlung definiert, kann zumindest von einer zufriedenstellenden Nachhaltigkeit ausgegangen werden. Längere Nachbeobachtungszeiträume wären wünschenswert.

Take-Home-Message

Die katamnestische Befragung gibt wertvolle Hinweise auf den Transfer des Behandlungserfolgs und des Erlernten in den Alltag der Rehabilitand:innen, die Motivation zur Teilnahme sollte noch während des Reha-Aufenthalts bestärkt werden.

Literatur

Franke, G. H., Jaeger, S., Glaesmer, H., Barkmann, C., Petrowski, K., Braehler, E. (2017): Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. BMC Medical Research Methodology, 17(1), 14. https://doi.org/10.1186/s12874-016-0283-3.

Hautzinger, M., Keller F., Kühner, C. (2006): BDI-II Beck Depressions-Inventar Revision: Manual. Frankfurt: Pearson.

Nosper, M. (2008): ICF AT-50: Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. DRV-Schriften, BD 77. 127–128.

Pensionsversicherungsanstalt (2022): Medizinische Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge. Wien. URL: https://www.pv.at/cdscontent/?contentid=10007.707631&portal=pvaportal, Abruf: 02.22.2023.

Senft, B., Jaritz, C., Petz, D., Hochfellner, S. (2022): Reha in der Rente - Themenverfehlung oder sinnvoll? DRV-Schriften, BD 128. 75–77.

Reha-Erfolg psychosomatischer Rehabilitation in Abhängigkeit der Therapiedosis

Kirsten Rotter[1]; Alexandra Lambrecht[2]; Bernhard Koch[2]; Axel Kobelt-Pönicke[1]

[1] Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover; [2] Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Rehazentrum Oberharz Rehazentrum Oberharz

Hintergrund und Zielstellung

In der Psychotherapie wird die Dosis durch die Gesamtzahl der Sitzungen über die Zeit definiert. Auf Basis des Dosis-Wirkungs-Modells wird die optimale Therapiedosis im Bereich von 4-26 Sitzungen angegeben (Howard et al., 1986). Das GEL (good enough level) Modell geht im Gegensatz dazu von einer ausreichenden Therapiedosis und einem Zusammenhang der Veränderungsrate mit der Gesamtdosis aus (Barkham et al., 2006). Studien zur Effektivitätssteigerung der psychosomatischen Reha untersuchten u.a. eine Therapiedosiserhöhung durch Verlängerung der Maßnahme (Nosper, 2008). Der Effekt wird kontrovers diskutiert. Im Rahmen des Bundesprojekts rehapro wurde im Modellprojekt Reha- Integrativ (RH-I) der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover untersucht, inwiefern ein adaptives Therapiekonzept mit einer 2-wöchigen Intensivphase bei frühzeitiger Intervention drohender Chronifizierung bzw. (Teil-)Erwerbsminderung entgegenwirken kann.

Folgende Hypothesen (H) wurden geprüft:

Nach einer integrativen Reha (RH-I) sollten die Versicherten gegenüber den Teilnehmenden der klassischen psychosomatischen Reha (RH-KL) …

H1: … eine signifikant höhere intraindividuelle Symptomreduktion der Depressivität bei Entlassung zeigen.

H2: … einen signifikant höheren Anteil der potenziellen Entlassung nach zwei Wochen aufweisen.

Methoden

In dieser randomisierten, messwiederholten Kontrollgruppenstudie wurden 494 Rehabilitand:innen im Alter von 21-64 Jahren, davon 47% Frauen untersucht, die zwischen 2020-22 eine klassische (RH-KL) oder eine intensivierte (RH-I) psychosomatische Rehabilitation im Rehazentrum Oberharz absolvierten. Beide Gruppen erhielten eine 5- wöchige psychosomatische Rehabilitation, wobei in der Interventionsgruppe die Dosis teilhabeorientierter psychotherapeutischer Leitungen und non-verbaler Therapiemethoden in den ersten beiden Wochen erhöht wurde. Reha-Erfolg wurde durch als Reliable Change Index der individuellen Symptomreduktion aus den prä/post Testwerten (BDI-II) sowie als sozialmedizinischer Parameter (ärztliche Beurteilung der potenziellen Entlassung nach der zweiten Reha-Woche) abgebildet. Da längere Arbeitsunfähigkeits-(AU)Dauer vor der Reha den Reha-Erfolg beeinflusst (Rotter et al., 2023), wurde diese statistisch kontrolliert. Es wurden 2-faktorielle ANOVAs und hierarchische binäre logistische Regressionen gerechnet.

Ergebnisse

Die Dosissteigerung von Psychotherapie zeigte keinen Haupteffekt auf die Symptomreduktion in der Gesamtstichprobe (p=0,29), jedoch ergab sich bei Stratifizierung nach Erkrankungsschwere ein mittlerer Effekt der Dosis für Personen, die bei Klinikaufnahme eine geringe Erkrankungsschwere aufwiesen (p=0,05).

Es ergab sich kein eigenständiger Effekt der Dosis auf die potenzielle Entlassung nach zwei Wochen (p=0,90), während geringe Depressionsschwere bei Aufnahme mit einem Odds von 0.47 inkrementell zu einer potenziellen Arbeitsfähigkeit nach zwei Reha-Wochen führte.

Tab. 1: Therapieinhalte und -ziele der Reha-Integrativ- (RH-I) und der Vergleichsgruppe (RH-KL).

Art	Intensivphase	Rehabilitationsphase
Oberarztvisiten	2 x 15 min	1 x 15 min
Einzelpsychotherapie	2 x 50 min	1 x 30 min
Gruppenpsychotherapie	3 x 90 (270 min)	210 min
Aktivitätsaufbau	1 x 90 min	1 x 60 min
Entspannung	2 x 60 min + 2 x 30 min	1 x 30
Körperorientierte Therapie	5 x 60 min (insgesamt 300 min)	3 x (insgesamt 210 min)
Gestaltungstherapie	1 x 90 min	1 x 90 min
Setting	Feste Gruppen	Offene Gruppen
Dauer	RH-I: 2 Wochen	RH-I: 3 Wochen RH-KL: 5 Wochen
Therapieziel	***Stabilisierung*** (Behandlung von Teilhabehemmnissen bedingt durch Kontextfaktoren oder psychische Beeinträchtigungen)	***Berufsbezogener Schwerpunkt*** *Konfliktzentrierte Psychotherapie* (Konflikte am Arbeitsplatz) *Förderzentrierte Therapie* (längere Arbeitslosigkeit/Abwesenheit) *Erweiterte Funktionsdiagnostik* (Gedanken an Rentenantrag)

Anmerkung. Die Zeitangaben beziehen sich auf die Mindestdauer in Minuten pro Woche und basieren in der Rehabilitationsphase auf Grundlage der ICF und den Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung von 2016.

Tab. 2: Mittelwerte und Standardabweichungen für prä-post-Werte und Reliable Change Index (RCI) der Depressivität (BDI) sowie der psychischen und somatoformen Be-schwerden (HMA) und Häufigkeiten und Prozentwerte der potenziellen Arbeitsfähigkeit nach zwei Wochen (AF 2 Wo) der Gruppen und der Gesamtstichprobe.

	RH-I			RH-KL			AU < 3 Monate			AU > 3 Monate			Gesamt		
Variable	*M*	*SD*	*n*	*M*	*SD*	*n*	*M*	*SD*	*n*	*M*	*SD*	*n*	*M*	*SD*	*n*
BDI T0	20.72	9.56	243	20.31	11.10	251	18.42	9.98	337	24.99	9.77	157	20.51	10.37	494
BDI T1	8.09	9.55	243	8.63	9.42	251	6.74	8.46	337	11.85	10.59	157	8.36	9.48	494
RCI-BDI	-2.86	2.07	243	-2.65	2.15	251	-2.65	1.96	337	-2.98	2.39	157	-2.76	2.11	494
RCI-BDI[1]	-1.84	1.14	102	-1.54	1.13	113	-1.61	1.12	175	-2.03	1.18	40	-1.68	1.14	215
RCI-BDI[2]	-3.61	2.27	141	-3.56	2.35	138	-3.78	2.04	162	-3.31	2.61	117	-3.58	2.31	279
HMA T0	1.28	0.74	242	1.29	0.73	249	1.15	0.71	335	1.57	0.71	156	1.29	0.74	494
HMA T1	0.73	0.65	242	0.76	0.71	249	0.65	0.64	335	0.96	0.73	156	0.75	0.69	494
RCI-HMA	-0.10	0.10	242	-0.10	0.11	249	-0.09	0.10	335	-0.11	0.11	156	-0.09	0.10	491
RCI-HMA[1]	-0.05	0.07	102	-0.07	0.08	113	-0.06	0.08	175	-0.07	0.07	40	-0.06	0.07	215
RCI-HMA[2]	-0.13	0.10	140	-0.11	0.12	136	-0.12	0.11	160	-0.12	0.12	116	-0.12	0.11	276
	n		%	*n*		%	*n*		%	*n*		%	*n*		%
AF 2 Wo	39		38	36		33	69		45	6		10	75		35
AF 2 Wo[1]	25		50	20		46	41		52	4		27	45		48
AF 2 Wo[2]	14		26	16		24	28		37	2		4	30		25

Anmerkung. N=494 (RCI); RCI=[-1,96, +1,96] „unverändert", RCI < - 1,96 „reliabel verbessert", RCI > 1,96 „reliabel verschlechtert" [20]; *N*=214 (AF 2 WO); *Messung AF 2 Wo* in den Kohorten 25-38; [1]= Depressionsschwere bei Aufnahme oberhalb klinischem Cut-off; [2]= Depressionsschwere bei Aufnahme unterhalb klinischem Cut-off.

Diskussion und Fazit

Eine Dosissteigerung führt bei vorgegebener Behandlungsdauer nicht automatisch zu höherer Wirksamkeit der psychosomatischen Rehabilitation. Nicht jede Therapieform ist für alle Personen gleichermaßen geeignet, zumal ein höheres Maß an Symptomen in Zusammenhang mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit des Erreichens eines normativen Funktionsniveaus steht (McAleavey et al., 2019). Die Ergebnisse dieser Studie lassen darauf schließen, dass weniger schwer Erkrankte, die innerhalb der ersten drei Monate einer AU eine intensivierte Reha durchlaufen, gute Chancen auf eine reliable Verbesserung ihrer Symptomatik haben, während bei fortschreitender AU bzw. Erkrankungsschwere dieses eher nicht zu erwarten ist. Eine frühzeitige und ggf. kürzere Intervention als die Regelversorgung könnte als Präventionsmaßnahme gleichermaßen Menschen in ihrem persönlichen Leiden entlasten sowie Chronifizierung und Teilhabehemmnissen vorbeugen. Wichtig ist die frühzeitige Identifikation behandlungsbedürftiger Personen.

Take-Home-Message

Im frühen Stadium einer affektiven Störung kann durch frühzeitige Intervention innerhalb der ersten drei Monate einer AU und einer Intensivierung der Intervention einer Chronifizierung psychischer Störungen entgegen gewirkt werden.

Literatur

Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N. V., Margison, F., Evans, C. et. al., (2006): Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: the good enough level. J Consult Clin Psychol, 74(1), 160–167. https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.160.

Howard, K. I., Kopta, M. S., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986): The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. American psychologist, 41(2), 159–164. Verfügbar unter: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Howard-dose_effect-psychotherapy-1986.pdf, Abruf 21.09.23.

McAleavey, A. A., Youn, S. J., Xiao, H., Castonguay, L. G., Hayes, J. A., Locke, B. D. (2019): Effectiveness of routine psychotherapy: Method matters. Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research, 29(2), 139–156. https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1395921.

Nosper, M. (2008): Die Dauer psychosomatischer Rehabilitation-Regelungen, Einflussfaktoren und Empfehlungen. Die Rehabilitation, 47(01), 8–13. https://doi.org/10.1055/s-2007-1004605.

Rotter, K., Lambrecht, A., Koch, B., Kobelt-Pönicke, A. (2023): Reha-Erfolg nach psychosomatischer Rehabilitation in Abhängigkeit von Symptombelastung und Arbeitsunfähigkeitsdauer. Psychother Psychosom Med Psychol, 73, 300–307. https://doi.org/10.1055/a-1996-1062.

Interessenkonflikt: Bei allen Autor:innen besteht ein Dienstverhältnis mit der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

The impact of the Covid-19 pandemic on the effectiveness of psychosomatic rehabilitation in Germany

Klaus Kaier[1]; Jakob Knecht[1]; Lukas Nalbach[1]; Mirjam Körner[2,3]

[1] Universitätsklinikum Freiburg; [2] Albert-Ludwigs-Universität Freiburg;
[3] Berner Fachhochschule

Hintergrund und Zielstellung

A disaster is a collectively experienced, potentially traumatic event with a sudden start, limited duration, and can be natural, technological, or human-made (Beaglehole et al., 2018). Under this definition, the covid-19 pandemic qualifies as a significant disaster. It dramatically altered work settings, limited leisure and social activities, affecting people worldwide, amid uncertainties about its course, severity, and long-term impacts. Research indicates that mental health issues, such as depression, are more prevalent and intensify following major disasters. In detail, studies have shown heightened psychological distress and a higher incidence of psychiatric disorders among individuals affected by natural disasters compared to unexposed individuals and to conditions before the disaster (Norris, Elrod, 2020; Pieh et al., 2020; Salari et al., 2020; Xiong et al., 2020). The aim of the present study is to investigate the impact of the covid-19 pandemic on the effectiveness of psychosomatic rehabilitation.

Methoden

Between April 2019 and March 2022, a total of 18,388 patients from 7 rehabilitation centres could be included in the study. For each patient, score values from the HEALTH-49 and ICF AT-50 Psych questionnaires were calculated at the beginning and at the end of rehabilitation and the effectiveness of the rehabilitation program was determined by comparing the scores at the beginning and at the end of the rehabilitation programme. Using risk adjusted linear mixed models, three time intervals were compared: a pre-pandemic episode (April 2019 to March 2020), the first year of the pandemic (April 2020 to March 2021) and the second year of the pandemic (April 2021 to March 2022).

Ergebnisse

Overall, it can be stated that the pandemic has substantially impaired the effectiveness of psychosomatic rehabilitation measures. This phenomenon can be observed across a wide range of psychosocial markers and even two years after the start of the pandemic there is no end to the limited effectiveness (Abb. 1). With regard to ‘psychological and somatoform disorders’, for example, there was a relative decrease in the effectiveness of the rehabilitation measure by 11.29% in the first year of the pandemic compared to the pre-pandemic episode, $p<0.001$, see Abb. 2. In the second year of the pandemic, the effectiveness of the rehabilitation measure was still decreased by 8.8% compared to the pre-pandemic episode, $p<0.001$. In addition, the evaluations show that a division of the pandemic effect into direct effects (on the individual) and indirect effects (via further complication of the occupational problem environment) can be made and that the pandemic-related complication of the

occupational problem environment are still prevalent more than two years after the start of the pandemic.

Abb. 1: Relative effect of the pandemic on the effectiveness of the rehabilitation

Effectiveness of the rehabilitation is defined as difference between the questionnaire scores at the beginning and at the end of rehabilitation. The pre-pandemic episode (April 2019 to March 2020) acted as reference and relative effects of the first year of the pandemic (April 2020 to March 2021) and the second year of the pandemic (April 2021 to March 2022) are shown using mixed-effects generalized linear models with a Gaussian family and log link. Due to the log link, the resulting coefficients may be interpreted as semi-elasticities. A semi-elasticity represents the percentage change in the dependent variable after a 1-fold absolute change in the independent variable. Possible confounding factors such as age, gender, duration of rehabilitation and the respective questionnaire scores at the beginning of rehabilitation were included as fixed effects and different rehabilitation centres were included as a random intercept.

Abb. 2: Absolute effect of the pandemic on the effectiveness of the rehabilitation

Effectiveness of the rehabilitation is defined as difference between the questionnaire scores at the beginning and at the end of rehabilitation. For the vizualization, the rigid categorisation into three episodes (pre-pandemic episode, first pandemic year and second pandemic year) was broken down and time (in quarters) was modelled as a non-linear variable. The non-linearity was implemented using restricted cubic splines with 5 knots and knot location based on Harrel's recommended percentiles. Once again, the remaining specification of the multilevel mixed-effects generalised linear model with a Gaussian family and identity link was retained.

Diskussion und Fazit

The Covid-19 pandemic has had a significant impact on the psychosomatic rehabilitation programs reducing the effectiveness of treatment not only for a short period of time but constantly until March 2022.

Take-Home-Message

The pandemic has significantly reduced the effectiveness of psychosomatic rehabilitation, affecting a broad spectrum of psychosocial indicators. Even two years into the pandemic, this diminished effectiveness persists. Analysis suggests that the pandemic's impact can be categorized into direct effects on individuals and indirect effects through exacerbating occupational challenges, with the latter remaining a significant issue over two years post-pandemic onset. Furthermore, the study indicates that only two-thirds of the mental health impact is directly pandemic-related, while the remaining third stems indirectly from job and workplace challenges.

Literatur

Beaglehole, B., Mulder. R. T., Frampton, C. M., Boden, J. M., Newton-Howes, G., Bell, C. J. (2018): Psychological distress and psychiatric disorder after natural disasters: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2018;213:716–22.

Norris, F.H., Elrod, C.L. (2006): Psychosocial consequences of disaster. Methods Disaster Ment Health Res. 2006;20:42.

Pieh, C., Budimir, S., Probst, T. (2020): The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. J Psychosom Res. 2020;136:110186.

Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., Khaledi-Paveh, B. (2020): Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Glob Health. 2020;16:1–11.

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L.M., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., McIntyre, R.S. (2020): Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. J Affect Disord. 2020;277:55–64.

Versorgungsverläufe psychosomatischer Rehabilitanden mit Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Angebote (InVerPsych) – quantitative und qualitative Ergebnisse

Ernst von Kardorff[1]; Christian Hetzel[2]

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

Hintergrund und Zielstellung

Hintergrund der Studie ist die Beschreibung von Leistungsketten und Verlaufskurven Versicherter mit psychischen Beeinträchtigungen (F3- und F4-Diagnosen) über einen langen Zeitraum (2010–2021) um Inanspruchnahmemuster zu identifizieren. Dies dient der Aufklärung von Zusammenhängen zwischen biografischen Verlaufskurven und Mustern der Nutzung von Angeboten der Gesundheitsversorgung und Rehabilitation mit dem Ziel mögliche Bruchstellen zu erkennen, um Früherkennung und Fallsteuerung zu verbessern.

Fragestellungen

- Gibt es typische Leistungsketten je nach Problemlagen und Merkmalen der Zielgruppe?
- Weisen Personen mit ähnlichen Versorgungsverläufen gemeinsame Merkmale auf?
- Welche Angebote wurden vor, nach und außerhalb von Reha-Maßnahmen in Anspruch genommen (z.B. Psychotherapie, Psychiatrie, Selbsthilfe, etc.)?
- Welches sind die individuellen, die sozialen und die versorgungssystemischen Voraussetzungen für einen langfristig erfolgreichen (RTW) Abschluss einer Leistungskette?

Methoden

Die folgende Abbildung (Abb.1) stellt Studienaufbau und -design schematisch dar:

Abb. 1: Studienaufbau

Ergebnisse

In der zusammenfassenden Analyse der quantitativen (RSD-File und Fragebogen) mit den qualitativen Daten (Interviews) zeigten sich über die nach Inanspruchnahmehäufigkeiten gebildeten Gruppen (z.B. einmalige oder mehrfache psychosomatische Reha; medizinische Reha plus LTA-Leistungen) hinaus besondere, quer dazu liegende Konstellationen, wie etwa Wiederholer, EM-Rentner oder Versicherte, die mindestens einmal im Gesamtverlauf eine stationäre psychiatrische Leistung bezogen haben. Diese „Psychiatrie-Gruppe“ ist von besonderem Interesse, weil sie sich in einigen zentralen Merkmalen von den anderen Gruppen unterscheidet:

In der quantitativen Analyse ergab sich im Vergleich von „Psychiatriegruppe“ und „Nicht- Nutzern“:

- sie sind jünger, männlicher und häufiger alleinlebend
- ein höherer Anteil hat eine betriebliche Ausbildung, öfter keine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein abgebrochenes Studium
- sie kommen früher in das akut-medizinische und rehabilitative Versorgungssystem
- sie haben besonders lange Versorgungsketten ohne „Abschluss“ (selbst bei einem zwischenzeitlichem RTW)
- sie nehmen mehr LTA-Leistungen in Anspruch
- sie beziehen häufiger Transferleistungen und Krankengeld
- sie weisen längere Zeiten der Arbeitslosigkeit auf
- sie gehen häufiger in die EM-Rente

In der qualitativen Analyse zeigte sich:

- eine Bestätigung der quantitativen Ergebnisse mit Ausnahme der rücklaufbedingten Verzerrungen bezogen auf die Geschlechterzusammensetzung und den erfolgreichen RTW;
- eine deutlich höhere Vulnerabilität, die aus schwierigen, meist bereits aus der Herkunftsfamilie stammenden Problemlagen resultiert und sich negativ auf die eigene Familie und Lebenssituation auswirken;
- nicht gelungene Berufseinstiege und/oder diskontinuierliche Erwerbsbiografien mit langen Phasen des Kranken- und Transfergeldbezugs;
- die Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfen, v.a. Psychotherapie, über die gesamte Erwerbsbiografie hinweg.

Trotz dieser starken Belastungen zeigt sich bei einem großen Teil der Betroffenen ein gelingender RTW, insbesondere aufgrund hoher Motivation zur Teilhabe am Arbeitsleben. Darüber hinaus zeigten sich folgende positive Faktoren für einen RTW:

- Zusammenleben mit einem unterstützenden Partner
- Akzeptanz der Krankheit/Störung bzw. der Beeinträchtigungen
- Bereitschaft zur Selbstsorge

- Aktive Aushandlung von Arbeitsbedingungen (ggf. „Downgrading“), die mit dem eigenen Leistungsvermögen und dem gesundheitlichen Wohlbefinden verträglich sind
- Eigenaktivität bei der Nutzung eines breiten Spektrums von Angeboten
- Offenheit für Lernprozesse in der Rehabilitation
- In der qualitativen Analyse ergab sich, dass weder Diagnose noch der Grad der Beeinträchtigung oder die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen ein verlässliches Kriterium zur Prognose des weiteren Verlaufs darstellen.

Diskussion und Fazit

Bei der vorgestellten „Psychiatriegruppe“ stellt sich nicht primär das Problem des rechtzeitigen Zugangs in das Versorgungssystem. Durch frühe Krisenereignisse kommen Versicherte dieser Gruppe in der Regel relativ rasch in Behandlung und erhalten dort bereits Hinweise auf mögliche weiterführende Angebote. Für diese Gruppe ist folglich vor allem die Angewiesenheit auf kontinuierliche und langfristige Unterstützung relevant. Das erfordert eine detaillierte Abstimmung zwischen den einzelnen Behandlern (Professionsgruppen) und den Angebotsformen auf allen Ebenen (Arbeitsstelle, Beratungsdienste, psychiatrische Angebote, Reha-Angebote). Im Einzelfall ist beim Zugang in die Reha zu prüfen, ob nicht eine vorgängige (teil-)stationäre psychiatrische Hilfe zu Stabilisierung für den weiteren Verlauf sinnvoll ist, eine medizinische Reha also nicht zu früh erfolgt.

Take-Home-Message

Bei der „Psychiatriegruppe“ handelt es sich um Versicherte die, selbst bei einem erfolgreichen RTW, im Prinzip nicht abgeschlossene Leistungsketten haben, da sie immer wieder auf Unterstützungsangebote angewiesen sind. Die Problemlagen unterscheiden sich dabei nicht grundsätzlich von denen der anderen Gruppen: die Betroffenen sind hier oft über die gesamte Erwerbsbiografie auf ein variables und zugleich kontinuierliches Angebot als auch auf eine Koordination unterschiedlicher trägerübergreifender Maßnahmen angewiesen.

Literatur

DGPPN (2018): Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/11a14679d449d3abc76fdd61fb7ff6c428310f67/DGPPN_Standpunktepapier%20web.pdf.

Etuknwa, A, Daniels, K. & Eib, C. (2019): Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors.In: Journal of occupational rehabilitation 29 (4), S. 679–700.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Zusammenhang früher Traumatisierung mit psychischer Symptombelastung und berufsbezogener Selbstwirksamkeit

Lorena Brenner[1]; Sophia Chrysanthou[2]; Yesim Erim[3]; Manuel Feisst[4]; Marieke Hansmann[5]; Meike Heming[6]; Eva Rothermund[7]; Ute Schröder[8]; Tamara Waldmann[9]; Volker Köllner[1,2]

[1] Charité - Universitätsmedizin Berlin; [2] Reha-Zentrum Seehof;
[3] Universitätsklinikum der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg;
[4] Universitätsklinikum Heidelberg ; [5] Stiftung Universität Hildesheim;
[6] Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; [7] Universitätsklinikum Ulm;
[8] BAuA - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin;
[9] Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus

Hintergrund und Zielstellung

Mit der ICD-11 wird die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS) als eigenständige Diagnose eingeführt, um den Auswirkungen Rechnung zu tragen, die mehrere, anhaltende und/oder sich wiederholende Traumata auf die Mechanismen der Selbstorganisation haben können. Bisherige Studien zeigen, dass PTBS und KPTBS mit einem unterschiedlichen Ausmaß an Symptombelastung, Komorbidität und funktionellen Beeinträchtigungen einhergehen. Patient:innen mit KPTBS scheinen eine schlechtere Prognose für den Erhalt der Erwerbsfähigkeit zu haben (Brenner et al., 2021; Brenner et al., 2019). Der aktuelle Forschungsstand zu den Auswirkungen des KPTBS-Symptomkomplexes auf den Bereich der Arbeit ist bisher jedoch gering. Erste Studien deuten darauf hin, dass sich das für die KPTBS-spezifische Symptomcluster mit Störungen der Selbstorganisation in der Psychosomatischen Rehabilitation mit einer Häufigkeit von ca. 13% vorkommen und sich im beruflichen Kontext ungünstig auswirken. Der zugrundeliegende Mechanismus ist aber noch unklar. Metaanalytische Befunde zeigen, dass die individuelle arbeitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (aSW) ein wichtiger prognostischer Faktor für einen schnelle Rückkehr an den Arbeitsplatz (RTW) ist. Sie beschreibt die subjektive Überzeugung, berufliche Anforderungen mithilfe der eigenen Fähigkeiten bewältigen zu können und könnte im Rahmen einer KPTBS beeinträchtigt sein.

Ziel dieser Studie ist es daher, in einer berufsbezogenen präklinischen Stichprobe Erkenntnisse zu den Auswirkungen früher Traumatisierung auf die psychische Symptombelastung und die arbeitsbezogene Selbstwirksamkeit zu erfassen.

Methoden

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der multizentrischen randomisiert-kontrollierten klinischen Studie „Frühe Intervention am Arbeitsplatz; friaa“ (Weber et al., 2021). Befragt wurden teilnehmende Personen an einem psychosomatischen Beratungsangebot („Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz; PT-A“).

Zur Erfassung früher traumatischer Erfahrungen wurde der Childhood Trauma Screener (CTS) verwendet. Für die Klassifikation von Vernachlässigung und Missbrauch wurden die Schwellenwerte von Glaesmer et al. (2013) verwendet. Depressivität wurde mit dem Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), generalisierte Angst mit dem Generalized Anxiety Disorder Scale-2 (GAD-2) und somatische Symptome mit dem Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8)

erfasst. Die Selbstbeurteilung der aSW erfolgte mit der deutschen Version der Return-to-Work Self-Efficacy Scale (ERA; Hansmann et al., 2022). Der Fragebogen besteht aus 11 Items, die Erwartungen bezüglich der Fähigkeit, verschiedene Arbeitsanforderungen erfüllen zu können, repräsentieren.

Ergebnisse

Von den 547 Proband:innen gaben 221 (40%) an Vernachlässigung und/ oder Missbrauch in der Kindheit erlebt zu haben und lagen über dem Cut-off Wert („auffällig“). Diese wiesen eine signifikant höhere Belastung hinsichtlich Depressivität ($p < .001$) generalisierter Angst ($p=.004$) und somatischer Symptome ($p < .001$) auf im Vergleich zu Personen unter dem Cut- off Wert („unauffällig“).

Es zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied ($p=.007$) der Abgrenzungsfähigkeit („dass ich in der Lage bin, auf meine Grenzen zu achten“) zwischen den Proband:innen mit auffälligen CTS-Werten und denjenigen mit unauffälligen CTS-Werten. Bei den restlichen 10 Items und dem Gesamtscore ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse weisen nicht nur auf eine höhere Symptombelastung der hochbelasteten Substichprobe hin, sondern zeigen auch eine Korrelation zwischen selbstberichteter früher Traumatisierung und der Abgrenzungsfähigkeit als Komponente der aSW bereits im präklinischen Bereich. Dies stützt frühere Befunde zur Bedeutung dieses neu in die ICD- 11 aufgenommenen Störungsbildes für die Arbeitswelt. aSW könnte hierbei ein Bindeglied zwischen Symptomatik und beruflicher Problematik sein und sich als Ansatzpunkt rehabilitativer Interventionen bei KPTBS erweisen. Um dies zu erhärten sind allerdings Studien mit einem konfirmatorischen Charakter (Strukturgleichungsmodelle, Pfadanalysen, RCTs) notwendig.

Take-Home-Message

Selbstberichtete frühe Traumatisierung als Risikofaktor einer KPTBS war bereits in einer präklinischen Stichprobe mit erhöhter psychosomatischer Symptombelastung und – konstruktkonform – mit einer schlechteren Abgrenzungsfähigkeit korreliert.

Literatur

Brenner, L., Härtter, C., Bachem, R., Knaevelsrud, C., Köllner, V. (2021): Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster. Psychother Psychosom Med Psychol, 71(09/10), 381-388. doi:

Brenner, L., Köllner, V., Bachem, R. (2019): Symptom burden and work-related impairment among patients with PTSD and complex PTSD. European Journal Of Psychotraumatology, 10(1694766): doi:https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1694766.

Hansmann, M., Beller, J., Maurer, F., Kröger, C. (2022): Self-Efficacy Beliefs of Employees with Mental Disorders or Musculoskeletal Diseases after Sickness-Related Absence: Validation of the German Version of the Return-to-Work Self-Efficacy Scale. International journal of environmental research and public health, 19(16), 10093.

Weber, J., Angerer, P., Brenner, L. et. al. (2021): Early intervention, treatment and rehabilitation of employees with common mental disorders by using psychotherapeutic consultation at work: study protocol of a randomised controlled multicentre trial (friaa project): BMC public health, 21(1), 1187. DOI: 10.1186/s12889-021-11195-9.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Behandlungs- oder Hotelleistungen – Was bestimmt stärker Reha-Zufriedenheit und -Erfolg in der Psychosomatischen Rehabilitation?

Jürgen Schmidt[1]; Rüdiger Nübling[2]; Udo Kaiser[2]; Alexa Kupferschmitt[3]; Volker Köllner[3]

[1] Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen;
[2] Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen; [3] Reha-Zentrum Seehof

Hintergrund und Zielstellung

Reha-Zufriedenheit und Reha-Erfolg sind wesentliche Bestandteile der Ergebnisqualität von Reha-Maßnahmen. Beide Parameter sind deshalb im Rahmen der Rehabilitandenbefragung auch im QS-Programm der Deutschen Rentenversicherung (DRV) fest verankert (Ostholt - Corsten, 2021). Obwohl einige Ar beiten personen- und behandlungsbezogene Einflussgrößen auf die beiden Ergebniskriterien in der Psychosomatischen Rehabilitation untersuchten, gibt es hingegen kaum Arbeiten, in denen auch der relative Stellenwert von „Hotel- und Serviceleistungen überprüft wurde.

Die Frage nach den Einflussfaktoren der beiden Ergebniskriterien ist insbesondere vor dem Hintergrund des neuen qualitätsorientierten Belegungsverfahrens sowie der gestiegenen Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts in der Rehabilitation (DRV, 2023) aktueller denn je. Gefühlt entsteht hierdurch Druck, die ohnehin knappen Ressourcen verstärkt in Hotelleistungen zu investieren, da nicht selten die Meinung vertreten wird, diese würde vor allem über die Rehabilitandenzufriedenheit entscheiden. Aktuelle empirische Belege gibt es hierzu aber nicht. Im Beitrag wird auf Grundlage einer sehr großen Rehabilitandenstichprobe aus der Psychosomatik überprüft, welche relative Bedeutung behandlungs- und hotelleriebezogene Merkmale für die Vorhersagbarkeit bzw. Erklärbarkeit der beiden Qualitätsdimensionen haben.

Methoden

Analysiert werden Daten aus kontinuierlichen schriftlichen Routinebefragungen vor Entlassung, die im Zeitraum 2018 – 2022 in 25 psychosomatischen Kliniken bzw. Fachabteilungen durchgeführt wurden. Insgesamt liegen Angaben von über 50.000 stationär behandelten Rehabilitanden vor. Der überwiegend generische Fragebogen umfasst etwa 120 Items, die zu 19 Skalen bzw. Kennwerten (z.B. Psychotherapeutische Betreuung, Ärztliche Betreuung, Organisation, Unterbringung, Verpflegung) verrechnet werden. Der GfQG-Fragebogen orientiert sich an der externen DRV-Rehabilitandenbefragung und wurde in seiner Urversion gemeinsam mit Werner Müller-Fahrnow konzipiert. Im Unterschied zum DRV-Bogen sind auch Items, die Hotel- und Serviceleistungen betreffen, Bestandteil, weiterhin sind auch die Skalen ZUF-8 (Schmidt et al., 1989) und BESS (Schmidt et al., 2018) integriert. Zur Klärung der Hauptfragestellungen wurden lineare multiple Regressionsanalysen (en bloc und schrittweise) mit den beiden Kriterien durchgeführt. Als Maß für die Reha-Zufriedenheit diente der ZUF-8-Skalenwert, als Maß für

den subjektiven Reha-Erfolg die Skala BE_DRV, die eine Nachbildung der DRV-Skalierung darstellt. Die Regressionen umfassten 14 Prädiktoren (Skalenwerte des Fragebogens), die inhaltlich Teilleistungsbereiche einer Rehaklinik abbilden und Merkmale der Struktur- und Prozessqualität repräsentieren.

Ergebnisse

Es zeigt sich, dass alle 14 Prädiktoren mit beiden Ergebniskriterien bedeutsam in Erwartungsrichtung korrelieren (im Bereich r=.21 bis r=.65) und dass diese Prädiktoren insgesamt etwa 70% (Kriterium „Reha-Zufriedenheit“) bzw. 40% der Varianz (Kriterium „Reha-Erfolg“) erklären können (Tab. 1).

Tab. 1: Ergebnis der multiplen linearen Regressionsanalysen mit 2 Kriterien und 14 Prädiktoren

Kriterium	**Reha-Zufriedenheit**	**Reha-Erfolg**
Anzahl Prädiktoren[2]	14	14
Art der Regressionsanalyse	Methode = Einschluss	Methode = Einschluss
	Missing Pairwise	Missing Pairwise
N	41.630 – 51.451	41.630 – 51.451
R	.818	.633
R^2	.670	.401
R^2 korrigiert	.669	.400
Art der Regressionsanalyse	Methode = schrittweise	Methode = schrittweise
	Missing Pairwise	Missing Pairwise
N	41.630 – 51.451	41.350 – 50.939
Aufgenommene Prädiktoren	12	10
R	.818	.633
R^2	.670	.400
R^2 korrigiert	.669	.400
F (df1,df2)	5527,85 (14, 38195)	1840,80 (14, 38549)
p	<.001	<.001
Ausgewählt wurden	1 Psychotherapeutische Behandlung	1 Nachsorgevorbereitung
in der Reihenfolge	2 Nachsorgevorbereitung	2 Psychotherapeutische Behandlung
1 - n	3 Ärztliche Betreuung	3 Behandlungsmaßnahmen
	4 Organisation	4 Ärztliche Betreuung
	5 Psychotherapiemaßnahmen	5 Psychotherapiemaßnahmen
	6 Verpflegung	6 Therapieablauf
	7 Behandlungsmaßnahmen	7 Beratungen & Hilfen
	8 Unterbringung	8 Verpflegung
	9 Rehabilitationsthemen	9 Schulungen-Seminare
	10 Freizeitangebot	10 Rehabilitatiionsthemen
	11 Pflegerische Betreuung	
	12 Therapieablauf	

Legende: Die 14 Prädiktoren stellen Skalenwerte aus dem Fragebogen dar, die Teilleistungsbereiche einer Psychosomatischen Klinik abbilden (Prozess- und Strukturmerkmale). Multiple lineare Regressionsanalysen (SPSS ENTER und STEPWISE) mit der Option „Missing Pairwise“ bei fehlenden Werten. R = multiple Korrelation / F = Prüfgröße in der ANOVA / p = Irrtumswahrscheintlichkeit von F. In den beiden schrittweisen Regressionen wurden 10 bzw. 12 von 14 Prädiktoren ausgewählt.

Schrittweise Regressionen zeigen, dass die Merkmale „Psychotherapeutische Betreuung“, „Nachsorgevorbereitung“, „Ärztliche Betreuung“, „Organisation“ und „Psychotherapiemaßnahmen“ (in dieser Reihenfolge) den größten Erklärungswert für die

gemessene „Reha-Zufriedenheit“ haben (zusammen 64,6% Varianzaufklärung; Abb. 1), während für den „Reha-Erfolg“ die Merkmale „Nachsorgevorbereitung“, „Psychotherapeutische Betreuung“ und „Behandlungs-maßnahmen“ am bedeutsamsten sind (zusammen 39,4% Varianzaufklärung).

Abb 1: Relative Bedeutung von 12 Teilleistungsbereichen einer Psychosomatischen Klinik im Spiegel einer schrittweisen Regression mit dem Kriterium Reha-Zufriedenheit; (inkrementelle) Varianzerklärungsanteile in %

Diskussion und Fazit

Schrittweise Regressionsanalysen weisen darauf hin, dass bei beiden Kriterien vor allem die „Psychotherapeutische Betreuung“ und die „Nachsorgevorbereitung“ eine zentrale Rolle spielen. Insbesondere der zweite Punkt erscheint bemerkenswert, da dieser Aspekt in der Regel am kritischsten bewertet wird. Hier besteht also Potential, die Rehabilitanden-zufriedenheit zu verbessern. Im Vergleich zu diesen und anderen Merkmalen der eigentlichen rehabilitativen Versorgung spielen Hotellerie-Faktoren eine eher nachrangige Rolle gegenüber dem therapeutischen Millieu (Köllner, Bassler, 2021), wenngleich aber auch diese mit den Kriterien korrelieren. Die Vorstellung, vor allem das Essen würde über die Bewertung der Rehabilitation entscheiden, ließ sich somit nicht bestätigen.

Take-Home-Message

Eine hochwertige psychotherapeutische Betreuung und eine gute Nachsorgevorbereitung spielen für die Rehabilitanden bezüglich ihrer Zufriedenheit mit der Rehabilitation und dem subjektiven Reha-Erfolg eine entscheidende Rolle.

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).

Köllner, V., Bassler, M. (2021): Therapeutisches Millieu. In: Köllner, V., Bassler, M. (Hg): Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation. München: Elsevier, S. 144-151.

Ostholt-Corsten, M. (2021): Reha-Qualitätssicherung. In: Köllner V, Bassler M (Hg):Praxishandbuch Psycho-somatische Medizin in der Rehabilitation. München: Elsevier, 2021; S. 207-214.

Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W.W. (1989): Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychother med Psychol, 39, 248-255.

Schmidt, J., Nübling, R., Steffanowski, A., Kriz, D., Wittmann, W. W. (2008): Die Kurzskala BESS zur direkten Veränderungsmessung – Zusammenfassende Befunde aus mehreren Studien. DRV-Schriften, Band 77, 101-103.

Ergebnisse eines „MBOR-Check-ups“ in den Kliniken der RehaZentren Baden-Württemberg aus unterschiedlicher Perspektive

Udo Kaiser[1]; Rüdiger Nübling[1]; Jürgen Schmidt[1]; Wolfgang Bürger[2]; Robert Nechwatal[3]; Constanze Schaal[4]

[1] Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen;
[2] fbg forschung und beratung im gesundheitswesen;
[3] RehaZentren Baden-Württemberg gGmbH, Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl;
[4] RehaZentren Baden-Württemberg gGmbH

Hintergrund und Zielstellung

Für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) wurden Anforderungsprofile entwickelt, die für alle DRV-belegten Kliniken verpflichtend sind (Streibelt, Puhlemann, 2020). In den Phasen der Entwicklung und Implementierung von MBOR-Konzepten fehlen den Kliniken häufig Anhaltspunkte über den Umsetzungsgrad bzw. inwieweit sie die Konzepte klinikintern anpassen müssen. Daher ist es hilfreich, MBOR- Konzepte einer Stärken- und Schwächenanalyse (MBOR-Check-up) zu unterziehen (Kaiser et al., 2020). Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass die aus der Perspektive der Rehabilitand*innen wahrgenommene MBOR-Umsetzung noch suboptimal ist (Bürger et al., 2020). Gleichzeitig beeinflusst die Wahrnehmung des MBOR-Angebotes durch die Nutzer zentrale, für die Belegungssteuerung relevante Qualitätsparameter der externen Qualitätssicherung, was für die Kliniken ein zusätzlicher Anreiz für eine gute MBOR- Umsetzung sein muss (Kaiser et al., 2020).

Basierend auf erprobten Instrumenten und Methoden des Qualitätsmanagements wurde eine modulare Systematik entwickelt, die eine Aussage über den MBOR-Umsetzungsgrad in Kliniken aus unterschiedlicher Perspektive erlaubt (Kaiser et. al., 2020) und Kennzahlen zur Verfügung stellt, die helfen, die MBOR-Umsetzung kontinuierlich zu monitoren und gezielt weiterzuentwickeln.

Methoden

Unter dem Dach der RehaZentren Baden-Württemberg (RZ-BW) finden sich neun Rehakliniken. Die in den Kliniken vorhandenen MBOR-Strukturen und -prozesse wurden im Sinne eines Soll-Ist-Vergleiches vom Reha-Team und einem externen Auditor in folgenden Arbeitsschritten bewertet:

- Konzeptanalyse (Sichtung vorhandener MBOR-Konzepte)
- Selbstbewertung MBOR-Umsetzung durch das Reha-Team
- Fokusgruppe mit Reha-Team auf der Basis der Selbstbewertung und der Konzepte
- Stärken- / Schwächenanalyse in Berichtsform mit Ableitung von Optimierungspotenzialen und Maßnahmen
- Rückmeldungen und Gruppendiskussionen: Reha-Team jeder Klinik, Geschäftsführung und Chefärzt*innenkonferenz RZ-BW

Zur Einschätzung der MBOR-Orientierung wurde die „Skala zur Wahrnehmung der beruflichen Orientierung der Reha-Maßnahme“ (Bürger et al., 2020) in einer auf die Mitarbeitenden adaptierten Form eingesetzt. Aufgrund der zum Zeitpunkt der Audits vorhandenen Rahmenbedingungen in den Kliniken (Folgen der Pandemie, Fachkräftemangel etc.) wurde auf eine Befragung der Rehabilitand*innen verzichtet.

Ergebnisse

Die Selbst- und Fremdbewertung des MBOR-Umsetzungsgrades zeigt bei den meisten Kliniken eine hohe Übereinstimmung (Abb. 1). Für die Klinikgruppe liegt der durchschnittliche Umsetzungsgrad der Selbstbewertung bei 80,0%, in der Fremdbewertung bei 75,3%. In einer Globaleinschätzung (Skala von 0-10) wird der MBOR-Umsetzungsgrad vom Reha-Team mit Werten zwischen 4 und 9 angegeben. Für die Klinikgruppe ergibt sich in der Selbstbewertung ein Mittelwert von 7,5, in der Fremdbewertung von 7,0.

Abb. 1: MBOR-Umsetzungstrad (Klinikgruppe in %)

Die unterschiedlichen Aspekte der MBOR-Orientierung im Klinikalltag (Abb. 2) zeigen in der Selbstbewertung Mittelwerte zwischen 3,6 und 3,9. Für die Fremdbewertung fallen diese etwas geringer aus (MW 3,3-3,5) aus. Für die Klinikgruppe ergibt sich in der Gesamtbewertung (Summenskala) aus Sicht des Reha-Teams ein Wert von 92,4%. Die Fremdbewertung fällt mit 82,6% etwas geringer aus.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse einen hohen MBOR-Umsetzungsgrad, was auch den motivierten und engagierten Reha-Teams zuzuschreiben ist. Im gesamten Bewertungs- und Rückmeldeprozess haben sich folgende Themen zur Weiterentwicklung der MBOR herauskristallisiert:

- Erreichung der Fallzahlen / Sicherstellung der frühzeitigen Identifikation der Zielgruppen
- Anpassung der Ein- und Ausschlusskriterien
- Herausarbeitung von indikativen Einflussgrößen auf BBPL
- Stärkere Berücksichtigung psychosozialer Aspekte in Diagnostik und Therapie
- Stärkere Einbeziehung des Reha-Teams (Diagnostik, MBOR-Fallbesprechungen etc.) und der Rehabilitand*innen (Ziele, Behandlungsplanung)
- Prüfung der strukturellen Voraussetzungen (einschl. Fort- und Weiterbildung Reh-Team)
- MBOR-Integration in das QMS der Kliniken und der Klinikgruppe (MBOR- Steuerungsgruppe, Kennzahlensystem, Benchmarking, „Lernen von den Besten“, Nutzerbefragungen, etc.)

Abb. 2: MBOR-Orientierung (Mittelwert; 1=nein, 2=eher nein, 3=eher ja, 4=ja)

Diskussion und Fazit

Mit dem MBOR-Audit konnten für die RZ-BW die MBOR-Umsetzung aus unterschiedlicher Perspektive bewertet, Optimierungspotenziale abgeleitet und mögliche Maßnahmen zur Weiterentwicklung diskutiert und initiiert werden. Bedingt durch die zunehmende Bedeutung der MBOR erscheint es notwendig, zu überlegen, wie die Kliniken und auch die Klinikgruppe in ihrem internen Qualitätsmanagement Instrumente integrieren können, die zu einer zielgerichteten kontinuierlichen Weiterentwicklung der MBOR beitragen können. Hierbei sollte, wenn immer möglich, auch die Nutzerperspektive einbezogen werden.

Take-Home-Message

Eine gute und wahrnehmbare MBOR-Umsetzung generiert einen Wettbewerbsvorteil, so dass Kliniken alle Möglichkeiten nutzen sollten, diese kontinuierlich zu monitoren und weiterzuentwickeln.

Literatur

Bürger, W., Nübling, R., Henn, J., Streibelt, M. (2020): „MBOR-R“ - Medizinisch-Berufliche Orientierung der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Entwicklung, Erprobung und Validierung eines standardisierten Fragebogens zur Bewertung der Erwerbsorientierung der Medizinischen Rehabilitation. Prax Klin Verhaltensmed Rehab, 33. 24-41.

Kaiser, U., Nübling, R., Schmidt, J., Bürger, W. (2020): MBOR-Check-up: modulare Bewertungsmethoden zur Standortbestimmung und Weiterentwicklung von MBOR-Konzepten in Reha-Kliniken. Prax Klin Verhaltensmed Rehab, 33. 86-102.

Streibelt, M., Puhlemann, L. (2020): Das Anforderungsprofil MBOR in der Version 2019. Prax Klin Verhaltensmed Rehab, 33. 14–23.

Förderung: RehaZentren der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg

Externe und interne Rehabilitandenbefragung im Kontext der aktuellen qualitätsorientierten Belegungssteuerung

Rüdiger Nübling; Jürgen Schmidt; Udo Kaiser

Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen

Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitandenbefragungen sind Input für das klinikinterne Qualitätsmanagement und Grundlage für die Evaluation und Steuerung qualitätsrelevanter Prozesse (Nübling et al., 2018). Seit Juli 2023 ist die neue qualitätsorientierte Belegungssteuerung der DRV in Kraft (Weinbrenner et al., 2022), in der Reha-Zufriedenheit und Reha-Erfolg mehr noch als bisher schon zu zentralen Faktoren für die Belegung von Rehakliniken durch die DRV werden. Umso wichtiger wird es für Kliniken, diese Parameter durch ein Monitoring über kontinuierliche klinik- und/oder trägerinterne Befragungen zu verfolgen und damit ggf. bei schlechteren bzw. sich verschlechternden Ergebnissen rechtzeitig gegensteuern zu können. Entscheidend dabei ist der Grad der Übereinstimmung von Ergebnissen einer internen und

mit denen der externen DRV-Befragung sowie deren zeitnahe Verfügbarkeit für das interne QM und Klinikleitung. Im vorliegenden Beitrag werden interne und externen Befragung verglichen.

Methoden

Grundlage für die Analysen sind Qualitätsdaten der internen GfQG-Befragung aus dem Jahr 2022 von n=115 Abteilungen bzw. 75 Kliniken mit ca. 85.000 Rehabilitanden, die den auf der neuen DRV-Plattform www.meine-rehabilitation.de publizierten Ergebnissen zur externen QS gegenübergestellt werden. Zur Überprüfung der Übereinstimmung wurden die Mittelwerte je Klinik/Abteilung für Reha-Zufriedenheit (Skala ZUF8) und Reha-Erfolg (Skala BESS) der internen Befragung sowie die auf der DRV-Plattform verfügbaren Qualitätsparameter Gesamtqualität, Reha-Zufriedenheit, Reha-Erfolg, Reha-Therapiestandards, Therapeutische Versorgung und Peer-Review in eine Datenbank eingelesen. Zusätzlich wurden mit den Daten der internen Befragung die beiden externen Parameter Reha-Zufriedenheit und -Erfolg nachgebildet. Berechnet werden Rangkorrelationen nach Spearman sowie Mittelwertsunterschiede (t-Tests für unabhängige Stichproben).

Der GfQG-Fragebogen wurde auf der Basis des DRV-Instrumentes entwickelt und wird seit 2005 in Kliniken unterschiedlicher Trägerschaft und Indikationsbereiche als fortlaufende Routineerhebung eingesetzt. Der Fragebogen ist testmethodisch hinsichtlich seiner Gütekriterien überprüft (Kriz et al., 2014) und wird im Sinne einer Vollerhebung kurz vor Reha - Ende an jeden behandelten Rehabilitanden ausgegeben. Die Ergebnisse werden quartalsweise an die Kliniken rückgemeldet (Nübling et al., 2018).

Ergebnisse

Die mittlere Rücklaufquote liegt für die interne Befragung bei ca. 80 %, für die externe DRV- Befragung werden für 2022 ca. 56 % berichtet (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022). Sowohl für Reha-Zufriedenheit sowie auch für Reha-Erfolg ergeben sich trotz der unterschiedlichen Messzeitpunkte (s.u.) eine Pearson-Rang-Korrelation um $r = .60$ (Tab. 1).

Die Zusammenhänge der nachgebildeten Parameter mit denen der externen Befragung sind dabei etwas höher, insbesondere für den Reha-Erfolg. Die Mittelwerte in Qualitätspunkten unterscheiden sich zwar signifikant, aber nur unwesentlich (Zufriedenheit: 73,5 vs. 76,3 / $T = 8,5$ / $p < .001$; Erfolg: 76,2 vs. 71,4 / $T = 11,7$ / $p < .001$; vgl. Abb. 1). Die Korrelationen mit den anderen externen Parametern sind demgegenüber meist niedrig und nicht signifikant.

Tab. 1: Vergleich Kennwerte externes QS-Programm (Basis: Portal https://meine-rehabilitation.de) mit Parametern der internen Befragung (Gesamt 2022), nmax=115 Kliniken/Abteilungen; Rangkorrelationen (Spearman)

	GfQG-Routinebefragung (Reha-Ende) (jeweils r_s/ p / N)			
Qualitätsindikatoren externes QS-Programm der DRV (drei Monate nach Reha)	Reha-Zufriedenheit ZUF8	Reha-Erfolg BESS8	Reha-Zufriedenheit RZ-DRV	Reha-Erfolg RE-DRV
Rehabilitandenzufriedenheit	**.59** 000 / 114	**.31** 001 / 115	**.63** .000 / 113	**.38** .000 / 112
Rehabilitationserfolg	**.57** 000 / 114	**.46** .000 / 115	**.51** .000 / 113	**.56** .000 / 112
Therapeutische Versorgung	.13 .185 / 112	.12 .210 / 113	**.24** .010 / 111	.17 .074 / 110
Peer Review	.15 .124 / 109	.19 .046 / 110	.16 .097 / 108	**.31** .001 / 107
Reha-Therapie-Standards RTS	-.03 .786 / 111	.10 .310 / 112	.07 .494 / 110	.09 .344 / 109
Gesamtqualität	**.39** .000 / 114	**.31** .001 / 115	**.45** .000 / 113	**.41** .001 / 112

Legende: ZUF8 = Zufriedenheit mit der Behandlung (8-32, hohe Werte = hohe Zufriedenheit) / BESS8 = Gesundheitliche Veränderungen (1-40, hohe Werte = viele positive Veränderungen / MQI = Multipler Qualitätsindex (Gesamtindex aus 12 Skalen, hohe Werte = positive Gesamtbeurteilung) / RZ-DRV/RE-DRV = Nachbildungen der beiden externen DRV Parameter Reha-Zufriedenheit und -Erfolg auf der Basis der internen Daten / r_s = Rangkorrelation nach Spearman / p = Irrtumswahrscheinlichkeit (2-seitig) / N = Anzahl Vergleiche/Fachabteilungen

Abb. 1: Reha-Zufriedenheit, Korrelation externe und interne Befragung, n = 114 Kliniken/Abteilungen; in Qualitätspunkten (QP; Range 0-100)

Diskussion und Fazit

Obwohl die beiden Befragungen nur partiell vergleichbar sind (extern: Stichprobenerhebung 8-12 Wochen nach Reha-Ende, nur Versicherte des federführenden Belegers, Ergebnisrückmeldung ca. 1-1½ Jahre nach Datenerhebung / intern: Vollerhebung Reha-Ende, Rückmeldung ca. 4-6 Wochen nach Quartals-/Jahresende; vgl. Nübling et al. 2018), stimmen die wichtigen Qualitätsparameter Reha-Zufriedenheit und -Erfolg in hohem Maße überein (Cohen, 1992).

Take-Home-Message

Interne und externe Patientenbefragung sind keine Alternativen, sondern können sich gut ergänzen. Der hohe Zusammenhang zwischen den beiden Befragungsformen legt nahe, dass Kliniken auf der Basis der fortlaufenden internen Befragung sehr gut ihre Ergebnisse in der belegungsbestimmenden externen DRV-Befragung „vorhersehen“ und damit ggf. zeitnah Verbesserungen einleiten können.

Literatur

Cohen, J. (1992): A power primer. In: Psychological Bulletin 112 (1), S. 155–159.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2022): Reha-Bericht 2022. Berlin. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/-Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2022.pdf?__blob=publicationFile&v=6, zuletzt aktualisiert am 28.09.2023.

Kriz, D., Nübling, R., Schmidt, J. (2014): Psychometrische Analyse einer kontinuierlichen Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung (Hg.): DRV-Schriften - Band 103. Berlin: DRV Bund, S. 185–187.

Nübling, R., Kaiser, U., Kriz, D., Schmidt, J. (2018): Bedeutung von Patient Reported Outcomes (PROs) für Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation - Fortlaufendes Qualitätsmonitoring durch kontinuierliche Rehabilitandenbefragungen. In: Prax Klin Verhaltensmed Rehab 31 (103), S. 182–195.

Weinbrenner, S., Kayser, E. L., Moser, N.-T., Siebert, T. (2022): Qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl in der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 65 (3), S. 319–326. DOI: 10.1007/s00103-022-03501-6.

Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens aus Perspektive der Koordinator:innen unter Berücksichtigung ihrer Erfahrenheit

Gwendolyn Schmitt[1]; Simone Telenga[1]; Annika Hambrecht[1];
Max Hassenstein[2]; Sophie Janzen[2]; Edith Andres[2]; Björn Broge[2]; Eva Maria Bitzer[1]

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

Hintergrund und Zielstellung

QS-Reha® ist das externe, bundesweit verbindliche Qualitätssicherungsverfahren für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag mit der Gesetzlichen Krankenversicherung haben. Seit 2010 in der Fläche implementiert, verläuft die Erhebung, Auswertung und Rückmeldung der Ergebnisse in Zyklen, die jeweils einen Zeitraum von drei Jahren umfassen. Damit QS-Reha® in den teilnehmenden Fachabteilungen (FA) reibungslos abläuft, benennen diese eine Person, die für die Koordination in den Einrichtungen vor Ort zuständig ist. Die in den FA erhobenen Daten gehen an die

unabhängige Auswertungsstelle (uA) nach §137d, die diese auswertet und Ergebnisberichte erstellt. Die uA unterstützt die teilnehmenden FA durch ein digitales Portal (Extranet). Im Falle von technischen oder inhaltlichen Fragen können Koordinator:innen über den *Support* direkt Kontakt mit der uA aufnehmen. Die Organisation von QS-Reha® in Zyklen bedingt, dass die mit der Durchführung in den FA verbundenen Aufgaben nur alle drei Jahre, d. h. in relativ großen zeitlichen Abständen anfallen. Anzunehmen ist, dass Personalfluktuation und Fachkräftemangel sich auch auf die Kontinuität des mit der Durchführung betrauten Personals auswirken. Die vorliegende Studie untersucht, zu welchem Grad es der uA gelingt, Koordinator:innen und FA bedarfsgerecht, d. h. unabhängig davon, wie viel oder wenig Erfahrung sie mit QS-Reha® haben, in der Handhabung des Verfahrens zu unterstützen.

Methoden

Wir kontaktierten im Zeitraum vom 25.05. bis 21.06.2023 alle 532 Koordinator:innen der am QS-Reha®-Verfahren im 4. Zyklus (2020-2023) teilnehmenden Einrichtungen per E-Mail und luden sie zu einer einmaligen, standardisierten, anonymen querschnittlichen Online-Befragung ein. Der Fragebogen beinhaltete neben Angaben zur Person (u. a. berufliche Position, Erfahrenheit im Umgang mit QS-Reha® und zur Einrichtung) weitere Fragenblöcke, z. B. zur Inanspruchnahme des *Supports* und zur Zufriedenheit mit Elementen des Extranets. Die Teilnehmenden wurden gebeten, ihre Antwort auf einer vierstufigen Likert-Skala anzugeben. Deskriptive und gruppenvergleichende Analysen der Daten erfolgten mithilfe von IBM SPSS Statistics Version 29.

Ergebnisse

Etwa die Hälfte der Koordinator:innen hat sich an der Befragung beteiligt ($n = 269$, Rücklaufquote 50,6 %). Die Korrelation nach Spearman zeigt einen signifikanten hohen positiven Zusammenhang zwischen der Erfahrenheit der Koordinator:innen und der Erfahrenheit der FA (in Bezug auf die Teilnahme an QS-Reha®) ($r = 0{,}423$, $p < 0{,}001$, $n = 250$). Die längst mögliche Erfahrung, d. h. Beteiligung an allen vier seit 2010 durchgeführten Zyklen, haben nur 16,7 % der Koordinator:innen („sehr erfahren“), aber 37,2 % der FA. Wenig Erfahrung, die sich ausschließlich auf den jüngsten, im Jahr 2023 abgeschlossenen Zyklus bezieht, haben 29,4 % der Koordinator:innen („unerfahren“), wohingegen lediglich 8,6 % der FA erstmalig am letzten Zyklus beteiligt waren.

Es zeigen sich nur wenig substanzielle, aber in der Regel nicht statistisch signifikante Unterschiede zwischen unerfahrenen und sehr erfahrenen Koordinator:innen in Bezug auf

- die Häufigkeit von Supportanfragen (z. B. haben 24,1 % der Unerfahrenen und 26,7 % der sehr Erfahrenen den Support gar nicht kontaktiert [$\chi^2(12) = 9{,}307$, $p = 0{,}676$]),
- die Art der Supportanfragen (inhaltliche Fragen hatten 70,0 % der Unerfahrenen und 54,5 % der Erfahrenen, die den Support kontaktierten [$\chi^2(3) = 4{,}344$, $p = 0{,}227$]; Fragen zur technischen Handhabung waren bei 38,3 % der Unerfahrenen und bei 51,5 % der Erfahrenen Anlass, den Support zu kontaktieren [$\chi^2(3) = 2{,}472$, $p = 0{,}480$]).

Manche der im jüngsten Zyklus eingeführten, v. a. technischen Neuerungen, stoßen bei den Unerfahrenen tendenziell auf höhere Akzeptanz als bei den sehr Erfahrenen: Die Aussage „das Extranet erleichtert die Dokumentation“ lehnen nur 13,2 % der Unerfahrenen, aber

24,4 % der sehr Erfahrenen ab [$\chi^2(6) = 3{,}390$, $p = 0{,}758$]; nur 7,0 % der Unerfahrenen findet den „FAQ-Bereich“ nicht hilfreich, aber 20,5 % der sehr Erfahrenen [$\chi^2(6) = 6{,}498$, $p = 0{,}370$].

Diskussion und Fazit

Selbst bei personeller Kontinuität erschwert die auf drei Jahre angelegte zyklische Struktur des QS-Reha®-Verfahrens den Aufbau und die Aufrechterhaltung standardisierter Prozessabläufe in den FA - noch schwerer wird es im Fall von personeller Diskontinuität.
Als solche interpretieren wir den hohen Anteil wenig bis unerfahrener QS - Reha® - Koordinator:innen in einem Programm, das seit 12 Jahren flächendeckend implementiert ist. Umso wichtiger ist es, dass die Akzeptanz und Zufriedenheit mit den von der uA zur Verfügung gestellten Ressourcen gut ist und sich der Faktor „Erfahrenheit“ nur tendenziell, aber nicht signifikant bemerkbar macht.

Take-Home-Message

Die Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens in den Reha-Einrichtungen gelingt auch bei hoher personeller Diskontinuität, was auf ein leicht verständliches, nachvollziehbares Verfahren und ein gutes Informationsangebot vonseiten der uA hindeutet.

Literatur

GKV-Spitzenverband (2023): Das QS-Reha®-Verfahren. URL: http://www.qs-reha.de. Abruf: 30.10.2023.

Wie entwickelt sich die Prozessqualität im Zeitverlauf? Ergebnisse des Peer Review in der psychosomatischen Rehabilitation

Stefanie Märtin; Astrid Steinbrecher

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Im Peer Review der medizinischen Rehabilitation wird die Prozessqualität der Rehabilitation in den häufigsten somatischen und psychosomatischen Indikationen sowie bei Abhängigkeitserkrankungen untersucht.

Mit Fokus auf das Peer Review Psychosomatik wird betrachtet, inwiefern sich die Ergebnisse zur Prozessqualität im Verlauf der letzten Verfahren verändert haben.

Methoden

Die psychosomatische Rehabilitation wurde im Peer Review zuletzt in der

- Begutachtung 2022-2023, Datengrundlage: Reha-Ende Januar bis Juni 2022,
- Begutachtung 2020, Datengrundlage: Reha-Ende Februar bis Juli 2019,
- Begutachtung 2016-17, Datengrundlage: Reha-Ende April bis Juni 2016,

untersucht. Die Begutachtung erfolgte, indem geschulte psychosomatische Peers eine Zufallsstichprobe anonymisierter Reha-Entlassungsberichte und Therapiepläne entlang einer standardisierten Checkliste bewerteten (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016; Märtin, Baumann, 2022).

Die Stichprobe umfasst N=2.354 (2016), N=2.284 (2019) bzw. N=2.834 (2022).

Die Bewertung erfolgt in 5 Prozessbereichen (Anamnese; Diagnostik; Reha-Ziele, -Verlauf und -Ergebnis; Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung; Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge) in Form einer 4-stufigen Mangelskala (keine, leichte, deutliche, gravierende) und durch die Vergabe von Punkten (0 – sehr schlecht bis 10 sehr gut). Beide Metriken können als Qualitätspunkte (Skala 0-100, 100 entspricht Qualitätsoptimum) zusammengefasst werden. Die Ergebnisse der einzelnen Reha-Entlassungsberichte werden für jeden Prozessbereich aber auch für den Prozess insgesamt aggregiert.

Ergebnisse

Betrachtet man die Qualitätspunkte, welche von den psychosomatischen Fachabteilungen insgesamt erreicht wurden, bildet sich eine gute Qualität der untersuchten Reha-Prozesse ab. Im Mittel werden 73 bis 74 Qualitätspunkte erreicht. Das Bild ist über die letzten drei Verfahren hinweg sehr stabil (Abb. 1).

Begibt man sich auf die Ebene der Prozessbereiche, zeigen sich Veränderungen im Zeitverlauf (Abb. 2). So wiesen bspw. im Peer Review mit Datengrundlage 2016 noch 24 % der Fachabteilungen im Prozessbereich „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“ deutliche oder gravierende Mängel auf. 2019 waren es nur noch 15 %, 2022 wieder 20 %. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich bezüglich der „Anamnese“. Beim Bereich „Diagnostik“ und „Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge“ stellt sich der Verlauf umgekehrt dar, hier ist von 2016 mit einem begrenzten Anteil deutlicher oder gravierender Mängel zu 2019 ein Anstieg zu verzeichnen, der zum 2022-er Verfahren wieder rückläufig ist.

Demgegenüber fällt auf, dass die Mängel im Bereich „Reha-Ziele, -Verlauf und -Ergebnis“ trotz einer minimalen Reduktion im Zeitverlauf höher ausfallen (22 bis 24 % deutliche / gravierende Mängel) als in den anderen Prozessbereichen.

Abb. 1: Erreichte Qualitätspunkte der psychosomatischen Fachabteilungen im Peer Review insgesamt

Abb. 2: Anteil deutlicher / gravierender Mängel in den Prozessbereichen

Diskussion und Fazit

Die Qualität der untersuchten Reha-Prozesse in der Psychosomatik stellt sich im Zeitverlauf insgesamt gut und stabil dar. Betrachtet man die einzelnen Prozessbereiche, sind jedoch fast überall Veränderungen zu erkennen, u. a. im Anteil der festgestellten Mängel. Aus Sicht der Rentenversicherung ist wünschenswert, dass sich Fachabteilungen mit ihren QS- Ergebnissen auseinandersetzen. Es ist insofern denkbar, dass die – je nach Sachverhalt verstärkte oder reduzierte – Auseinandersetzung mit erzielten Mängelbewertungen im Zuge des internen Qualitätsmanagements ursächlich für diese Veränderungen ist. Weitere Gründe sind im Austausch mit Praktiker*innen und Wissenschaftler*innen vor Ort zu erörtern.

Take-Home-Message

Im Peer Review der medizinischen Rehabilitation wird die Prozessqualität untersucht. Betrachtet man die Qualitätspunkte, welche von den psychosomatischen Fachabteilungen insgesamt erreicht wurden, bildet sich in allen betrachteten Jahren eine gute Qualität der untersuchten Reha-Prozesse ab (73 bis 74 Qualitätspunkte im Mittel). Auf der Ebene der bewerteten Prozessbereiche zeigen sich dagegen Veränderungen im Zeitverlauf.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016): Peer Review – Psychosomatik und Sucht. Berlin (abrufbar unter www.reha-qs-drv.de > Peer Review-Verfahren).

Märtin, St., Baumann, N. (2022): Das Peer Review der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse des Verfahrens Psychosomatik / Sucht. DRV-Schriften, Band 126, S. 140- 143.

Anforderungen an die Begleitperson von behinderten Menschen bei einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 44b SGB V)

Dörte Busch

Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Seit dem 01.11.2022 gibt es einen Anspruch auf eine neue Art von Krankengeld für eine bei stationärer Behandlung mitaufgenommene, sozialversicherte Begleitperson eines behinderten Menschen (§ 2 SGB IX) aus seinem engsten persönlichen Umfeld (§ 44b SGB V). Ziel ist die Bestimmung des krankengeldberechtigten Kreises der Begleitpersonen nach § 44b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 SGB V. Die Begleitperson muss in persönlicher Beziehung zum Menschen mit Behinderung stehen, entweder als naher Angehöriger (iS § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz) oder aus seinem engsten persönlichen Umfeld stammen, ihm gegenüber keine Leistungen der Eingliederungshilfe erbringen und einen Verdienstausfall verzeichnen. In das Eingliederungshilferecht (2. Teil des SGB IX) wurde mit § 113 Abs. 6 SGB IX eine korrelierende Vorschrift eingeführt, nach der eine vertraute Bezugsperson den Menschen mit Behinderung in das Krankenhaus begleiten kann, die bereits Eingliederungshilfeleistungen insbesondere aus einem Rechtsverhältnis heraus mit einem Leistungserbringer erbringen. Ziel ist es gesamtsystemisch festzustellen, ob eine umfassende Krankenhausbegleitung von Menschen mit Behinderungen gewährleistet ist.

Methoden

Auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen werden die Literatur und Rechtsprechung zur Formulierung von Ergebnissen auf Basis der juristischen Methodenlehre ausgewertet.

Ergebnisse

Die Bestimmung der Begleitpersonen als naher Angehöriger ist nicht mit Schwierigkeiten verbunden. Die weitere Bestimmung der berechtigten Personen muss vor dem Hintergrund, dass Menschen mit Behinderungen Sozialleistungen (insbesondere Eingliederungshilfe) wegen ihrer Behinderung beziehen und auch in besonderen Wohnformen leben, Berücksichtigung finden. § 44b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 b) SGB V verlangt eine Person aus dem „engsten persönlichen Umfeld“, ist nicht restriktiv auszulegen. Wenn es zwischen dem im Krankenhaus zu behandelnden Menschen mit Behinderungen und der potentiellen Begleitperson ein Vertrauensverhältnis besteht, das die Aussicht auf eine gelingende Begleitung bietet, sollte sie als eine geeignete Begleitperson iS von § 44b SGB V anerkannt werden. Es kann zu einer nicht vollständigen Absicherung der Begleitung kommen, wenn es Begleitpersonen sind, die in Verbindung mit dem Erbringen von Eingliederungshilfeleistungen stehen. Hier muss der Berechtigtenkreis zu Gunsten der Menschen mit Behinderungen geschärft werden.

Diskussion und Fazit

§ 44b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 b) SGB V verlangt eine Person aus dem „engsten persönlichen Umfeld“ und die Auslegung dieses Merkmals ist zu diskutieren. Eine restirkitve Auslegung ist dabei abzulehnen. Wenn es zwischen dem im Krankenhaus zu behandelnden Menschen mit Behinderungen und der potentiellen Begleitperson ein Vertrauensverhältnis besteht, das die Aussicht auf eine gelingende Begleitung bietet, sollte sie als eine geeignete Begleitperson i. S. von § 44b SGB V anerkannt werden.

Der Kreis der Begleitpersonen, der gegenüber dem Menschen mit Behinderungen bereits Eingliederungshilfeleistungen erbringt, und damit vom Krankengeld - Anspruch nach § 44b SGB V ausgeschlossen ist, muss - auch im Kontext der korrelierenden Vorschrift des § 113 Abs. 6 SGB V - diskutiert werden. Dies kann u.U. zu Lücken in der Berechtigung zur Krankenhausbegleitung führen.

Take-Home-Message

An das Merkmal der Begleitperson aus dem "engsten persönlichen Umfeld" sind keine überspannten Anforderungen zu stellen und der (Nicht)Ausschluss der Begleitperson wegen der Erbringung von Eingliederungshilfeleistungen bedarf der weiteren Diskussion.

Literatur

Busch, D. (2023): Der neue Anspruch auf Krankengeld für Personen, die Menschen mit Behinderungen (§ 2 SGB IX) bei einer stationären Krankenhausbehandlung begleiten, § 44b SGB V; Beitrag A2-2023 unter www.reha-recht.de; 13.01.2023.

Busch, D., Rabe-Rosendahl, C. (2023): Die neuen deutschen Regelungen im Sozialversicherungsrecht zur Begleitung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus durch vertraute Bezugspersonen (§ 44b SGB V): in: Brameshuber/Blasch (Hrsg): Sozialversicherungsrecht Jahrbuch 2023, 219.

Janßen, C. (2021): Die Neuregelungen zur Assistenz im Krankenhaus; Beitrag A41-2021 unter www.reha-recht.de; 26.11.2021

Seidel, M. (2023): Menschen mit Behinderung: Assistenz im Krankenhaus, Dtsch Arztebl 2023; 120(12): A-538 / B-458.

Ansprüche auf Rehabilitation und Assistenz für Freiwilligendienstleistende

Felix Welti

Universität Kassel

Hintergrund und Zielstellung

Die Dienste nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz (BFDG) und dem Jugendfreiwilligendienstgesetz (JFGD) sind wichtige Bestandteile des deutschen Sozialwesens. Sie sollen der Persönlichkeitsentwicklung und Bildung der Freiwilligen dienen. Sie sind Teil des Lebenslaufs vieler Menschen und bringen diese mit relevanten Feldern des ehrenamtlichen Engagements und der beruflichen Entfaltung in Kontakt. 2022 leisteten 36.255 Personen einen Bundes-

freiwilligendienst (BFD) und ca. 70.000 Personen ein Freiwilliges Jahr im Jahrgang 2021/2022 nach dem JFGD.

Für Menschen mit Behinderungen liegt darin eine Möglichkeit, die eigene Bildung und Persönlichkeitsentwicklung zu fördern und Erfahrungen in einem möglichen Berufsfeld zu sammeln.

Eine Übernahme von Kosten durch Integrationsämter oder die Bundesagentur für Arbeit als Arbeitsassistenz ist, soweit bekannt, stets abgelehnt worden. Als Leistungen zur Sozialen Teilhabe der Eingliederungshilfe sind Assistenzleistungen für Freiwillige in einigen Fällen übernommen, in anderen abgelehnt worden. Rechtsprechung ist nicht bekannt.

Es muss dringend vermutet werden, dass die aktuell ungeklärte Rechtslage Einsatzstellen davon abhält, Menschen mit Behinderungen als Freiwillige aufzunehmen und Menschen mit Behinderungen von Bewerbungen für einen Freiwilligendienst absehen. Möglicherweise verzichten auch potenzielle Einsatzstellen darauf, sich überhaupt am Freiwilligendienst zu beteiligen.

Methoden

Die möglichen Ansprüche auf unterstützende Teilhabeleistungen für Freiweillige im BFD und FSJ werden mit rechtswissenschaftlichen Methoden nach Wortlaut, Sinn und Zweck sowie Systematik und im Rahmen einer verfassungs-, EU- und völkerrechtskonformen Auslegung geprüft. Es werden rechtsystematische Vorschläge zur Klärung der Rechtslage entwickelt.

Ergebnisse

Die vorgefundene Rechtslage zeigt auf, dass es mehrere Ansprüche auf Assistenz für Freiwillige mit Behinderungen gibt. Umfassend ist der Anspruch schwerbehinderter Freiwilliger auf behinderungsgerechte Arbeitsbedingungen nach § 13 BFDG und § 13 JFGD mit § 164 Abs. 2 und 4 SGB IX. Dieser umfasst die Möglichkeit eines Freiwilligendienstes mit Assistenz und dessen Organisation und Finanzierung. Er ist gegen die Einsatzstelle durch die Zumutbarkeit und Verhältnismäßigkeit der Aufwendungen beschränkt. Einen Anspruch unmittelbar gegen den Bund haben die Freiwilligen im BFDG. Die Einsatzstellen des BFD haben einen Anspruch gegen den Bund auf Ersatz der Aufwendungen für Assistenz. Beim FSJ ist der Anspruch der Freiwilligen nur gegen die Einsatzstelle gerichtet.

Ein Anspruch gegen die Integrationsämter auf Arbeitsassistenz als begleitende Hilfe im Arbeitsleben besteht nicht.

Es besteht ein Anspruch gegen die Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (gesetzliche Unfallversicherung, soziale Entschädigung, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit) auf Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Freiwillige, wenn deren Voraussetzungen vorliegen.

Es besteht ein Anspruch gegen die Träger der Leistungen zur Teilhabe an Bildung und der Leistungen zur Sozialen Teilhabe(gesetzliche Unfallversicherung, soziale Entschädigung, Kinder- und Jugendhilfe, Eingliederungshilfe) auf Assistenz für behinderte (außer bei der Unfallversicherung: wesentlich behinderte) Freiwillige, wenn deren Voraussetzungen vorliegen.

Bei keinem der genannten Sozialleistungsträger können Assistenzleistungen für alle behinderten Freiwilligen beansprucht werden, die diese benötigen. Bei den Leistungen zur

Teilhabe am Arbeitsleben sind die Ansprüche auf die Fälle beschränkt, in denen ein Bezug zur weiteren Erwerbsfähigkeit und Erlangung eines Arbeitsplatzes hergestellt werden kann. Bei den Leistungen zur Sozialen Teilhabe besteht eine Nachrangigkeit zu allen anderen, auch ehrenamtlichen und familiären, Unterstützungsmöglichkeiten.

Selbst bei optimaler Erschließung der geprüften Ansprüche bestehen Lücken .

Die Rechtslage steht mit den Anforderungen aus Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG, Art. 5, 19, 24, 27 und 30 UN-BRK sowie mit Art. 5 RL 2000/78/EG nicht in Übereinstimmung, da jedenfalls Konstellationen bestehen, in denen auf Assistenz angewiesene Menschen mit Behinderungen einen Freiwilligendienst nicht gleichberechtigt leisten können.

Diskussion und Fazit

Es wird eine Neuregelung empfohlen. Um die Rechtslage mit höherrangigem Recht in Einklang zu bringen, sollte eine Lösung gesucht werden, die für möglichst viele bzw. alle behinderten Freiwilligen einen bundeseinheitlichen und einheitlich administrierten Anspruch schafft.

Als mögliche Lösungen werden daher eine Regelung innerhalb des Rechts der Freiwilligendienste, eine Lösung unter Einbeziehung der Integrationsämter und eine Lösung unter Einbeziehung der Bundesagentur für Arbeit vorgeschlagen:

Take-Home-Message

Die Ansprüche auf Assistenz für Freiwillige im BFD und FSJ sind gesetzlich nicht klar geregelt, auch wenn viele Freiwillige Ansprüche gegen die Einsatzstellen auf Grundlage des BFDG, gegen die Träger der Eingliederungshilfe als Leistungen zur Teilhabe an Bildung oder sozialen Teilhabe oder gegen die Bundesagentur für Arbeit als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben können.

Literatur

von Boetticher, A., Kuhn-Zuber, G. (2022): Rehabilitationsrecht. Nomos.

Hinz-Rommel, W. (2019): Dicke Bretter bohren: Ein Fallbericht zur Inklusion in Freiwilligendiensten, Voluntaris 2019, 44.

Klenter (2011): Das Bundesfreiwilligendienstgesetz, AiB 2011, 656, 660.

Leube (2012): Bundes- und Jugendfreiwilligendienst – Rechte und Pflichten im Dreipersonenverhältnis, ZfSH/SGB 2012.

Leube (2017): Bundesfreiwilligendienst im Kontext des Europäischen Arbeitsrechts, ZTR 2017, 391.

Förderung: PARITÄTISCHER Bundesverband

Bewegungsförderliches Arbeiten durch Betriebliche Gesundheitsförderung – (k)eine Aufgabe für die Gesetzliche Unfallversicherung

Katja Nebe

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Bewegungsmangel schadet der Gesundheit. Körperliche Aktivitäten dienen der Erhaltung und Wiederherstellung der physischen und psychosozialen Gesundheit (DGRW, 2009). Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erbringt Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, auch im Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten". In der Lebenswelt Arbeiten verdeutlichen die Daten zur Arbeitsunfähigkeit (AU) die Folgen von Bewegungsarmut. Über 25 % aller AU-Tage treten infolge von Muskel- und Skeletterkrankungen auf. Multifaktoriell angelegte Programme zielen darauf, Gruppenaktivitäten zu initiieren und das individuelle Verhalten zu beeinflussen. Aufsuchende Maßnahmen am oder nahe am Arbeitsplatz sind erfolgreicher, z.B. „bewegte Pausen", bewegungsförderliche Räume zur Förderung von Bewegung und Reduzierung bzw. Unterbrechung langer Sitzzeiten (GKV- Spitzenverband, 2023). Arbeitgeber integrieren solche Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in ihre Strukturen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Kommt es zu Unfällen, stellt sich die Frage des Versicherungsschutzes. Von der Zuständigkeit der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) für die Maßnahmen im Rahmen der BGF hängt auch ab, ob und wie die GUV mit ihren Handlungsinstrumenten (vgl. § 14 SGB VII) die BGF unterstützen kann. Zu untersuchen ist daher, welchen Beitrag die GUV im Rahmen von BGF-Maßnahmen für ein „bewegungsförderliches Arbeitsfeld" spielt.

Methoden

Es wurden die eigenen Bekundungen verschiedener GUV-Träger im Wege der Internetrecherche sowie Gerichtsentscheidungen und juristische Sekundärliteratur im Wege der Textanalyse ausgewertet.

Ergebnisse

Das Bundessozialgericht (BSG) hat jüngst die Leistungspflicht der GUV für einen Unfall versagt, der sich anlässlich eines vom BGM im Rahmen der BGF veranstalteten Fußballturnieres ereignet hatte. Dabei hat das BSG die Gesundheitsförderung in Betrieben durch die GKV gem. § 20b SGB V erkannt, zugleich aber auch betont, dass der Gesetzgeber bei Ausführung dieser Leistungen keinen Versicherungsschutz durch die GUV begründen wollte (BSG, 2022). Das Literaturecho ist relativ verhalten, zeigt aber zugleich, dass die Frage des Versicherungsschutzes bei Maßnahmen der BGF tiefergehend zu diskutieren ist (Pionteck, Gashi, 2023).

Die Internetauftritte verschiedener GUV-Träger ergeben keine einheitliche Antwort auf die Frage nach der Reichweite des Unfallversicherungsschutzes durch die GUV bei BGF. Besonders weitgehend in ihren Aussagen, auch zur denkbaren unfallversicherungsrechtlichen Absicherung, ist eine Broschüre der DGUV (DGUV, 2019).

Diskussion und Fazit

Treten Verletzungen bei sportlichen Aktivitäten auf, schließt das den Bezug zur versicherten Tätigkeit nicht aus. Denkbar ist Versicherungsschutz als „Betriebssport“ oder als „betriebliche Gemeinschaftsveranstaltung“. Für Ersteres wird verlangt, dass (1) der Sport dem Ausgleich für die Arbeitsbelastungen dient, (2) regelmäßig stattfindet, (3) ein klarer organisatorischer Bezug zum Unternehmen besteht, (4) die Teilnehmenden überwiegend Beschäftigte des Betriebes oder mehrerer Unternehmen sind und (5) die Betätigung keinen Wettkampfcharakter hat. Darüber hinaus kann Versicherungsschutz als „betriebliche Gemeinschaftsveranstaltung“ bestehen. Dann muss diese dem (1) betrieblicher Gemeinschaftszweck dienen, (2) im Einvernehmen mit der Unternehmensleitung durchgeführt werden, (3) eine verantwortliche Person der Unternehmensleitung anwesend sein und (4) die Veranstaltung allen Beschäftigten offen stehen. Zudem darf sie (5) nur unwesentlich von unternehmensfremden Personen besucht werden. Gemessen hieran besteht häufig Unsicherheit, ob der Ausgleichssport versichert ist.

Zudem ist eine gesetzliche Neuregelung zu berücksichtigen. Mit Gesetz v. 12.6.2020, verkündet im Bundesgesetzblatt I, 2020, S. 1248, ist § 2 Abs. 1 Nr. 15 SGB VII um Buchstaben d erweitert worden. Durch die Regelung sollen alle Personen in den Versicherungsschutz der GUV einbezogen werden, die an von Renten- oder Unfallversicherungsträgern finanzierten Präventionsmaßnahmen teilnehmen. Damit sollen Lücken geschlossen werden. Die Neuregelung erfasst zwar nicht die Maßnahmen der BGF zu Lasten der GKV. Allerdings zeigt die Begründung, dass der Gesetzgeber offensichtlich bereits von Versicherungsschutz im Rahmen der betrieblichen Verrichtung ausgegangen ist. Im Lichte dessen sind die Kriterien für den Versicherungsschutz bei Maßnahmen der BGF zu präzisieren.

Take-Home-Message

Körperlich-sportliche Betätigungen, die arbeitsbedingter Bewegungsarmut entgegenwirken sollen, sind zentraler Teil arbeitsweltbezogener Gesundheitsprävention und damit auch Aufgabe der GUV.

Literatur

BSG (2022): Urteil vom 28.06.2022, B 2 U 8/20 R, https://www.dguv.de/uv- recht/2022/12_2022/12_2022_03.pdf.

DGUV (2019): „Betriebliche Gesundheitsförderung – mit Sicherheit!“, Stiftung Sicherheit im Sport (Hrsg.): https://www.bisp-sportinfrastruktur.de/SharedDocs/Downloads/DE/Sportentwicklung/bg.pdf?__blob=publicationFile&v=1.

GKV-Spitzenverband (2023): Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. März 2023.

DGRW (2009): Arbeitsgruppe Bewegungstherapie, Ziele und Aufgaben der Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“ in der DGRW, Rehabilitation 48, 252-255.

Pionteck, A., Gashi, A. (2023): Unfallversicherungsschutz beim Fußballturnier als Bestandteil der betrieblichen Gesundheitsförderung, NZS 2023, S. 232.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Der Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Therapien (von Kindern)

Claudia Beetz

Ernst-Abbe-Hochschule Jena

Hintergrund und Zielstellung

Seit 2017 ist für die Einwilligung von Personensorgeberechtigten zu freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen die Genehmigung durch das Familiengericht erforderlich (§ 1631b Abs. 2 BGB). In der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 18/11278, S. 18) wurde ausgeführt, dass nur Maßnahmen unter diesen Genehmigungsvorbehalt fallen, die nicht nur freiheitsentziehend wirken, sondern bei denen diese Wirkung auch konkret bezweckt wird; dienen die Maßnahmen jedoch (lediglich) therapeutischen oder medizinischen Zwecken sei eine Genehmigung durch das Familiengericht nicht erforderlich. Es soll untersucht werden, ob bei therapeutischen bzw. medizinischer Behandlungen – auch in Einrichtungen der Rehabilitation –, die unter Nutzung freiheitsentziehender Maßnahmen unter Umständen auch zwangsweise durchgeführt werden, ein Genehmigungsvorbehalt erforderlich ist.

Methoden

Die Frage wird anhand der Gesetzgebungsmaterialien und veröffentlichter Forschungsberichte (z.B. Janssen, 2021; Zinsmeister, Schlüter, 2020), Literatur und veröffentlichter Gerichtsentscheidungen untersucht. Ergebnisse werden zur Auslegung von § 1631b Abs. 2 BGB herangezogen und daraus wichtige Hinweise für die Praxis, aber auch die Gesetzgebung herausgearbeitet.

Ergebnisse

Im Hinblick auf die erheblichen Auswirkungen von Therapien und Behandlungen, die unter Zuhilfenahme von freiheitsentziehenden Mitteln durchgeführt werden und unter Berücksichtigung der durch das Bundesverfassungsgericht bei Volljährigen herausgearbeiteten Kriterien, ist die Genehmigung durch das Familiengericht erforderlich (Hoffmann, 2015, 985). Die Unterscheidung in die Freiheitsentziehung oder Freiheitsbeschränkung bezweckende Maßnahmen ist unter den Grundsätzen des Kinderschutzes nicht gerechtfertigt. Dies gilt umso mehr, wenn es sich um Maßnahmen im Bereich der fließenden Grenze zur Zwangsbehandlung handelt oder um Maßnahmen, die auf der einen Seite therapeutischen Zwecken dienen, andererseits zur Entziehung der Freiheit eingesetzt werden können. Dies sollte gesetzlich geregelt werden.

Für Einrichtungen von Trägern der Rehabilitation sind daher strenge Anforderungen an den Einsatz solcher Maßnahmen zu setzen: Es sind Konzepte vorzuweisen, mit denen nachgewiesen wird, dass alle Maßnahmen, die die Freiheit eines Kindes oder Jugendlichen einschränken, nur unter strenger Wahrung der verfahrensrechtlichen Vorschriften sowie der Grundsätze der Verhältnismäßigkeit erfolgen, es sind zudem in der Regel Vorkehrungen zu treffen, um die mit der Maßnahme verbundenen Gefährdungen so gering wie möglich zu halten (Wiesner et al., 2022).

Diskussion und Fazit

Der Genehmigungsvorbehalt nach § 1631b Abs. 2 BGB erfasst, wie auch Art. 104 Abs. 2 GG freiheitsentziehende Maßnahmen und nicht lediglich freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Kirsch, 2019, 935 f.) und findet Anwendung, wenn diese in Krankenhäusern, Heimen oder sonstigen Einrichtungen, z.B. der Rehabilitation, durchgeführt werden. Von solchen ist auszugehen, wenn Fortbewegungsfreiheit und den Fortbewegungswille beschränkt wird, nicht jedoch bereits, wenn die allgemeinere in Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG geschützte allgemeine körperliche Bewegungsfreiheit beschränkt wird (Kirsch, 2019, 936). Folgt man dieser Unterscheidung ist für die, die allgemeine Bewegungsfreiheit einschränkenden Maßnahmen lediglich eine Einwilligung der Personensorgeberechtigten notwendig. Dies gilt auch dann, wenn für die Durchführung medizinischer oder therapeutischer Behandlungen die Fixierung von Kindern und Jugendlichen erfolgen muss. Gerade Zwangsbehandlungen von Kindern und Jugendlichen unterliegen anders als bei volljährigen Personen keinen besonderen, über die allgemeinen Regelungen zum Kindeswohl in §§ 1627, 1631 BGB hinausgehenden Anforderungen, es sei denn ihre Anwendung führt zu einer Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 BGB.

Bereits aus den einfachgesetzlich geregelten Recht der Kinder auf eine Erziehung in Freiheit und ohne Zwang – §§ 1626, 1630, 1631 BGB – ergibt sich, dass der Schutz der betroffenen Kinder vorrangig vor dem elterlichen Erziehungsrecht sind und damit auch hier ein Genehmigungsvorbehalt möglich ist. Dies wird durch das Verfassungsrecht sowie die UN- Kinderrechts- sowie die Behindertenrechtskonvention bestätigt.

Take-Home-Message

Zur Wahrung der Rechte von Kindern und Jugendlichen sollte bei jeder Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen, insbesondere gegen den natürlichen Willen, die Genehmigung von Familiengerichten eingeholt werden und strenge Anforderungen an die Notwendigkeit der Maßnahmen gestellt werden.

Literatur

Hoffmann, B. (2015): Zwangsbehandlung Minderjähriger vor dem Hintergrund der jüngeren Rechtsprechung des BVerfG und des BGH, NZFam 2015, 985.

Janssen, S. (2021): Rechtsgutachten zum Thema Freiheitsentziehende Maßnahmen und geschlossene Unterbringung nach § 1631b BGB in der Kinder- und Jugendhilfe, https://ombudschaft-jugendhilfe.de/wp-content/uploads/BNO_Rechtsgutachten_%C2%A71631_BGB_09_2021.pdf.

Kirsch, S. (2019): Der familienrechtliche Genehmigungsvorbehalt des § 1631b Abs. 2 BGB für freiheitsentziehende Maßnahmen bei Minderjährigen (§ 1631b Abs. 2 BGB): FamRZ 2019, 933.

Wiesner, R., Wapler, F. (2022): SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe – Kommentar, § 45 SGB VIII, 6. Aufl. 2022.

Zinsmeister, J., Schlüter, E. (2017): Unveröffentlichter Abschlussbericht: Genehmigungsfähigkeit sogenannter unterbringungsähnlicher Maßnahmen nach § 1631b BGB in der seit 1.10.2017 geltenden Fassung - Eine Auswertung der familiengerichtlichen Rechtsprechung in NRW.

Förderung: Bundesministerium der Justiz (BMJ)

Die einheitlichen Ansprechstellen für Arbeitgeber – ein Überblick

Leonard Seidel

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Im Jahr 2021 haben 39 % (68.000) der gesamten Arbeitgeber in Deutschland ihre durch § 154 I SGB IX gesetzlich verankerte Pflicht, Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Menschen zu besetzen, vollständig erfüllt. So blieben 35% der Pflichtarbeitsplätze lediglich teilweise und 26 % überhaupt nicht besetzt. Laut Mikrozensus gab es im Jahr 2021 drei Millionen schwerbehinderte Menschen im Alter von 15 bis 65 Jahren, von ihnen waren nur 49,8 % erwerbstätig. Damit bleibt die Erwerbsquote weiterhin deutlich unter der gesamten Bevölkerung mit im Jahr 2021 insgesamt 78,7 % (Bundesagentur für Arbeit, 2023).

Mit dem Teilhabestärkungsgesetz, das am 1. Januar 2022 in Kraft getreten ist, sind mit § 185a SGB IX auch die „Einheitlichen Ansprechstellen für Arbeitgeber“ (EAA) eingeführt worden. Die Vorschrift verfolgt letztlich den Zweck, die Arbeitslosenrate von schwerbehinderten Menschen zu verringern (Kohte, 2023). Hierzu sollen die EAA gem. § 185a I SGB IX Arbeitgeber bei der Ausbildung, Einstellung und Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen informieren, beraten und unterstützen.

Wesentliche Errungenschaft der Einführung des § 185a SGB IX ist, dass hierdurch „das Modell der aufsuchenden Beratung und der proaktiven Tätigkeit“ (Kohte, 2023) gesetzlich verankert wurde. Hierin liegt auch das besondere Potential der EAA: Anders als die Rehabilitationsträger handeln sie gerade nicht reaktiv, sondern gehen aktiv unterstützend auf Arbeitgeber zu.

Bisher gibt es keine Statistiken zur Leistungsfähigkeit der EAA. Dieser Beitrag soll jedoch die unterschiedlichen Konzepte der einzelnen Bundesländer kritisch untersuchen.

Methoden

- Bundeslandübergreifende Recherche zur Organisation der EAA anhand einer Analyse deren Internetpräsenz
- Erkenntnisgewinn im Wege einer Auswertung der einschlägigen juristischen Fachliteratur.

Ergebnisse

Das gegliederte Sozialsystem führt dazu, dass die Zuständigkeiten im Zusammenhang mit der Beschäftigung von Menschen mit einer Behinderung auf mehrere Träger verteilt sind. Für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Nr. 2 SGB IX), die im Rahmen des § 185a SGB IX vordergründig in Rede stehen, sind die in § 6 SGB IX genannten Rehabilitationsträger sowie nach § 185 I S. 1 Nr. 3 SGB IX die Integrationsämter die zuständigen Träger (Beyer, 2022).

Durch § 185a V S. 1 SGB IX ist gesetzlich festgeschrieben, dass lediglich „Integrationsfachdienste oder andere geeignete Träger“ die Aufgaben der EAA wahrnehmen dürfen. Welcher Träger als EAA tätig wird, entscheiden gem. § 185a V S. 1 SGB IX die jeweiligen Integrationsämter.

Seit Inkrafttreten des § 185a SGB IX ist jedes Bundesland seiner Pflicht nachgekommen, EAA einzurichten. Hierbei haben sich durch die Entscheidungshoheit der Integrationsämter verschiedene Modelle entwickelt.

Im Folgenden werden die Organisationskonzepte kurz dargestellt:

1. Träger der EAA sind die IFD eines oder mehrerer Landkreise bzw. kreisfreien Städte
2. Träger der EAA sind „andere geeignete Träger“
3. Träger der EAA sind einerseits die jeweiligen Kammern für die Unternehmen, die Kammermitglieder sind und für Nichtmitglieder die IFD

Diskussion und Fazit

Die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen sind teilweise derartig komplex, dass besondere sozialberufliche Kenntnisse und Erfahrungen notwendig sind, die „teilweise erst im Laufe der Einarbeitung bzw. entlang der IFD-Tätigkeit erworben werden können“ (Deusch 2022). Zudem sind die IFD besonders qualifiziert, da sie ohnehin durch Gesetz (§§ 192, 193 SGB IX) an der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben beteiligt sind. Insofern kann das Personal der IFD bereits auf umfangreiche Erfahrungen zurückgreifen. Wenn ausschließlich IFD mit den Aufgaben der EAA beauftragt werden würden, könnte das zudem zu einer Zentrierung von Kenntnissen im Umgang mit der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen führen. Eine Aufspaltung auf andere Träger hingegen birgt das Risiko einer möglichen Ausweitung von Schnittstellenproblemen im gegliederten Sozialversicherungssystem.

Die Leistungsfähigkeit der EAA lässt sich bisher lediglich anhand von Vor- bzw. Nachteilen der unterschiedlichen möglichen Organisationsformen in den Bundesländern diskutieren. Die Recherche hat gezeigt, dass die IFD besonders für die Übernahme der Aufgaben der EAA geeignet sein könnten.

Take-Home-Message

Aufgrund fehlender Evaluation können Chancen, die durch die Einführung der EAA für schwerbehinderte Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehen, noch nicht anhand von Zahlen belegt werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass ihr Erfolg insbesondere auch von deren Organisation abhängt.

Literatur

Beyer, C. (2022): Kommentierung zu § 185a Rn. 2, in Dau/Düwell/Joussen/Luik (Hrsg.): Lehr- und Praxiskommentar SGB IX, 6. Auflage, Baden-Baden.

Deusch, B. (2022): Kommentierung zu § 192 Rn. 2, in Dau/Düwell/Joussen/Luik (Hrsg.): Lehr- und Praxiskommentar SGB IX, 6. Auflage, Baden-Baden.

Düwell, F. (2023): Schriftliche Stellungnahme in Ausschussdrucksache 20(11)321, S. 82-93.

Kohte, W. (2023): Kommentierung zu § 185a Rn. 1 und 6, in Feldes/Kohte/Stevens-Bartol (Hrsg.): SGB IX, 5. Auflage, Frankfurt am Main.

Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2023): Arbeitsmarktsituation schwerbehinderter Menschen 2022, S. 7-13.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Die Rolle der Betriebsärzte beim Zugang zu Teilhabeleistungen

Linda Albersmann

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Neben einer Vielzahl anderer Tätigkeiten gehören das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) sowie das Ziel der langfristigen Integration chronisch Kranker oder behinderter Beschäftigter zum Handlungsfeld des Betriebsarztes (BMAS, 2018).

Das BEM-Verfahren, in das der Betriebsarzt gemäß § 167 Abs. 2 S. 3 SGB IX einbezogen wird, dient der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, indem frühzeitig Bedarfe an Leistungen zur Rehabilitation erkannt und diese somit rechtzeitig eingeleitet werden können (BAG, 9 AZR 571/20). Damit ist das BEM aber nur ein Weg, wie der Betriebsarzt den Zugang zu Teilhabeleistungen ermöglichen bzw. unterstützen kann. Dass weiterer Unterstützungsbedarf besteht, zeigen Berichte von Betroffenen, die in der Praxis noch zu oft auf Hindernisse und Barrieren beim Zugang zu Leistungen stoßen (BT-Drs. 19/24437).

Der Beitrag soll aufzeigen, welche Rolle Betriebsärzten beim Zugang zu Teilhabeleistungen zukommt bzw. zukommen kann. Zentraler Aspekt ist dabei die medizinische Kompetenz des Betriebsarztes im Dialog mit behandelnden Haus-, Fach- oder Klinikärzten. Wenngleich der behandelnde Arzt nach § 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V für die Verordnung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständig ist, können Betriebsärzte bei der Feststellung des Rehabilitationsbedarfes samt Beratung der Arbeitnehmer zu möglichen Leistungen sowie bei der Antragstellung unterstützend tätig werden. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation kann sich dies insbesondere bei der Auswahl geeigneter Hilfsmittel niederschlagen. Diese sind dann eine Leistung der medizinischen Rehabilitation, wenn sie dem Ausgleich oder der Vorbeugung einer Behinderung dienen sollen (BSG, B 3 KR 18/17 R).

In Betracht kommen im Tätigkeitsbereich des Betriebsarztes daneben auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hier können mögliche Arbeitsplatzanpassungen ein zentrales Handlungsfeld sein. Dadurch, dass der Betriebsarzt an der Gefährdungsbeurteilung mitwirkt, arbeitsmedizinische Untersuchungen sowie die arbeitsmedizinische Vorsorge durchführt (vgl. § 3 Abs. 1 Nr. 1 lit. g, Nr. 2 ASiG), ist er in Kenntnis um mögliche Gefährdungen durch Einwirkungen am konkreten Arbeitsplatz. Aufgrund dieser Kenntnis können mit seiner Beteiligung Anpassungen nachhaltig und effektiv gestaltet werden.

Methoden

Die Bearbeitung erfolgt anhand einer Auswertung aktueller Gesetzgebung, Rechtsprechung und juristischer Literatur.

Ergebnisse

Insbesondere im Hinblick auf Hilfsmittel in der medizinischen Rehabilitation kann der Betriebsarzt individualisierte Vorschläge machen, die genau zur Arbeitsrealität des Rehabilitanden passen. Zielen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf etwaige Arbeitsplatzanpassungen ab, kommt dem Betriebsarzt ebenfalls eine zentrale Rolle zu.

So kann durch seine Expertise eine effektive und nachhaltige Arbeitsplatzanpassung vorgenommen werden.

Diskussion und Fazit

Betriebsärzte können Betroffenen den Zugang zu Teilhabeleistungen erleichtern. So können sie bei der Bedarfserkennung und Beantragung von Teilhabeleistungen unterstützen und damit eine wichtige Rolle einnehmen. Daneben könnte diskutiert werden, ob zu den Aufgaben auch eine Informationsvermittlung über mögliche ergänzende Leistungen wie Fahrkosten im Rahmen stufenweiser Wiedereingliederung gehört.

Wenngleich sich (noch) keine offensichtlichen Normen bezüglich der Beteiligung der Betriebsärzte am Zugang zu Teilhabeleistungen finden, kann zumindest schon jetzt an den Willen der Akteure appelliert werden, verstärkt zu kommunizieren und gemeinsam den Zugang zu Teilhabeleistungen effektiver und nachhaltiger zu gestalten und damit auch dem RTW-Prozess zu seinem Idealbild des multiprofessionellen und dynamischen Prozesses zu verhelfen.

Take-Home-Message

Betriebsärzte können Betroffenen den Zugang zu Teilhabeleistungen erleichtern und damit eine wichtige Rolle einnehmen; insofern sollten sie bei der Bedarfserkennung und Beantragung von Teilhabeleistungen unterstützend tätig werden.

Literatur

BAG, Urteil vom 7. September 2021, 9 AZR 571/20.

BMAS (Hrsg.): AfAMed, AME Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit, Stand: April 2018.

BSG, Urteil vom 15. März 2018, B 3 KR 18/17 R.

BT-Drs. 19/24437, Antrag der Abgeordneten Corinna Rüffer, Maria Klein-Schmeink, Anja Hajduk, Markus Kurth, Sven Lehmann, Beate Müller-Gemmeke, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Luise Amtsberg, Dr. Anna Christmann, Filiz Polat, Beate Walter-Rosenheimer, Ekin Deligöz, Sven-Christian Kindler, Lisa Paus, Stefan Schmidt, Kai Gehring, Britta Haßelmann, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Margit Stumpp und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Sozialstaat auf Augenhöhe – Zugang zu Teilhabeleistungen verbessern, 18.11.2020.

Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich in der GKV – die Einordnung als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ihre verfahrensrechtlichen Folgen für die Krankenkassen

René Dittmann

Universität Kassel

Hintergrund und Zielstellung

Die Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Krankenkassen ist ein weiterhin umstrittenes Thema. Eine grundlegende Entscheidung hat das Bundessozialgericht damit getroffen, dass es die Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich nach § 33 SGB V als Leistungen zur

medizinischen Rehabilitation iSd SGB IX eingeordnet hat (Urt. v. 15.3.2018, B 3 KR 18/17 R). Ziel des Beitrags ist es, die sich daraus ergebenden verfahrensrechtlichen Folgen für die Krankenkassen aufzuzeigen.

Methoden

Im Rahmen eines Rechtsgutachtens (Fuchs, Dittmann, 2023) wurden sechs Entscheidungen des Bundessozialgerichts zur Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich in der GKV skizziert und ausgewertet. Dabei wurde auch der Frage nachgegangen, welche Rolle das SGB IX bei der Hilfsmittelerbringung in der GKV zu spielen hat.

Ergebnisse

Die Einordnung der Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich nach § 33 SGB V als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation hat zur Folge, dass die Krankenkassen gem. § 11 Abs. 2 SGB V, § 7 Abs. 2 SGB IX das vorrangige Verfahrensrecht des SGB IX (§§ 9- 24 SGB IX) zu berücksichtigen haben. Dazu gehört, dass sie als leistender Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf eines Antragstellers anhand der Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX unverzüglich und umfassend festzustellen und die Leistung zu erbringen haben (§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).

Die umfassende Bedarfsermittlung ist für eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung i. S. d. SGB IX entscheidend. Es ist insbesondere zu erfassen, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht, welche Auswirkungen sie auf die Teilhabe der Leistungsberechtigen hat und welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen (§ 13 Abs. 2 Nr. 1- 3 SGB IX). Hierbei sind sämtliche Funktionseinschränkungen und die gesamte Lebenssituation des Antragstellers zu berücksichtigen (Fuchs, Dittmann, 2023, S. 30, 33). Außerdem ist zu erfassen, welche Leistungen zur Erreichung der angestrebten Ziele voraussichtlich erfolgreich sind (§§ 13 Abs. 2 Nr. 4, 28 Abs. 2 SGB IX), wobei nicht nur die Hilfsmittel zum medizinisch-rehabilitativen Behinderungsausgleich (§ 33 Abs. 1 SGB V, § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX), sondern sämtliche nach Lage des Einzelfalls in Betracht kommende Teilhabeleistungen des SGB IX zu berücksichtigen sind (vgl. Fuchs, 2018).

Die Bedarfsermittlung ist in einem umfassenden Versorgungskonzept nachprüfbar zu dokumentieren (BSG, Urt. v. 15.3.2018, B 3 KR 18/17 R), das zudem die Feststellung der im Sinne des Leistungsrechts erforderlichen Leistungen (des teilhaberechtlichen Leistungsanspruch) ermöglichen muss. Dabei ist festzustellen, ob der Bedarf an voraussichtlich erfolgreichen Teilhabeleistungen allein durch medizinisch-rehabilitative Hilfsmittel gedeckt werden kann oder ob weitere Leistungen, ggfs. von anderen Rehabilitationsträgern, erforderlich sind.

Im Hilfsmittelversorgungsprozess sind dazu vor allem die Gebrauchsvorteile eines Hilfsmittels zu ermitteln und dahingehend zu bewerten, ob sie der medizinischen Rehabilitation dienen (vgl. Fuchs, Dittmann, 2023, S. 53 ff., 61 f.). Bietet ein Hilfsmittel nicht nur medizinisch- rehabilitative Gebrauchsvorteile und werden dadurch Mehrkosten verursacht, rechtfertigt dies keine Leistungsablehnung. Vielmehr ist von einer Krankenkasse als leistender Rehabilitationsträger zu prüfen, ob die mehrkostenverursachenden Gebrauchs-vorteile der Teilhabe am Arbeitsleben, der Teilhabe an Bildung oder der Sozialen Teilhabe dienen können und daher Feststellungen weiterer Rehabilitationsträger gem. § 15 SGB IX (vgl. Luik, 2023) erforderlich sind. Besteht kein Anspruch darauf, dass die Mehrkosten im

Rahmen anderer Teilhabeleistungen übernommen werden, verbleiben dem Antragsteller die Möglichkeiten, die Mehrkosten selbst zu tragen (§ 47 Abs. 3 SGB IX) oder ein mehrkostenfreies Hilfsmittel zum medizinisch-rehabilitativen Behinderungsausgleich zu beanspruchen.

Findet eine trägerübergreifende Bedarfsfeststellung gem. § 15 SGB IX statt, ist das umfassende Versorgungskonzept um einen Teilhabeplan gem. § 19 SGB IX zu ergänzen und der Leistungsentscheidung zugrunde zu legen (§ 19 Abs. 4 SGB IX).

Diskussion und Fazit

Die umfassende Bedarfsermittlung und -feststellung ist gesetzliche Aufgabe der Rehabilitationsträger (§§ 13 ff. IX). Insoweit die Erstellung eines umfassenden Versorgungskonzepts auf die Leistungserbringer ausgelagert wird, muss eine Krankenkasse als leistender Rehabilitationsträger die hinreichende Aufgabenerfüllung i. S. d. SGB IX sicherstellen (BSG, Urt. v. 15.3.2018, B 3 KR 18/17 R). Diesen Maßgaben müssen auch untergesetzliche Regelwerke, insb. die Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA, entsprechen.

Take-Home-Message

Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich nach § 33 SGB V, § 47 SGB IX sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Ihre Beantragung löst die Verfahrenspflichten nach dem SGB IX aus, wozu insbesondere die umfassende Bedarfsermittlung und -feststellung und ggfs. die Erstellung eines Teilhabeplans gehören.

Literatur

Fuchs, H. (2018): Intention des Gesetzgebers zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX und Begriffsbestimmung – Teil II, Beitrag A17-2018 unter www.reha-recht.de; 21.9.2018.

Fuchs, H., Dittmann, R. (2023): Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation im Recht der GKV, Gutachten für den Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen, 2023.

Luik, S. (2023): Antragssplittung, Teilhabeplanung und getrennte Leistungserbringung, Beitrag A3-2023 unter www.reha-recht.de; 25.1.2023.

Mobilisierung von Rehabilitationsleistungen – Komplementarität von Arbeits- und Sozialrecht am Beispiel des BEM-Verfahrens

Philipp Jahn

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Der Leitbildwechsel im Kontext des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) bezieht sich auf die grundlegende Veränderung der Denk- und Herangehensweise bezüglich der Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Lange dominierte ein Modell der Exklusion durch Segregation, eher reaktives Verhalten der Rehabilitationsträger sowie ein Verständnis, das Arbeitsrecht gelte für sog. »Normalarbeitnehmer« auf der einen Seite und das Sozialrecht für vom Arbeitsmarkt ausgeschlossene bedürftige Menschen auf der anderen Seite. Diese Sichtweise

führt jedoch zu einer ungleichen Risikoverteilung an den Schnittstellen dieser beiden Rechtswelten und zu paternalistischer Fremdbestimmung. Ein zentraler Aspekt des Leitbildwechsels ist daher die Stärkung der Autonomie von Menschen mit Behinderung. Es geht darum, dass diese ihre eigenen Entscheidungen treffen können, ihre Bedürfnisse und Wünsche artikulieren und Einfluss auf ihre Lebensgestaltung nehmen können. Hierzu gehören auch die Anerkennung der individuellen Vielfalt und die Berücksichtigung der unterschiedlichen Unterstützungsbedarfe. Ein solcher Leitbildwechsel ist ein fortlaufender Prozess, der einen Wandel des Selbstverständnisses bei Leistungsträgern, Leistungserbringern und betrieblichen Akteuren erfordert. Dabei ist das Ineinandergreifen der beiden Rechtsgebiete – Arbeits- und Sozialrecht – von entscheidender Bedeutung.

Methoden

Auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen werden die Literatur und Rechtsprechung zur Formulierung von Ergebnissen auf Basis der juristischen Methodenlehre ausgewertet.

Ergebnisse

Das bestehende Recht bietet bereits eine umfangreiche Palette an arbeits- und sozialrechtlichen Unterstützungsleistungen, die darauf zielen, eine gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Eine einseitige Fokussierung auf das Sozialrecht wäre jedoch kontraproduktiv und hat sich bisher als unzureichend erwiesen.

Die zentrale Herausforderung besteht demnach darin, die Sozialleistungsansprüche effektiv zu mobilisieren, damit das breite Leistungsspektrum des Sozialrechts auch in den Betrieben wirksam wird. Gemeint ist damit die Inanspruchnahme von arbeitsrechtlichen Ansprüchen unter Zuhilfenahme der einschlägigen sozialrechtlichen Leistungsansprüche. Während der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, dass eine große Stärke unseres Sozialstaats darin besteht, dass das überwiegend privatrechtlich ausgestaltete Arbeitsrecht und das öffentlich- rechtliche Sozialrecht gut miteinander verknüpft werden konnten. Das sozialrechtliche Kurzarbeitergeld hat hier beispielhaft die gefährdeten Arbeitsplätze im Betrieb gesichert. Dasselbe Prinzip lässt sich auf die gleichberechtigte Teilhabe der Menschen mit Behinderung übertragen.

Diskussion und Fazit

Ein wichtiger Ansatz zur Mobilisierung von Sozialleistungen im Arbeitsverhältnis ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) gem. § 167 Abs. 2 SGB IX. Trotz seines Potentials wird dieses Verfahren praktisch noch zu selten durchgeführt. Das BEM ermöglicht den Betrieben, umfassende sozialrechtliche Unterstützungsleistungen in Anspruch zu nehmen und dadurch ihren finanziellen Aufwand zu mindern. Es handelt sich um einen kooperativen offenen Suchprozess, der darauf abzielt, Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Dies beinhaltet ebenfalls die Ermöglichung behinderungsgerechter Beschäftigung. Die Ursache der Arbeitsunfähigkeit, das Vorliegen einer Schwerbehinderung oder betriebliche Kennzahlen wie Betriebsgröße, Beschäftigtenzahl oder das Vorhandensein einer Interessenvertretung sind für die Inanspruchnahme unerheblich. Die Pflicht der Arbeitgeber zur Durchführung eines BEM hängt allein von der Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Zustimmung der Beschäftigten ab. Das BEM steht in enger Verbindung zum Arbeitsschutz. Ein solches

Präventionsverfahren offenbart ggf. bisher fehlende Gefährdungsbeurteilungen gem. § 5 ArbSchG. Die Erkenntnisse aus konkreten BEM-Verfahren können folglich für den betrieblichen Arbeitsschutz insgesamt genutzt werden, indem veränderte Arbeitsschutzmaßnahmen für die gesamte Belegschaft umgesetzt werden. Im Zusammenhang mit psychischen Beeinträchtigungen sind ferner über § 167 Abs. 2 SGB IX hinausgehende selbstverpflichtende Verfahrensschritte denkbar. Beispielsweise kann ein BEM angeboten werden, auch wenn die Arbeitsunfähigkeit der Beschäftigten weniger als 6 Wochen innerhalb eines Jahres beträgt. Mithilfe der psychosozialen Leistungen nach § 49 Abs. 6 Nr. 3 SGB IX können Mitarbeitende oder Vorgesetzte über die besonderen Belange informiert sowie sensibilisiert werden und so der Stigmatisierung von psychischen Beeinträchtigungen entgegengewirkt werden.

Des Weiteren besteht eine enge systematische Verknüpfung zwischen verbotener Diskriminierung und der Pflicht zu sog. angemessenen Vorkehrungen, wie Art. 2 UN-BRK aber auch Art. 5 der europäischen Gleichbehandlungsrichtlinie (RL 200/78/EG) verdeutlicht. Angemessene Vorkehrungen sind danach notwendige und geeignete Änderungen und Anpassungen, die gewährleisten, dass behinderte Menschen gleichberechtigt alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen oder ausüben können, soweit dies keine unverhältnismäßige Belastung für den Arbeitgeber darstellt. Daraus folgt, dass Arbeitgeber, die Sozialleistungen zur Realisierung notwendiger Arbeitsplatzgestaltung ungeprüft lassen, ihrer Pflicht zu angemessenen Vorkehrungen nicht nachkommen und damit verbotene Diskriminierung riskieren.

Take-Home-Message

Ein inklusiver Arbeitsmarkt lässt sich nur verwirklichen, wenn Sozialrecht und Arbeitsrecht im wechselseitigen Zusammenwirken ihren Beitrag zur betriebsnahen Rehabilitation leisten.

Literatur

Jahn, P. (2023): Inklusiver Arbeitsmarkt – Realität oder ferne Illusion, Soziale Psychiatrie Heft 4/2023, S. 10-14.

Nebe, K. (2019): Gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsleben – Impulse durch das Bundesteilhabegesetz, Soziales Recht, S. 61-71.

Rabe-Rosendahl, C. (2017): Angemessene Vorkehrungen für behinderte Menschen im Arbeitsrecht.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Nachhaltiger Rehabilitationsprozess: die kommunikative Schlüsselrolle der Rehabilitationseinrichtung für die stufenweise Wiedereingliederung

Wolfhard Kohte

Zentrum für Sozialforschung Halle an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Die stufenweise Wiedereingliederung hat sich als zentrales Instrument des Return- to- Work- Prozesses bewährt und ist daher im SGB IX verankert worden. Dabei nehmen die Rehabilitationseinrichtungen eine wichtige Rolle ein. In dem Beitrag soll diskutiert werden, wie diese Rolle gestärkt und effektiviert werden kann.

Methoden

Diese Perspektive ist vor allem durch Auswertung von Gerichtsentscheidungen und juristischen Texten zu überprüfen.

Ergebnisse

Ein wichtiges Instrument im Return-to-Work-Prozess ist die stufenweise Wiedereingliederung nach §§ 44 SGB IX, 74 SGB V. Sie findet statt während der Arbeitsunfähigkeit und dient der allmählichen Heranführung von Beschäftigten an ihre bisherige beziehungsweise künftige vertragliche Tätigkeit. Dazu ist ein ärztlicher Wiedereingliederungsplan gesetzlich vorgeschrieben (Nebe, 2015), der in der Regel von Hausärzten erstellt wird. Arbeitsgerichtliche Verfahren zeigen, dass ein Teil der hausärztlichen Pläne fachliche Defizite aufweisen, so dass die notwendigen Vereinbarungen für die Wiedereingliederung scheitern.

Dagegen haben Untersuchungen der Deutsche Rentenversicherung Bund gezeigt, dass Wiedereingliederungsmaßnahmen, die an stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen anschließen, eine hohe Erfolgsquote haben (Bürger, Streibelt, 2019). Dies beruht darauf, dass in diesen Einrichtungen eine hohe sozialmedizinische Sachkunde vorhanden ist und daher auch eine höhere Kenntnis, wie solche Eingliederungspläne zu gestalten sind. Damit ist ein solcher Ausgangspunkt inzwischen allgemein anerkannt (Stähler, 2023). Diese Funktion ist auch für die ambulante Rehabilitation geboten; hier kann aufgrund der Ortsnähe der Beteiligten die Kooperation besonders gut realisiert werden.

Diskussion und Fazit

In der Praxis sind allerdings kommunikative Verbesserungen erforderlich und möglich. Wenn die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bereits vorher ausreichend informiert sind, können sie einwilligen in eine Kommunikation mit den betriebsärztlichen Diensten sowie hausärztliche Unterlagen in die stationäre Reha mitbringen, so dass auf der Grundlage der Entlassungsberichte und der Empfehlungen der Einrichtungen Hausärztinnen und –ärzte auf ihre gesetzlichen Aufgaben hingewiesen und die hausärztlichen Pläne entsprechend verbessert sowie stabilisiert werden können. Diese Aufgabe ist inzwischen von aktueller Bedeutung, weil die überall zu beobachtenden Long-Covid Fälle eine professionelle stufenweise Wiedereingliederung erforderlich machen (Jarosch, 2023).

Take-Home-Message

Die stufenweise Wiedereingliederung kann weiter effektiviert werden, wenn die Teilnehmenden an einer Rehabilitationsmaßnahme vorher auf diese Möglichkeit hingewiesen werden und eine rechtzeitige Einwilligung in die Kommunikation zwischen hausärztlicher Praxis und Rehabilitationseinrichtung ermöglicht wird.

Literatur

Bürger, W., Streibelt, M. (2019): Wer profitiert von stufenweisen Wiedereingliederungen zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung?, Rehabilitation 3/2019, S. 163-172.

Jarosch, H. (2023): Long-Covid, Post-Covid und Return to Work, ARP 2023 S. 290-294.

Kohte, W. (2022): Stufenweise Wiedereingliederung – eine kooperative Form der medizinischen Rehabilitation, RP-Reha, 3/2022 S.27- 33.

Nebe, K. (2015): Stufenweise Wiedereingliederung SGb 2015, S. 125-132.

Stähler, T. (2023): Return to Work – aus spezifischer Perspektive der BAR, RP-Reha 1/2023, S. 22-30.

Völkerrechtliche Impulse für einen inklusiven Arbeitsmarkt

Michael Beyerlein

Universität Kassel

Hintergrund und Zielstellung

Der Deutsche Bundestag hat am 20. April 2023 das Gesetz zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarkts verabschiedet. Die Maßnahmen des Gesetzes zielen darauf ab, mehr Menschen mit Behinderungen in reguläre Arbeit zu bringen, mehr Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Arbeit zu halten und eine zielgenauere Unterstützung für Menschen mit Schwerbehinderung zu ermöglichen (BT-Drs. 20/5664, S. 15). Das Gesetz greift damit u.a. die Verpflichtung Deutschlands aus Art. 27 UN-BRK auf, die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit für Menschen mit Behinderung durch geeignete Schritte, einschließlich des Erlasses von Rechtsvorschriften sicherzustellen. Mit der Umsetzung von Art. 27 UN-BRK leistet Deutschland ebenfalls einen Beitrag zur Erfüllung der Sustainable Development Goals (SDG), insbesondere Ziel 8.5, wonach bis 2030 produktive Vollbeschäftigung und menschenwürdige Arbeit für alle Frauen und Männer, einschließlich junger Menschen und Menschen mit Behinderungen, sowie gleiches Entgelt für gleichwertige Arbeit erreicht werden soll (CRPD/C/GC/8, Rn. 1).

Wichtige Impulse für die Konkretisierung dieser völkerrechtlichen Verpflichtungen bzw. im Falle der SDG Absichtserklärungen (Weyrich, 2023, S. 2) in der nationalen Rechtsordnung geben die im Oktober 2022 veröffentlichte Allgemeine Bemerkung zu Art. 27 UN-BRK des Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD /C/GC/8) sowie die abschließenden Bemerkungen zum zweiten und dritten Bericht Deutschlands über die Maßnahmen zur Erfüllung der Verpflichtungen aus dem Übereinkommen vom September 2023 (CRPD/C/DEU/CO/2-3). Äußerungen von Vertragsorganen sind zwar nicht im strengen Sinne völkerrechtlich verbindlich, haben aber rechtliches und politisches Gewicht

(Deutsches Institut für Menschenrechte 2005, S. 5), wie auch das Bundesverfassungsgericht betont (BVerfG, Beschluss vom 29. Januar 2019 – 2 BvC 62/14, Rn. 5a). Ihr hohes politisches Gewicht zeigt z.B. am Bundesteilhabegesetz, das an prominenter Stelle in der Gesetzesbegründung auf die Empfehlungen des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen bei den Vereinten Nationen Bezug nimmt (BT-Drs. 18/9522, S. 1).

Mit dem Beitrag soll der Inhalt des Gesetzes zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarkts vorgestellt und anhand der Vorgaben aus Art. 27 UN-BRK, der konkretisierenden Allgemeinen Bemerkung und der abschließenden Bemerkungen zum deutschen Staatenbericht eine Einordnung der Regelungen vorgenommen und ein Ausblick auf weiteren Regelungsbedarf gegeben werden.

Methoden

Die Analyse wurde unter Rückgriff auf allgemeine rechtswissenschaftliche Methodik erstellt und orientiert sich an einem bereits veröffentlichten Beitrag des Autors (Beyerlein, 2023).

Ergebnisse

Im Hinblick auf die Umsetzung der UN-BRK weitgehend positiv zu werten sind

- die Neuausrichtung des Ärztlichen Sachverständigenbeirates Versorgungsmedizin,
- die Aufhebung der Deckelung des Lohkostenzuschusses zum Budget für Arbeit,
- die Konzentration der Mittel der Ausgleichsabgabe auf die Förderung der Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und
- die Einführung einer vierten Stufe der Ausgleichsabgabe.
- Problematisch erscheint
- die Aufhebung der Bußgeldvorschrift in § 238 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX,
- dass nur sehr wenige Betriebe tatsächlich von der vierten Stufe der Ausgleichsabgabe betroffen sind und
- dass die Ausgleichsabgabe steuerlich absetzbar ist.

Weiterer Regelungsbedarf besteht u.a. bei

- Der Zahlung von gesetzlichem Mindestlohn an Werkstattbeschäftigte,
- der Einbeziehung von Werkstattbeschäftigten in die Arbeitslosenversicherung,
- der Herstellung von Barrierefreiheit, z.B. in Berufsschulen und
- der Stärkung der Rechte der betrieblichen Schwerbehindertenvertretung.

Diskussion und Fazit

Zur Schaffung eines inklusiven Arbeitsmarkts sind deutlich über das Gesetz zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarkts hinausgehende Schritte erforderlich. Viel Handlungsbedarf wurde bereits im Gesetzgebungsverfahren aufgezeigt und ergibt sich auch aus der Allgemeinen Bemerkung zum Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit und Beschäftigung und den abschließenden Bemerkungen zum zweiten und dritten Staatenbericht Deutschlands.

Take-Home-Message

Es lohnt sich, für zukünftige inklusive Reformen des Arbeitsmarkts die Empfehlungen des aktuellen Staatenberichtsverfahrens und der Allgemeinen Bemerkung zu Art. 27 UN-BRK in den Blick zu nehmen.

Literatur

Beyerlein, M. (2023): Kleine Schritte zum inklusiven Arbeitsmarkt – Zur Entstehung des Gesetzes zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarkts; Beitrag D6-2023 unter www.reha-recht.de; 16.05.2023.

CRPD/C/DEU/CO/2-3; Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2023) - Abschließende Bemerkungen zum zweiten und dritten periodischen Bericht Deutschlands. Online verfügbar unter https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FDEU%2FCO%2F2-3&Lang=en, zuletzt geprüft am 27.10.2023.

CRPD/C/GC/8; Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2022) - Allgemeine Bemerkung Nr. 8 zum Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit und Beschäftigung. Online verfügbar unter https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FGC%2F8&Lang=en, zuletzt geprüft am 27.10.2023.

Deutsches Institut für Menschenrechte (2005): Die „General Comments“ zu den VN-Menschenrechtsverträgen. Deutsche Übersetzung und Kurzeinführungen. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos.

Weyrich, K. (2023): Die UN-Behindertenrechtskonvention und die Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen – Bericht von der Auftaktkonferenz des Kassel Institute for Sustainability; Beitrag D4-2023 unter www.reha-recht.de; 14.04.2023.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

MultiMove and aquatic therapy as a multimodal appoach during inpatient rehabilitation in patients with chronic low back pain – a pilot study

Lutz Schega[1]; Robert Bielitzki[1]; Caroline Hildebrand[1]; Marcel Motzko[1]; Thorben Menrad[1]; Martin Behrens[2]; Kerstin Rohkohl[3]; Ivonne Rudolph[3]; Katharina Meiler[4]; Jörg Franke[4]

[1] Otto-von-Guericke Universität Magdeburg; [2] Fachhochschule Potsdam;
[3] Waldburg-Zeil Kliniken, Klinik Bad Salzelmen;
[4] Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie, Klinikum Magdeburg gGmbH

Hintergrund und Zielstellung

Chronic low back pain (CLBP) is one of the most common causes of disability and often associated with impaired physical and cognitive functioning. Due to its multifactorial aspects, multimodal interventions are recommended. MultiMove combines motor-cognitive with dance and strengthening exercises and has been shown to improve functional and clinical outcomes in CLBP patients during inpatient rehabilitation. However, since CLBP patients are unable to perform the MultiMove program due to limited mobility, the medium water might provide a safe and comfortable environment for CLBP patients due to e.g., buoyancy and hydrostatic pressure.

The study aimed to investigate the effects of an additional multimodal aquatic therapy intervention compared to standard program alone during 3-week inpatient rehabilitation.

Methoden

Forty-eight CLBP patients (≥50 years) performed either a 3-week standard rehabilitation program (control group, CG) or an additional multimodal aquatic therapy (intervention group, IG) for 30min, 5 times/week. Before and after, patients' physical function, trunk flexibility, clinical outcomes, single and dual task gait performance, executive functioning, and psychosocial aspects were assessed

Ergebnisse

Thirty-four patients (IG=18, CG=16) completed all measurements and were included in the statistical analyses. It was found that physical function (Timed-Up-and-Go-Test: $p=0.007$, $d=1.02$; trunk flexibility during lateral flexion and rotation: $p \leq 0.020$, $d \geq 0.85$; Five- Repetition- Sit-to-Stand-Test: $p < 0.001$, $d=1.57$; Six-Minute-Walk-Test: $p=0.003$, $d=1.14$) improved in IG compared to CG. In addition, IG tended to have lower chronic pain intensity ($d=0.60$) and depression ($d=0.57$).

Diskussion und Fazit

The IG showed greater improvements in several physical functions, i.e., functional mobility, trunk flexibility, muscle power of the leg extensors, and exercise capacity compared to the CG. However, there were no differences between groups regarding pain intensity as well as in some clinical outcomes. These findings are in contrast to a recent randomized controlled

trial by Peng and colleagues who found reduced average and current pain intensity as well as kinesiophobia and disability but also improved quality of life in CLBP patients performing a 12- week aquatic therapy intervention compared to patients who underwent standard physical therapy (Peng et al., 2022). Furthermore, after 4 weeks of aquatic exercise (60 min, 5 times per week) the work group by Kavuncu found better improvements in pain score and quality of life as well as in disability and individual aspects of quality of life (i.e., physical function, role limitations due to physical functioning) in patients with CLPB as well as ankylosing spondylitis, respectively (Dundar et al., 2009). Therefore, the effects might be related to the duration of the intervention. However, a previous study found that an additional multimodal intervention performed for only 3 weeks on land (30 min, 5 times per week) reduced chronic pain intensity, kinesiophobia and depression more than inpatient standard care alone (Nguyen et al., accepted for publication).

Take-Home-Message

Integrating the MultiMove program into an aquatic therapy setting can be a helpful addition to improve physical functions in CLBP patients.

Literatur

Dundar, U., Solak, O., Yigit, I., Evcik, D., Kavuncu, V. (2009): Clinical effectiveness of aquatic exercise to treat chronic low back pain: a randomized controlled trial. Spine (Phila Pa 1976). 2009;34(14):1436-1440.

Nguyen, T., Behrens, M., Broscheid, K.-C., et al. (accepted for publication): Effects of an additional multimodal intervention (MultiMove) during inpatient rehabilitation on clinical and functional outcomes in chronic low back pain patients – a pilot trial. BMC Musculoskelet Disord. (accepted for publication).

Peng, M.-S., Wang, R., Wang, Y.-Z., et al. (2022): Efficacy of Therapeutic Aquatic Exercise vs Physical Therapy Modalities for Patients With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2022;5(1):e2142069.

Förderung: European Regional Development Fund

Subjektive Erwerbsprognose und psychosoziale Kennwerte bei nicht-spezifischen chronischen Rückenschmerzen in der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation

Petra Hampel; Anna Maria Hüwel ; Anne Neumann

Europa-Universität Flensburg

Hintergrund und Zielstellung

Psychologische aber auch arbeitsbezogene Faktoren wurden als wesentliche Risikofaktoren in der Entwicklung und Aufrechterhaltung nicht-spezifischer chronischer Rückenschmerzen (CRS) ermittelt (Hartvigsen et al., 2018), die sich zudem negativ auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz (RTW) auswirkten. Einige Studien konnten für muskuloskelettale Erkrankungen zeigen, dass die Gefährdung der subjektiven Erwerbsprognose ein Prädiktor für eine

Rehabilitation, gefährdete berufliche Teilhabe und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit darstellt (Fauser et al., 2022). Mit der kurzen Skala zur Messung der subjektiven Erwerbsprognose (SPE) liegt ein geeignetes Messinstrument vor, das sich als reliabel und insbesondere konstrukt-valide erwiesen hat (Fauser et al., 2022; Mittag, Raspe, 2003).

Ziel der querschnittlichen Beobachtungsstudie war es, die früheren Validitätsbefunde zur SPE auf weitere psychologische, aber auch arbeits- und schmerzbezogene Kennwerte sowie auf das Setting der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation (VMO) für CRS zu erweitern.

Methoden

Im Rahmen einer Sekundäranalyse des Datensatzes des Forschungsprojekts Debora (Hampel, Neumann, 2023) konnten N=925 Personen mit nicht-spezifischen CRS in die per- protocol-(pp)-Analysen zu Beginn einer VMO eingeschlossen werden (M =52.2 Jahre, SD=7.2; 78% weiblich; ICD-10: M51/53/54). Als psychologische Kennwerte wurden die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit, die Depressivität und der chronische Stress gemessen. Als schmerzbezogene Kennwerte gingen die Funktionskapazität, Anzahl der Schmerzorte, Schmerzintensität und Schmerzbeeinträchtigung ein. Als arbeitsbezogene Kennwerte wurden die subjektive Erwerbsprognose, der Subtest „Berufliche Belastungen“ und die Arbeitsfähigkeit erhoben. Die Konstruktvalidität der SPE wurde mittels Korrelations- und Regressionsanalysen untersucht. Die Kriteriumsvalidität wurde anhand einfaktorieller Varianzanalysen mit dem unabhängigen Faktor „Subjektive Erwerbsprognose“ (günstig vs. ungünstig) parametrisch und non-parametrisch überprüft. Außerdem wurden die Häufigkeitsverteilungen der klinisch unauffälligen und auffälligen Fälle in der Depressivität sowie im chronischen Stress und Work Ability Index (WAI) in Abhängigkeit von der subjektiven Erwerbsprognose mittels chi^2-Tests untersucht.

Ergebnisse

Die SPE zeigte eine konvergente Validität gegenüber arbeitsbezogenen Merkmalen aber auch der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit. Eine divergente Validität gegenüber der Depressivität und psychischen Lebensqualität wird nahegelegt. So ergaben sich in der explorativen multiplen linearen Regressionsanalyse für das Ausgangsmodell mit dem Gesamtwert des SPE als Kriterium fünf Prädiktoren, die einen signifikanten Einfluss ausübten: schmerzspezifische Selbstwirksamkeit, berufliche Belastungen, chronischer Stress, physische Arbeitsfähigkeit und Anzahl der Schmerzorte. In der rückwärtsgerichteten multiplen linearen Regressionsanalyse klärte das Endmodell 42% der Gesamtvarianz auf und es ergaben sich 3 signifikante Prädiktoren mit kleiner Effektstärke: Erhöhte Werte in den beruflichen Belastungen sowie niedrigere Werte in der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit und physischen Arbeitsfähigkeit sagten eine höhere Gefährdung der subjektiven Erwerbsprognose vorher. Außerdem zeigten Personen mit einer ungünstigen subjektiven Erwerbsprognose ein Risikoprofil in den psychosozialen Kennwerten und lagen häufiger im klinisch auffälligen Bereich in der Depressivität sowie im chronischen Stress und WAI.

Diskussion und Fazit

Die Validität des SPE konnte auf weitere psychosoziale Kennwerte und das Setting der VMO für CRS erweitert werden. So sprechen die Befunde für eine Konstrukt- und

Kriteriumsvalidität des SPE für die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit, die sich bereits als wesentlicher psychologischer Schutzfaktor bei nicht-spezifischen CRS erwiesen hat (Hampel, Neumann, 2023).

Insgesamt ist zu schlussfolgern, dass eine ungünstige subjektive Erwerbsprognose mit ungünstigen Ausprägungen in den psychologischen sowie schmerz- und arbeitsbezogenen Kennwerten einherging. Diese Befunde untermauern eine frühzeitige Erfassung sowohl der Gefährdung der subjektiven Erwerbsprognose als auch psychologischer Merkmale, um insbesondere vulnerable Subgruppen bedarfsgerecht zu maßgeschneiderten Rehabilitationsmaßnahmen zuweisen zu können.

Take-Home-Message

Mit dem SPE liegt ein reliables und valides Messinstrument vor, mit dessen Hilfe Bedarfe an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme bestimmt und Subgruppen gezielt zu maßgeschneiderten Rehabilitationsmaßnahmen zugewiesen werden können.

Literatur

Fauser, D., Zimmer, J.-M., Golla, A., Schmitt, N., Mau, W., Bethge, M. (2022): Self-reported prognosis of employability as an indicator of need for rehabilitation: A cohort study in people with back pain. Die Rehabilitation, 61. 88–96.

Hampel, P., Neumann, A. (2023): Mediiert die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit die Beziehung zwischen Depressivität und arbeitsbezogenen Faktoren bei nichtspezifischen chronischen Rückenschmerzen? Der Schmerz.

Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karppinen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., Underwood, M. (2018): What low back pain is and why we need to pay attention. The Lancet, 391. 2356–2367.

Mittag, O., Raspe, H. (2003): Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. Die Rehabilitation, 42. 169–174.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Erfolge medizinischer Rehabilitation nach COVID-19 – ein 6-Monats-Follow-up

Isabel Meier[1]; Stefanie Gillitzer[2]; Jana Stucke[2]; Thorsten Meyer-Feil[3]

[1] MZG Westfalen Bad Lippspringe und Klinik Martinusquelle; [2] Universität Bielefeld; [3] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Nach einer akuten COVID-19 Infektion sind zwischen 3,0 und 13,7% der Betroffenen durch Symptome im Alltag beeinträchtigt (Thompson et al., 2022). Erste Studien zeigen, dass medizinische Rehabilitation den heterogenen Symptomkomplexen gut begegnen und positive Effekte erzielen kann (Rutsch et al., 2023). Ziel dieses Beitrages ist es, die Erfolge einer Rehabilitation für Personen nach einer COVID-19-Infektion zu beschreiben und deren Langfristigkeit zu untersuchen.

Methoden

Teil der Mixed-Methods-Studie Eva-CoReha (gefördert von der DRV Westfalen) ist eine klinische Kohortenstudie. Für diese wurden zwischen Mai und November 2022 314 Rehabilitand*innen, die eine pneumologische, kardiologische oder neurologische Rehabilitation nach COVID-19 in Anspruch nahmen, rekrutiert. Die Erhebung des Gesundheitszustandes erfolgte zu fünf Messzeitpunkten (Aufnahme in die Rehabilitation, Entlassung, 3-, 6- und 12-Monats-Follow-up). Die Daten nach zwölf Monaten liegen noch nicht vollständig vor. Erfasst wurden u.a. Atemnot (mMRC Dyspnoe Skala), gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-3L), Fatigue (FACIT- F), Angstsymptomatik (GAD-7), Depressivität (PHQ-9), motorische Funktionsfähigkeit (FFB-Mot ADL) sowie die Subjektive Prognose der Erwerbsfähigkeit (SPE).

Zur Überprüfung der Veränderung zwischen dem Zeitpunkt t0 und den drei Follow- up- Zeitpunkten werden hierarchisch lineare Modelle (HLM) eingesetzt und für Confounder adjustiert.

Ergebnisse

Die Rehabilitand*innen der Stichprobe sind im Mittel 50,6 Jahre alt und zu 55,9% (n=176) weiblich. Mit 76,8% (n=241) erhielt ein Großteil der Kohorte eine pneumologische, 15,3% (n=48) eine kardiologische und 8% (n=25) eine neurologische Rehabilitation. Zwischen der Akuterkrankung und Beginn der Rehabilitation vergingen durchschnittlich 8,9 Monate (Range 1-30).

Die Fatigue lag bei Aufnahme bei durchschnittlich 23,0 (±11,5). 75,4% der Kohorte lag unter dem Grenzwert von 34 und tendiert zu Fatigue. Adjustiert nach Alter, Geschlecht, Zeit zwischen Erkrankung und Rehabilitation, Fachabteilung und Migrationsstatus verbessern sich die Rehabilitand*innen bis zur Entlassung um 7,63 ($p < .001$) Punkte. Nach drei und sechs

Monaten Follow-up sind es durchschnittlich 4,20 ($p < .001$) Punkte mehr als bei Rehabilitationsbeginn.

Bei der motorischen Leistungsfähigkeit beträgt der Mittelwert bei Aufnahme 15,5 (±3,4), adjustiert nach den o.g. Faktoren zeigt sich eine signifikante Verbesserung um 0,77 Punkte ($p < .001$) zum Zeitpunkt der Entlassung. Nach drei Monaten sind es noch 0,5 Punkte ($p=.001$). Nach sechs Monaten wird das Ausgangsniveau wieder erreicht.

Depressivität (t0 11,1 ±5,5), Ängstlichkeit (t0 7,6 ±5,1) und gesundheitsbezogener Lebensqualität (t0 65,6 ±17,9) zeigen ähnliche Verbesserungen (PHQ9-t0-t1 -2,7 Punkte; $p < .001$; GAD7-t0-t1 -2,27 Punkte; $p < .001$; EQ5D-t0-t1 +7,3 Punkte; $p < .001$). Nach dem 6- Monats-Follow-up nehmen auch hier die Effekte ab (PHQ9- t0- t3 - 1,05 Punkte; $p < .001$; GAD7-t0-t3 -0,70 Punkte; $p < .001$; EQ5D-t0-t3 +3,8 Punkte; $p < .001$).

Rehabilitand*innen im erwerbsfähigen Alter haben bei Aufnahme zu 51,2% eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, einen Rentenantrag zu stellen (SPE ≥ 2), bei Entlassung zu 45,6% und nach sechs Monaten zu 55,4%. Bei Entlassung zeigt sich eine geringfügige Verbesserung der SPE-Werte (-0,16 Punkte, $p=0.007$). Zwischen Aufnahme und 3-Monats-Follow-up gibt es keinen signifikanten Unterschied, nach sechs Monaten kehrt sich der Effekt um (+0,13, $p=0.049$).

Diskussion und Fazit

Alle Outcomes verbessern sich während der Rehabilitationsmaßnahme. Nach drei Monaten nimmt der Effekt wieder ab, erreicht jedoch nicht wieder den Ausgangswert. Lediglich die motorische Leistungsfähigkeit und die subjektive Prognose der Erwerbsfähigkeit sind nach sechs Monaten wieder auf Ausgangsniveau bzw. schlechter. Trotz 85,5% Return-to-Work stellten Rutsch und Deck (2023) ebenfalls eine Zunahme eines SPE-Wertes über zwei im 6- Monats-Follow-up fest.

Insgesamt wird deutlich, dass die Kohorte trotz Verbesserungen weiterhin beeinträchtigt ist. Dies legen auch deutliche Abweichungen von der Allgemeinbevölkerung nahe. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung eines zeitnahen Übergangs in Nachsorgeangebote, um die in der Rehabilitation erzielten Verbesserungen aufrechtzuerhalten. Dies ist dadurch, dass eine Mehrzahl der Betroffenen trotz Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit ein Risiko für einen frühen Rentenantrag aufweist, umso bedeutsamer.

Take-Home-Message

Im Zuge der Rehabilitation nach COVID-19 zeigen sich signifikante gesundheitliche Verbesserungen, wobei die Effekte nach drei und sechs Monaten wieder abnehmen. Daher sollte der Nachsorge eine zentrale Rolle zur Stabilisierung der erzielten Effekte zukommen und ein besonderer Fokus auf die längerfristige Arbeitsfähigkeit gelegt werden.

Literatur

Rutsch, M., Deck, R. (2023): Berufliche Belastungen von Long-Covid-Rehabilitand*innen und Rückkehr zur Arbeit nach einer pneumologischen Rehabilitation. Rehabilitation. Vorab-Onlinepublikation.

Rutsch, M., Frommhold, J., Buhr-Schinner, H., Gross, T., Schüller, P. O., Deck, R. (2023): Pneumologische Rehabilitation bei Long Covid – Gesundheitliche Veränderungen am Ende der stationären Rehabilitationsmaßnahme Rehabilitation.

Thompson, E. J., Williams, D. M., Walker, A. J., Mitchell, R. E., Niedzwiedz, C. L., Yang, T. C. et al. (2022): Long COVID burden and risk factors in 10 UK longitudinal studies and electronic health records. Nature Communications, 13(1), 3528.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Pneumologische Anschlussrehabilitation und pneumologisches Heilverfahren nach einer COVID-19-Erkrankung im Vergleich: Entwicklung der subjektiven Gesundheit im Zeitverlauf

Mercedes Rutsch; Ruth Deck

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Eine Infektion mit SARS-CoV-2 kann in Bezug auf den Schweregrad und die akute Behandlung, aber auch hinsichtlich der Dauer der Symptome unterschiedlich verlaufen. Sowohl nach einem milden, als auch schweren Verlauf mit Hospitalisierung ist ein Teil der Infizierten von langanhaltenden Beschwerden und Einschränkungen betroffen (Long COVID). Aufgrund der Vielfältigkeit an Symptomen, wird eine multiprofessionelle Behandlung bei Long COVID (LC) empfohlen, z.B. in Form einer medizinischen Rehabilitation (AWMF, 2022). Die Rehabilitationseinrichtungen behandeln dabei sowohl Personen nach überstandener COVID-19-Erkrankung in der Anschlussheilbehandlung (AHB) als auch im Heilverfahren (HV). Bisher wurde der gesundheitliche Verlauf von Personen im Heilverfahren untersucht (Rutsch, Deck, 2023) oder Veränderungen von AHB und HV vor und nach der Reha ohne Nachbeobachtungszeitraum (Glöckl et al., 2021). Längsschnittdaten von AHB- Rehabilitand*innen liegen bislang nicht vor. Ziel dieser Gegenüberstellung war es, den gesundheitlichen Verlauf und die berufliche Entwicklung während der Rehabilitations-maßnahme und im Längsschnitt in den Blick zu nehmen sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei Rehabilitation und Nachsorge zu identifizieren.

Methoden

In der prospektiven Beobachtungsstudie ReCo (Projektförderer: DRV-Bund), wurden quantitative Daten im Längsschnitt erhoben. Rekrutiert wurden Rehabilitand*innen nach einer COVID-19-Erkrankung in vier pneumologischen Rehabilitationseinrichtungen. Die Teilnehmer*innen waren zwischen 18 und 65 Jahre alt.

Die schriftliche Befragung wurde zu Beginn und am Ende der Rehabilitation sowie sechs und zwölf Monate nach der Rehabilitation durchgeführt. Erfasst wurden u.a. gesundheitsbezogene Lebensqualität, Fatigue, Teilhabeeinschränkungen, COVID-Symptome und Skalen der mentalen Gesundheit sowie berufliche Outcomes und Fragen zur Rehabilitation und Nachsorge.

Ergebnisse

In dieser Stichprobe liegen für 172 Personen im Heilverfahren und 63 Rehabilitand*innen in der AHB vollständige Daten vor. Personen im Heilverfahren waren überwiegend weiblich (68%) und im Durchschnitt 52 Jahre alt, 66,1% der AHB-Rehabilitand*innen waren männlich und 55 Jahre alt ($p < 0,01$).

Atemnot (74%), Kraftlosigkeit (60%), Müdigkeit (53%) und Erschöpfung (53%) waren Symptome, die am häufigsten zu Rehabilitationsbeginn genannt wurden. Im Verlauf der Rehabilitation reduzierten sich die meisten Symptome in beiden Gruppen signifikant. Einschränkungen der subjektiven Gesundheit verbesserten sich während des Heilverfahrens mit mittleren bis großen Effektstärken ($p < 0,01$; ES zwischen 0,55 (kognitive Fatigue) und 1,40 (körperliche Fatigue)) und kleinen bis großen Effekten während der AHB ($p < 0,01$; ES zwischen 0,45 (Angst) und 1,32 (körperliche Fatigue)). Ein Jahr nach der Rehabilitation reduzierten sich die meisten Effekte, jedoch blieben die Einschränkungen unter dem Ausgangsniveau.

Während AHB-Patient*innen signifikant häufiger am Atemmuskeltraining teilnahmen, nutzte die HV-Gruppe signifikant häufiger Entspannungsübungen, physiotherapeutische Behandlungen, psychologische Beratung, Gymnastik, Unterstützung zur beruflichen Integration und Kreativtherapie.

Zu Beginn der Rehabilitation waren 78% der Studienteilnehmer*innen erwerbstätig. Zwölf Monate nach der Rehabilitation kehrten 86,9% (HV) bzw. 88,6% (AHB) in das Erwerbsleben zurück. Die Zeit zwischen dem Rehabilitationsende und dem ersten Arbeitstag lag in der HV- Gruppe bei einer Woche und war mit 5,5 Wochen in der AHB-Gruppe signifikant länger ($p < 0,01$).

Im Jahr nach der Rehabilitation nahmen 64,1% der HV-Patient*innen eine Rehabilitations-nachsorge in Anspruch, während dies nur für 48,8% der AHB-Patient*innen zutraf ($p < 0,01$).

Diskussion und Fazit

Rehabilitand*innen beider Rehabilitationsformen wiesen zu Beginn der Rehabilitation erhebliche physische Einschränkungen und mentale Belastungen auf. Im Unterschied zu anderen Untersuchungen, in denen Patient*innen mit schwerem oder kritischem Krankheitsverlauf zu Beginn einer Anschlussheilbehandlung die größeren Einschränkungen aufwiesen (Gloeckl et al., 2021), zeigt unsere Stichprobe im Heilverfahren in den meisten Outcomes ein höheres Ausmaß an Belastungen auf. Während der Nachbeobachtung nahmen die Beeinträchtigung im Vergleich zum Entlasszeitpunkt in beiden Gruppen wieder zu, wobei die HV-Gruppe vielfach die höhere Symptomlast und den schlechteren Gesundheitszustand aufwies. Die Mehrheit der Rehabilitand*innen (88%) kehrte ein Jahr nach der Rehabilitation an den Arbeitsplatz zurück. Dieses positive Ergebnis wird teilweise durch die Tatsache relativiert, dass die Rehabilitand*innen ihre subjektive Arbeitsfähigkeit immer noch als um 30- 40% vermindert wahrnahmen.

Take-Home-Message

Bei der medizinischen Rehabilitation nach COVID-19 ist es unerlässlich, zwischen AHB- und HV-Patient*innen zu unterscheiden, da sie sich nicht nur in soziodemografischen Merkmalen unterscheiden, sondern aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch

unterschiedliche Rehabilitationsziele verfolgen. Es ist darüber hinaus wichtig, Rehabilitand*innen nach COVID-19-Erkrankung auf die Rehabilitationsnachsorge vorzubereiten und sie entsprechend der fortbestehenden Symptome weiter zu betreuen.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien. (2022): S1-Leitlinie Long/ Post-COVID - Living Guideline. Abgerufen von: https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-027l_S1_Post_COVID_Long_COVID_2022-08.pdf.

Gloeckl R, Leitl D, Jarosch I, Schneeberger T, Nell C, Stenzel N, Vogelmeier CF, Kenn K, Koczulla AR (2021): Benefits of pulmonary rehabilitation in COVID-19: a prospective observational cohort study. ERJ open research, 7(2), 00108-02021. doi:10.1183/23120541.00108-2021.

Rutsch, M., Deck, R. (2023): Medizinische Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom – gesundheitliche und berufliche Veränderungen im Zeitverlauf. Zeitschrift Deutsche Rentenversicherung, 1, 27-51.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Rehabilitationsmaßnahmen nach einer COVID-19-Erkrankung bei Versicherten der BGW: Ergebnisse einer retrospektiven Querschnittserhebung

Svenja Mertens[1]; Albert Nienhaus[1]; Claudia Westermann[2]; Uwe Koch-Gromus[1]

[1] Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf;
[2] Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Hintergrund und Zielstellung

Während der COVID-19 Pandemie waren Personen, die in Gesundheitsberufen arbeiten, einem mehr als zweifach erhöhten Risiko ausgesetzt, sich mit dem Virus zu infizieren (Wachtler et al., 2021). In einer Befragung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gaben 73% der 2053 Befragten an, auch Monate nach der akuten Erkrankungsphase unter einem Post-Covid-Syndrom (PCS) zu leiden (Peters et al., 2022). Die häufigsten Symptome sind anhaltende Erschöpfung und Müdigkeit, Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen (Lopez-Leon et al., 2021). (Chopra et al., 2021) fanden heraus, dass 40% der Infizierten nach 60 Tagen immer noch arbeitsunfähig waren.

Aufgrund der Vielfalt der PCS-Symptomatik ist es wichtig zu evaluieren, inwieweit sich die Symptomatik durch stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen verbessert, damit Betroffene auch nach der Erkrankung wieder arbeitsfähig sind und ihren Alltag bestreiten können. Bisher existieren wenige Studien zur Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen und davon sind ebenweniger im ambulanten Sektor angesiedelt. Das Ziel der vorliegenden Studie ist, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie ambulante Rehabilitationsmaßnahmen der BGW aus Sicht der Betroffenen erlebt und bewertet werden.

Methoden

Im November 2022 wurden im Rahmen einer retrospektiven Querschnittsuntersuchung N=394 Versicherte aus den Gesundheits- und Wohlfahrtsberufen angeschrieben, bei denen sowohl eine Verdachtsanzeige auf COVID-19 als Berufskrankheit als auch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme registriert war. Ausgefüllte Fragebögen, die bis Ende Februar 2023 eintrafen, wurden berücksichtigt. Die erhobenen Konstrukte des Fragebogens umfassen unter anderem soziodemografische und berufliche Daten, Informationen über die akute und langanhaltende Symptomatik aufgrund der COVID-19-Erkrankung, erhaltene stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sowie eine subjektive Bewertung deren Wirksamkeit. Bei der Datenauswertung wurde zunächst deskriptiv vorgegangen. Unterschiede wurden mithilfe von Varianzanalysen (ANOVAs) auf Signifikanz getestet.

Ergebnisse

An der Befragung nahmen insgesamt n=211 der angeschriebenen N=394 Personen teil (Rücklaufquote: 53,6 %). 86,7 % der Teilnehmenden ordneten sich dem weiblichen Geschlecht zu. Das Durchschnittsalter zum Befragungszeitpunkt lag bei M=52,1 (SD=9,2) Jahren.

Kein oder mildes PCS konnte bei keiner Person festgestellt werden. N=10 (4,7 %) Personen litten unter einem moderaten und n=193 (91,5 %) und einem schweren PCS. Im Mittel lag der PCS-Score bei MW=45 (SD=9,9) Punkten.

Insgesamt gaben n=194 Personen an, Rehabilitationsmaßnahmen erhalten zu haben. Davon haben n=32 (16,5 %) Personen eine ambulante und n=46 (23,7 %) eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erhalten. Bei n=116 (59,8 %) ist sowohl eine stationäre als auch eine ambulante Maßnahme erfolgt.

Bei n=114 (65,9 %) hat sich die PCS-Symptomatik verbessert. Der Durchschnitt liegt bei MW=3,8 (SD=1,1). Die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) ergab hierbei keinen signifikanten Unterschied ($F(2,170)=2,97$; $p=0,054$), jedoch zeigten die aufgrund der voneinander abweichenden Gruppengrößen durchgeführten Post-hoc Tests nach Gabriel einen signifikanten Unterschied zwischen zu Gunsten rein ambulant rehabilitierter Personen gegenüber ausschließlich stationär Rehabilitierten (D=0,63 (KI: 0,01-1,25; p=0,047).

Diskussion und Fazit

Anhand der oben berichteten Ergebnisse lässt sich weiterhin ein hoher Leidensdruck der von PCS Betroffenen feststellen, der sich sowohl im privaten als auch beruflichen Alltag bemerkbar macht. Zusammenfassend lässt sich schließen, dass Rehabilitation bei PCS einen positiven Effekt auf die Symptomatik der Befragten hat. Eine ambulante Rehabilitation erfolgt häufig nach einer stationären Maßnahme und nimmt zur Nachsorge einen enormen Stellenwert ein.

Take-Home-Message

Personen, die unter dem Post-COVID Syndrom leiden, werden meist stationär und ambulant versorgt. Sie erleben durch die Rehabilitationsmaßnahmen größtenteils eine Verbesserung der Symptomatik, jedoch sind ihre Arbeitsfähigkeit und ihr Gesundheitszustand weiterhin stark eingeschränkt.

Literatur

Chopra, V., Flanders, S. A., O'Malley, M., Malani, A. N., Prescott, H. C. (2021): Sixty-Day Outcomes Among Patients Hospitalized With COVID-19. Ann Intern Med, 174(4), 576-578. https://doi.org/10.7326/m20-5661.

Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A., Villapol, S. (2021): More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep, 11(1), 16144. https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8.

Peters, C., Dulon, M., Westermann, C., Kozak, A., Nienhaus, A. (2022): Long-Term Effects of COVID-19 on Workers in Health and Social Services in Germany. Int J Environ Res Public Health, 19(12): https://doi.org/10.3390/ijerph19126983.

Wachtler, B., Neuhauser, H., Haller, S., Grabka, M. M., Zinn, S., Schaade, L., Hövener, C., Hoebel, J. (2021): The Risk of Infection with SARS-CoV-2 Among Healthcare Workers During the Pandemic. Dtsch Arztebl Int, 118(49), 842-843. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0376.

Förderung: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Trainingseffekte und Zusammenhänge zwischen physiologischen und psychologischen Parametern bei der Leistungsbeurteilung von COVID-19 Patienten im Rahmen einer stationären Rehabilitation

Uwe Schwan[1]; Michèle Arndt[2]; Helen Heyer[2]; Lars Schlenker[2]; Stefan Peters[1,3]; Maximilian Köppel[1]; Alexander Woll[2]

[1] Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V.;
[2] Karlsruher Institut für Technologie; [3] Universität der Bundeswehr München

Hintergrund und Zielstellung

Seit Ausbruch der Pandemie haben sich in der Bundesrepublik ca. 40.000 Menschen mit dem Covid-19 Virus infiziert. Nach einer akuten COVID-19 Erkrankung, welche eine Multiorgan-Krankheit mit vielfältigen Manifestationen darstellt, gibt es eine gewisse Anzahl von Patientinnen und Patienten, die langfristige Beschwerden wie z. B. Fatigue, Dyspnoe und Gelenksschmerzen aufweisen (Long-COVID bzw. Post-COVID-Syndrom) (Akbarialiabad et al., 2021). Während bislang keine Kausaltherapie von LC/PCS existiert, strebt die medizinische Rehabilitation eine Besserung der Funktionsfähigkeit, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie der verschiedensten Krankheitssymtome an. Kritische Stimmen mahnen jedoch, dass aktivierende Maßnahmen eine Exazerbation der Symptome provozieren kann und beispielsweise von bewegungstherapeutischen Maßnahmen in der Behandlung nach COVID-19 abzusehen ist (Torjesen, 2020). Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu überprüfen, inwieweit sich die Fatigue Symptomatik und

körperliche Leistungsfähigkeit von Patienten nach Covid-19 Infektion im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme verändert.

Methoden

Insgesamt konnten 184 Patienten rekrutiert werden, die im beschriebenen Zeitraum entweder ihre Anschlussheilbehandlung oder ihre stationäre Rehabilitation nach einer COVID-19 Erkrankung durchführten. Das Training setzte sich aus 25 Minuten aeroben Ausdauertrainings fünf mal die Woche und einem moderaten Krafttraining bei 50-60% 1RM an zwei Tagen die Woche zusammen. Letztes sollte alle großen Muskelgruppen ansprechen. Alle Trainingseinheiten fanden supervidiert statt. Die Wirksamkeit des Trainings wurde anhand motorischer Leistungsdiagnostik, der Trainingsprogression, und eines Fatigue Fragebogens evaluiert. Zur statistischen Prüfung wurden hierarchische bayes'sche Regressionsmodelle mit schwachinformativen Priors gerechnet, was darüberhinaus eine Schätzung der Effektheterogenität zulässt, hier als Standardabweichung (SD) ausgedrückt. Alter, Geschlecht und Lungenfunktion wurden als interaktionseffekte ins Modell integriert. Die Ergebnisse werden anhand des Mittelwertes und des 95%-Uncertainty-Intervalls (95% UI) der Posterior Distribution angegeben.

Ergebnisse

Die Patienten zeigen eine mittlere Verbesserung der Fatigue von -4.2 Punkten (95% UI: - 5.8, -2.7). Dieser Effekt zeigt eine interindviduelle Streuung von SD= 1.4 Punkten (95%UI: 0.2, 2.6). Hinsichtlich der Trainingsprogression im Krafttraining zeigt sich eine über alle Übungen gepolte Steigerung des Trainingsvolumens von 0,35 (95% UI: 0.003, 0.703) standardisierten Mittelwertsdifferenzen (SMD). Interindividuell streut der Effekt auf die Kraftfähigkeit um SD= 0.19 SMD (95%UI: 0.068, 0.284) und indiziert damit eine ebenfalls hohe Generalisierbarkeit. In beiden Fällen wird der Effekt weder durch das Geschlecht, das Alter noch den Gewichtsstatus und im Fall der Fatigue auch nicht durch die Lungenfunktion moderiert.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass LC-Patienten im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme eine Verbesserung der Fatiguesymptomatik, als auch der körperlichen Leistungsfähigkeit verzeichnen. Darüberhinaus zeigen die Daten einen hohen Generalisierungsfaktor. Außerdem konnten in der Betreuung der 184 Patienten kein Crash verzeichnet werden. Durch das Fehlen einer Kontrollgruppe könne zwar von keinem eindeutigen Wirksamkeitsnachweis ausgegangen werden, dafür bestätigte sich allerdings die Sicherheit des Trainings-programms.

Take-Home-Message

Eine Verschlechterung des Symptomstatus durch körperliches Training im Rahmen der Covid-Rehabilitation erscheinen höchst unwahrscheinlich. Zwar dürfen die Ergebnisse durch das Fehlen einer Kontrollgruppe nur mit Vorsicht interpretiert werden, deuten jedoch auf eine Wirksamkeit der körperlichen Intervention auf die Fatigue sowie die körperliche Leistungs-fähigkeit hin.

Literatur

Akbarialiabad, H., Taghrir, M. H., Abdollahi, A., Ghahramani, N., Kumar, M., Paydar, S., et al. (2021): Long COVID, a comprehensive systematic scoping review. Infection, 1-24.

Torjesen, I. (2020): NICE cautions against using graded exercise therapy for patients recovering from covid-19.

Interessenkonflikt: Der Deutsche Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS e.V.) bietet Qualifikationen zur bewegungstherapeutischen Versorgung von Patienten mit Long-Covid an.

Unterschiede im COVID-19-Patientenkollektiv der pneumologischen Reha über den Verlauf der Pandemie

Markus Hayden[1]; Matthias Limbach[1]; Gabriele Schwarzl[1]; Dennis Nowak[2]; Michael Schuler[3]; Konrad Schultz[1]; Antonius Schneider[4]

[1] Klinik Bad Reichenhall; [2] Klinikum der Universität München;
[3] Hochschule für Gesundheit Bochum; [4] Technische Universität München

Hintergrund und Zielstellung

Zu Beginn der COVID-19-Pandemie war die Infektion vergleichsweise häufig mit schweren Verläufen, einer höheren Hospitalisierungsrate sowie einem höheren Bedarf an einer intensivmedizinischen Versorgung verbunden. Einhergehend mit einer besseren Immunisierung führen derzeitige Virusvarianten zu überwiegend milderen Symptomen, womit sich das Infektionsgeschehen verändert hat (Young et al., 2022). Dennoch kann eine Infektion auch weiterhin mit persistierenden Einschränkungen nach der Akutphase einhergehen. Zusammenfassend werden in diesem Kontext Spätfolgen der Erkrankung unter Long- und Post-COVID beschrieben. Weiterhin ist gemäß den Leitlinien eine pneumologische Rehabilitation indiziert. Eine wichtige Frage für zielgerichtete rehabilitative Maßnahmen ist, ob Unterschiede in der bestehenden Symptomatik zwischen den potenziell unterschiedlichen Patientenkollektiven bestehen. Die vorliegende Arbeit zieht einen Vergleich zwischen den Patientenkollektiven des ersten Pandemiejahres (2020) und jenem des vergangenen Jahres (2022).

Methoden

Die Daten wurden aus zwei verschiedenen Studien (COVID-Studie1 von 4/2020 – 4/2021; DRKS00023180 und CoViREHA von 6/2022 – 04/2023; DRKS00029236) in der Klinik Bad Reichenhall der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd generiert. Neben den soziodemographischen Variablen, Daten zur initialen Akutphase und Lungenfunktions-parametern (FEV1, VC, Tiffeneau-Index, DLCO) wurden Werte für Belastungsdyspnoe (mMRC), Depressivität (PHQ-9), Angst (GAD-7) und Lebensqualität (EQ- 5D-SL, EQ- 5D- VAS) erhoben. Die Datenerhebung fand zu Beginn des Rehabilitations-aufenthalts statt. Die Datenauswertung erfolgte mithilfe von t-Tests.

Ergebnisse

Insgesamt konnten die Daten von N = 385 Patient*innen (n = 224 Studie1 + n = 161 CoViREHA; 42,9%♀) in die Auswertung eingeschlossen werden. Während im ersten Jahr der Pandemie knapp die Hälfe (46,4%) der Patient*innen initial intensivmedizinische behandelt werden musste, war dies im vergangenen Jahr nur noch bei vereinzelt der Fall (6,7%). Weitere signifikante Unterschiede waren zwischen den Gruppen hinsichtlich Alter (M = 54,36±10,44 vs. M = 49,76±9,91; p < 0,001), Tiffeneau- Index (M = 104,95±12,19 vs. M = 99,00±12,56; p < 0,001), DLCO (M = 77,24±23,25 vs. M = 94,86±20,65; p < 0,001) sowie Belastungsdyspnoe (M = 2,36±1,27 vs. M = 1,42±0,90; p < 0,001) festzustellen. Die anderen Parameter (BMI: M = 30,14±5,78; FEV1: M = 89,96±19,52% vom Soll; VC: M = 88,17±18,50% vom Soll; PHQ- 9: M = 10,67±5,30; GAD-7: M = 7,24±5,07; EQ-5D-5L: M = 11,80±3,35; EQ-5D-VAS: M = 51,28±18,30) unterschieden sich nicht zwischen den Patientenkollektiven.

Diskussion und Fazit

Neben den deutlichen Unterschieden in der initial notwendigen Behandlungsintensität in der Akutphasen der Erkrankungen sind bei Patient*innen der Omikron-Welle, die zur stationären pneumologischen Rehabilitation zugewiesen werden, auch weiterhin psychische Belastungen und eine eingeschränkte Lebensqualität festzustellen, die mit jenen der Patient*innen des ersten Pandemiejahrs vergleichbar sind. Signifikante und klinisch relevante Unterschiede sind hinsichtlich der subjektiven Leistungsfähigkeit und zum Teil hinsichtlich der Lungenfunktionsparameter festzustellen. Hinsichtlich Depressivität, Ängstlichkeit und Lebensqualität sind keine signifikanten Unterschiede zu eruieren. Auch wenn hier nur ein kleiner Teil der Symptombelastung abgebildet werden kann, bekräftigen die Daten den Bedarf an adäquater Behandlung bei Long-COVID, auch bei vergleichsweise milden Initialverläufen. Zudem zeigt sich, dass die Rehabilitand*innen der 2. Studie im Schnitt jünger sind und dass somit weiterhin die Zuweisung von Patient*innen im erwerbsfähigen Alter erfolgt. Weiterhin zeigt sich in Übereinstimmung mit aktuellen Studienergebnissen (Hayden et al., 2023), dass eine Reha interdisziplinär ausgerichtet sein muss, um einer vielschichtigen Symptombelastung gerecht zu werden.

Take-Home-Message

Obwohl das veränderte Pandemiegeschehen von COVID-19 zumeist mit einer vergleichsweise milderen Akut-Symptomatik einhergeht, bestehen bei Rehabilitand*innen am Beginn der pneumologischen Rehabilitation ähnliche Belastungen und Einschränkungen der Lebensqualität wie im ersten Jahr der Pandemie, was weiterhin die Indikation zu rehabilitativen Maßnahmen unterstreicht.

Literatur

Hayden, M. C., Schuler, M., Limbach, M., Schwarzl, G., Stenzel, N., Nowak, D., & Schultz, K. (2023): Patient-Reported Outcomes (PROs) 3 und 6 Monate nach pneumologischer Post-COVID-Rehabilitation. Die Rehabilitation.

Young, M., Crook, H., Scott, J., Edison, P. (2022): Covid-19: virology, variants, and vaccines. BMJ Medicine, 1, e000040.

Ergebnisse der Post-COVID-Sprechstunde und ihre Konsequenzen für die Rehabilitation im Kontext der gesetzlichen Unfallversicherung

Janna Klüver; Henrike Kordy; Stefan Dalichau; Wibke Brinkmeier; Jesko Kleefmann; Nadine Rathmann; Lacy Yorke; Torsten Möller

BG Ambulanz Bremen

Hintergrund und Zielstellung

Ca. 5-15% der mit dem SARS-CoV-2 infizierten Personen entwickeln unabhängig vom Krankheitsverlauf anhaltende Einschränkungen ihrer biopsychosozialen Gesundheit, die als Long- und Post-COVID-Syndrom bezeichnet werden. Als häufigstes Symptom wird neben kognitiven Einschränkungen und respiratorischen Beschwerden die Fatigue beschrieben. Kardinalsymptom der Fatigue ist die Zunahme der Beschwerden nach einer nicht im Verhältnis dazu stehenden geistigen oder körperlichen Anstrengung, bezeichnet als post exertional malaise (PEM). In Verbindung stehen zudem Symptome wie Muskel- und Gelenkschmerzen, kognitive Einschränkungen, Kopfschmerzen und Schwindel (Koczulla et al., 2022).

Im Kontext der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) kann eine Infektion mit dem SARS- CoV-2 Virus und dessen Folgen als Berufskrankheit (BK Nr. 3101) oder als Arbeitsunfall je nach Tätigkeit und Infektionsgefahr anerkannt werden. Von 538.442 meldepflichtigen COVID- 19-Verdachtsmeldungen hat die gesetzliche Unfallversicherung bis zum 30.09.2023 nsgesamt 350.045 Fälle als BK 3101 anerkannt (DGUV, 2023).Vor diesem Hintergrund haben die BG Kliniken ein Versorgungsangebot für von Post- und Long-COVID betroffene Versicherte entwickelt, was sowohl stationär als auch ambulant beratende, diagnostische sowie rehabilitative Leistungen umfasst.

Aus diesem Angebot bietet die BG Ambulanz Bremen neben einer ambulanten Rehabilitation die Post-COVID-Sprechstunde (PCS) an. Ziel der PCS ist die Erhebung eines Ist-Zustands der biopsychosozialen Gesundheit zur Steuerung des weiteren Heilverfahrens.

Methoden

Versicherte, bei denen die COVID-19-Infektion als Arbeitsunfall oder Berufskrankheit anerkannt wurde, werden nach Veranlassung durch die GUV unabhängig vom Krankheitsverlauf in der PCS vorgestellt. Persistierende, organspezifische Symptome sind zu diesem Zeitpunkt bereits fachärztlich abgeklärt und ggf. behandelt. Neben der ärztlichen Vorstellung umfasst die PCS ein (neuro-)psychologisches Konsil sowie ein umfangreiches Assessment (Handgreif-Test, Orthostase-Test, SF-36, HADS, Fatigue-Skala, Resilienz- Skala, Hamburger Selbstfürsorgefragebogen).

Ergebnisse

Von April 2021 bis September 2023 absolvierten insgesamt 622 Versicherte die PCS. 89% der Versicherten waren den Berufsgruppen der Gesundheits- und Pflegedienste sowie

der Erzieher*innen und Pädagog*innen zuzuordnen. Dementsprechend zeigte sich bei der untersuchten Stichprobe ein überproportionaler Frauenanteil von über 80%. Das durchschnittliche Lebensalter lag zwischen 40 und 60 Jahren. Auffällig war die durchschnittlich lange Beschwerdedauer der Post-COVID Beschwerden von rund 15 Monaten. Ca. 45% der Versicherten waren zum Zeitpunkt der PCS aufgrund ihrer Post- COVID-Beschwerden arbeitsunfähig. Chronische Komorbiditäten besaßen eine untergeordnete Bedeutung. Art und Häufigkeit der angegebenen Post-COVID Beschwerden wurden deutlich dominiert von einer Fatigue-Symptomatik (98%), in 73% der Fälle in Kombination mit einer subjektiv erlebten eingeschränkten Hirnleistungsfähigkeit. Die Stärke der wahrgenommenen Fatigue beeinflusste proportional die Lebensqualität, Gefühle von Angst und Depression, die Resilienz sowie das positive Verhalten und Erleben. Im Rahmen des (neuro-)psychologischen Konsils wurde bei ca. 54% der Betroffenen eine Verdachtsdiagnose für eine psychische Störung gestellt. Bei ca. 92% der Verdachtsdiagnosen ließ sich ein direkter Zusammenhang zur COVID-Infektion vermuten. Hinweise auf kognitive Defizite ergaben sich bei ca. 38% der Fälle.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Fatigue in Kombination mit kognitiven Einschränkungen als Kardinalsymptom manifestiert. Bei persistierenden Beschwerden von durchschnittlich 15 Monaten kann diese als chronische Fatigue eingestuft werden, die maßgebliche Einschränkungen in der sozialen als auch beruflichen Teilhabe zur Folge hat. Im Rahmen der Rehabilitation ist ein psychoedukativer Ansatz mit dem Fokus auf Strategien zur Förderung eines selbstbestimmten und ressourcenorientierten Aktivitäts- und Energiemanagements (Pacing) zu empfehlen und eine Abkehr von einem, dem traditionellen Verständnis von Rehabilitation immanenten kurativen Ansatz zu fordern (Dalichau, 2023). Aufgrund der Komplexität und Chronizität der Symptomatik ist bei einer Verringerung der Therapiefrequenz eine zeitliche Ausweitung der Versorgung in Kombination mit einer standardisierten Einbindung individueller Nachsorgestrategien auf mehrere Monate zu diskutieren, was die Bedeutung des ambulanten Settings in den Vordergrund rückt (NICE, 2021).

Take-Home-Message

Unter besonderer Berücksichtigung der chronischen Fatigue als Leitsymptom persistierender Post-COVID-Symptome erscheint im Kontext der Rehabilitation eine Abkehr von der traditionellen Kuration hin zu einem auf mehrere Monate ausgelegten Therapieansatz mit psychoedukativem Schwerpunkt (Pacing) in Verbindung mit der regelhaften Implementierung von Nachsorgestrategien zielführend.

Literatur

Dalichau, S. (2023): Post-COVID im berufsgenossenschaftlichen Kontext unter besonderer Berücksichtigung von Diagnostik, Rehabilitation und beruflicher Teilhabe. In: Stößel, U., Reschauer, G., Michaelis, M. (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst, Bd. 36. Freiburg: Edition FFAS. 117-128.

DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) (2023): Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle im Zusammenhang mit COVID-19. URL: https://www.dguv.de/medien/inhalt/mediencenter/hintergrund/covid/dguv_zahlen_covid.pdf, Abruf: 23.10.2023.

Koczulla, A. R., Ankermann, T., Behrends, U. (2022): AWMF S1-Leitlinie Long/ Post-COVID. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-027l_S1_Post_COVID_Long_COVID_2022-08.pdf, Abruf: 23.10.2023.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2021): Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. NICE guideline (Oktober 2021): Im Internet: https://www.nice.org.uk/guidance/ng206.

Hausärztliche Einleitung einer medizinischen Rehabilitation bei Post-Covid-Patienten: Viele Erkrankte, aber nur wenige Reha-Anträge?

Silke Jankowiak; Rainer Kaluscha; Lena Tepohl

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Post-Covid-Symptome können die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit derart einschränken, dass nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen teilweise, vorübergehend oder sogar dauerhaft gefährdet ist (Lemhöfer et al., 2021). Für die Überwindung der Erkrankung und das Wiedererlangen bzw. Aufrechterhalten der beruflichen Leistungsfähigkeit ist eine bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung von erheblicher Bedeutung.

Trotz der hohen Zahl an Personen mit Post-Covid ist die Anzahl entsprechender Rehabilitationsanträge bei der DRV Baden-Württemberg laut deren Angaben gering. Es stellt sich daher die Frage, worauf diese geringen Antragszahlen zurückzuführen sind. Kenntnisse über mögliche Ursachen hierfür ermöglichen Empfehlungen zum Abbau von Barrieren bei der Inanspruchnahme entsprechender Rehabilitationsleistungen für Post-Covid-Erkrankte und damit die Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung.

Methoden

Bei der Studie handelte es sich um eine explorative Studie mit einem Mixed-Methods-Ansatz. Zunächst wurden mittels halbstrukturierter Interviews mit fünf Ärzten/Ärztinnen (Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin) sowie fünf medizinischen Fachangestellten potentiell relevante Sachverhalte zum Themenkomplex „Post-Covid“ identifiziert.

Auf Grundlage der Interviewergebnisse wurde ein spezieller Fragebogen entwickelt. Dieser umfasste u.a. Fragen zur Häufigkeit von Post-Covid-Patienten in der jeweiligen Praxis sowie zur Bedeutung rehabilitativer Angebote bei der Behandlung von Post-Covid-Symptomen und zum wahrgenommenen Nutzen von Rehabilitationsleistungen aus hausärztlicher Sicht. Zudem wurden die Gründe für und/oder gegen die Beantragung einer Rehabilitation bei Post- Covid erhoben. Der Fragebogen wurde an ca. 10.100 niedergelassene Ärzte/Ärztinnen in Baden-Württemberg verschickt. Die Rücklaufquote lag bei etwa 5% (537 Bögen). Auf Erinnerungen wurde verzichtet.

Ergebnisse

Der Anteil Post-Covid-Betroffener unter Covid-19-Erkrankten in den Arztpraxen wird im Mittel auf rund 7% (±8%) geschätzt. Von den Patienten/innen mit Post-Covid benötigen nach hausärztlicher Einschätzung durchschnittlich rund 47% (±34%) eine Rehabilitationsmaßnahme zur Unterstützung der Genesung.

Rund 78% der Befragten haben bereits eine Rehabilitation aufgrund von Post-Covid bei ihren Patienten/Patientinnen eingeleitet. Vor allem Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe, Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung und ein hoher Leidensdruck sind für die Empfehlung zur Antragstellung ausschlaggebend (vgl. Abb. 1).

Abb. 1: Häufigkeit der Gründe, die dafür sprechen, eine Rehabilitation bei Post-Covid zu beantragen (Mehrfachnennungen möglich). Angaben von 419 niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen.

Daneben werden fehlende Verbesserungen durch ambulante Therapien sowie das Risiko einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes als Gründe genannt. Die ärztliche Einschätzung, dass sich die Symptomatik auch ohne eine Rehabilitation verbessern wird, sowie fehlende Beeinträchtigungen aus Betroffenensicht sind neben familiären Verpflichtungen der Betroffenen die häufigsten Gründe dafür, dass eine Antragstellung unterbleibt (vgl. Abb. 2).

Im Hinblick auf den Nutzen für die Genesung schätzten 72% der Befragten die Rehabilitation als hilfreich bis sehr hilfreich ein. Rund die Hälfte der Befragten schätzt den rehabilitativen Behandlungsbedarf höher ein als das verfügbare Angebot.

Abb. 2: Häufigkeit der Gründe, die dagegen sprechen, eine Rehabilitation bei Post-Covid zu beantragen (Mehrfachnennungen möglich). Angaben von 419 niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen.

Diskussion und Fazit

Die Befragungsergebnisse deuten auf eine weitgehend bedarfsorientierte Antragstellung in den Hausarztpraxen hin. So wird eine Rehabilitation vor allem aufgrund von Einschränkungen der beruflichen und alltäglichen Leistungsfähigkeit beantragt, während sie bei fehlenden Beeinträchtigungen nicht eingeleitet wird. Es bleibt aber unklar, ob ein Reha-Verzicht wegen familiärer Verpflichtungen oder ein Abwarten nicht in einer Unterversorgung mündet.

Dennoch scheint die Rehabilitationsinanspruchnahme hinter dem Bedarf zurückzubleiben. So weisen gemäß den hausärztlichen Angaben 7% aller Covid-19-Infizierten Post- Covid- Symptome auf, was 355.178 Betroffenen von den bis April 2023 in Baden- Württemberg bestätigten 5.073.974 Covid-19-Fällen entspräche (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, 2023). Unter den Post-Covid-Fällen haben laut dieser Befragung 47%, d.h. 166.934 Betroffene, Rehabilitationsbedarf. Deutschlandweit wurden im Jahr 2022 jedoch nur rund 13.600 Leistungen aufgrund von Diagnosen für „besondere Zwecke“ (ICD-10-Kapitel U), worunter auch Post-Covid fällt, durchgeführt (Deutsche Rentenversicherung, 2023), so dass eine erhebliche Diskrepanz bleibt.

Allerdings kann angesichts der geringen Rücklaufquote von 5% ein Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden. So haben Dreiviertel der Befragten bereits eine Rehabilitation aufgrund von Post-Covid beantragt. Womöglich haben Praxen mit positiver Einstellung gegenüber Rehabilitationsmaßnahmen häufiger geantwortet, so dass in dieser Studie der Rehabilitationsbedarf bei Post-Covid überschätzt werden könnte. Insofern besteht weiterer Forschungsbedarf in diesem Bereich.

Take-Home-Message

Die Befragungsergebnisse hinsichtlich einer hausärztlichen Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen bei Post-Covid erscheinen bezüglich Zuweisungskriterien zwar schlüssig, erklären aber nicht die Diskrepanz zwischen Bedarfsschätzungen und tatsächlichen Antragszahlen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2023): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rehabilitation 2022. Band 228. Online unter: https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/statistikbaende/documents/Rehabilitation_2022.pdf, Abruf: 27.10.2023.

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2023): Lagebericht COVID-19. Online unter: https://www.gesundheitsamt-bw.de/fileadmin/LGA/_DocumentLibraries/SiteCollectionDocuments/05_Service/LageberichtCOVID19/2023-04-06_LGA_COVID19-Lagebericht.pdf, Abruf: 25.10.2023.

Lemhöfer, C., Best, N., Gutenbrunner, C., Loudovici-Krug, D., Teixido, L., Sturm, C. (2021): Gefühlte und reale Arbeitsfähigkeit von Patient*innen mit Post-COVID Symptomatik nach mildem Akutverlauf: eine Analyse des Rehabilitation Needs Questionnaire (RehabNeQ): Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 32(03): 151-158.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Post-COVID-Symptome und Einschränkungen in Aktivität und Teilhabe von Frauen und Männern

Andrea Bökel[1]; Jana Rosenstein[1]; Christina Lemhöfer[2]; Christian Sturm[1]

[1] Medizinische Hochschule Hannover; [2] Universitätsklinikum Jena

Hintergrund und Zielstellung

Mehr als drei Jahre nach dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie stellt sich das Post- COVID- Syndrom (PCS) (Davis et al., 2021) als eine große Herausforderung für die öffentliche Gesundheitsversorgung heraus, da Millionen von Menschen betroffen sind (Castanares-Zapatero et al., 2022). Ziel dieser Studie ist es zu untersuchen, welche Symptome mit Einschränkungen in Aktivität und Teilhabe zusammenhängen, und ob es hierbei Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt.

Methoden

In der retrospektiven Kohortenstudie wurden longitudinale klinische Routinedaten aus dem RehabNeQ (Lemhöfer et al., 2021) verwendet. Diese wurden in der Post-COVID-Ambulanz der Klinik für Rehabilitations- und Sportmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover elektronisch vor dem Arzttermin erhoben. Die Datenanalyse umfasste deskriptive Analysen sowie die Untersuchung von Zusammenhängen und Unterschieden.

Ergebnisse

Es liegen Daten von 307 ambulanten Patient:innen vor. Von ihnen stellten sich 54 ein zweites Mal und 7 ein drittes Mal vor. Bei den ersten beiden Vorstellungen waren mehrheitlich Frauen (erste Vorstellung 71,3 %; zweite Vorstellung 70,4 %) vertreten. Das Durchschnittsalter betrug 44 Jahre (Std.-Abw.=12,3).

Im RehabNeQ konnten die Patient:innen mehrere Gesundheitsprobleme angeben. Fatique wurde von 92,8 % (n = 285) der Patient:innen angeführt. Betrachtet man die Intensität der Gesundheitsprobleme, wobei 4 die höchste verfügbare Punktzahl zur Bewertung der Intensität ist, so sind Fatigue (M = 3,3) und Konzentrationsprobleme (M = 2,6) die Symptome mit den höchsten Intensitätswerten. Bezüglich Aktivitäten und Teilhabe gaben 69,7 % (n = 214) der Patient:innen an, bei täglichen Routinen eingeschränkt zu sein und dass diese Einschränkungen nach der Infektion mit COVID-19 aufgetreten waren.

Im Vergleich der Mittelwerte zwischen Frauen und Männern, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bei den Symptomen (Ausnahme: Haarausfall und Bewegungs-einschränkungen), wohl aber bei den Einschränkungen in Aktivität und Teilhabe. Frauen sind stärker eingeschränkt bei der Erledigung von Haushaltsaufgaben (Mdn = 2; U = 7283.000; p < .001; r = 0.2), der Pflege anderer Personen (Mdn = 3; U = 7225.000; p < .001; r = 0.2) und darin, dorthin zu gelangen, wo sie hinmöchten (Mdn = 2; U = 7855.500; p = 0.009; r = 0.15) als Männer (Haushaltsaufgaben Mdn = 2; Pflege anderer Personen Mdn = 2; dorthin gelangen, wo sie hinmöchten Mdn = 1)

Es liegen geschlechterspezifische Korrelationen zwischen den Symptomen und den Einschränkungen in Aktivität und Teilhabe vor: Bei Frauen gibt es Korrelationen von Antriebsmangel u.a. mit Stressbewältigung (r = 0,416, p < 0,001, n = 219, mittlerer Effekt), Entspannung/ Freude (r = 0,387; p < 0,001; n = 219, mittlerer Effekt) und Durchführung von Alltagsroutinen (r = 0,359; p < 0,001; n = 219, mittlerer Effekt). Bei Männern gibt es Korrelationen von Atemwegsproblemen mit z.B. Kurzatmigkeit bei körperlicher Anstrengung (r = 0,740; p < 0,001; n = 88; starker Effekt), Durchführung von Alltagsroutinen (r = 0,430; p < 0,001; n = 88; mittlerer Effekt) und Gesundheitspflege (r = 0,442; p<0,001; n = 88; mittlerer Effekt).

Diskussion und Fazit

Wir stellten fest, dass Fatigue eines der häufigsten Symptome (92,8 %) der Patient:innen mit PCS ist, was sich mit anderen Studien deckt (Davies et al., 2021, Lemhöfer et al., 2023, Tabacof et al., 2022). Der Fokus dieser Studie liegt in der Betrachtung der Aktivitäts- und Teilhabeeinschränkungen und den Zusammenhängen mit den Intensitäten der einzelnen Symptome. Die Ergebnisse zeigen, dass Frauen und Männer unterschiedliche Ein-

schränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens erfahren und daher wahrscheinlich einen unterschiedlichen Rehabilitationsbedarf haben.

Take-Home-Message

Symptome des PCS wirken sich in Aktivität und Teilhabe von Frauen und Männern unterschiedlich aus, was im Rahmen der Rehabilitation adressiert werden sollte.

Literatur

Castanares-Zapatero, D., Chalon, P., Kohn, L., Dauvrin, M., Detollenaere, J., Maertens de Noordhout, C., Primus-de Jong, C., Cleemput, I., Van den Heede, K. (2022): Pathophysiology and mechanism of long COVID: a comprehensive review. Ann Med 54, 1473-1487.

Davis, H. E., McCorkell, L., Vogel, J. M., Topol, E. J. (2021): Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. EClinicalMedicine 38, 101019

Lemhöfer, C., Gutenbrunner, C., Best, N., Loudovici, D., Schiller, J., Bökel, A., Sturm, C. (2021): Assessment of rehabilitation needs in patients during and after COVID-19: Development of the COVID-19-rehabilitation needs survey. Journal of rehabilitation medicine 53.

Lemhöfer, C., Sturm, C., Loudovici-Krug, D., Gutenbrunner, C., Bülow, M., Reuken, P., Quickert, S., Best, N. (2023): Quality of life and ability to work of patients with Post-COVID syndrome in relation to the number of existing symptoms and the duration since infection up to 12 months: a cross-sectional study. Qual Life Res 32, 1991-2002.

Tabacof, L., Tosto-Manusco, J., Wood, J., Cortes, M., Kontotvich, A., McCarthy, D., Rizk, D., Rozanski, G., Breyman, E., Nasr, L., Kellner, C., Herrera, J. E., Putrino, D. (2022): Post-acute COVID-19 Syndrome Negatively Impacts Physical Function, Cognitive Function, Health-Related Quality of Life, and Participation. American journal of physical medicine & rehabilitation 101, 48-52.

Rehabilitation des Post-COVID-Syndroms: Wer profitiert und ist am richtigen Platz?

Jürgen Wagner[1]; Bernd Mössinger[2]; Katerina Rosenblum[3]; Jürgen Bonnert[4]; Sezer Lammers[4]; Matthias Schmalenbach[4]; Sigrid Krause[5]; Guido Waldmann[6]; Franz van Erckelens[7]; Dominik Raab[8]; Mario Siebler[9,10]

[1] MediClin Staufenburg Klinik; [2] MediClin Albert Schweitzer Klinik;
[3] MediClin Bosenberg Kliniken; [4] MediClin Klinik Reichshof;
[5] MediClin Deister Weser Kliniken; [6] MediClin Waldkrankenhaus Bad Düben;
[7] MediClin Reha-Zentrum Gernsbach; [8] Universität Duisburg-Essen;
[9] MediClin RehaResearch gGmbH; [10] MediClin Fachklinik Rhein/Ruhr

Hintergrund und Zielstellung

Das Post-/Long-Covid- Syndrom (PCS) zeichnet sich durch multiple, indikationsübergreifende Symptome aus (Koczulla, et al., 2022). Der Verlust der körperlichen und psychischen

Leistungsfähigkeit führt zu erheblichen Einschränkungen der Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben.

Für die interdisziplinäre Rehabilitation des PCS haben sich fachübergreifend Abteilungen der MediClin Kliniken zusammengeschlossen, die anhand einer standardisierten Diagnostik, vereinheitlichter Therapiemodule, Dokumentation der Rehabilitanden (R.) und Telekonsile die Versorgung des PCS optimieren (Wagner et al., 2022).

Methoden

In einer prospektiven, offenen Multicenterbeobachtungsstudie wurden n=1035 R. aus elf unterschiedlichen Fachabteilungen (Psychosomatik, Neurologie, Pneumologie, Innere, Kardiologie, Onkologie) eingeschlossen und anhand einer standardisierten, skalierten Symptom-Checkliste bei Aufnahme und Entlassung befragt. Problembezogen werden validierte Tests und Therapiemodule eingesetzt und über ein Universitätsinstitut anonym gesammelt und analysiert.

Ergebnisse

Von n=1035 R. waren 732 (71%) Berufstätige, der Altersmittelwert lag gesamt bei 53,4 J. und bei 47,2 J. bei Berufstätigen (Median 50,0 J.). 53% waren weiblich. 61% wurden initial ambulant behandelt, bei den Berufstätigen 69%. Der Median der Aufnahme zur stationären Rehabilitation betrug 31 Wo. nach Infekt (Berufstätige 35 Wo., Rentner 19 Wo.). Der Anteil der R. mit AU > 6 Mo vor Aufnahme lag bei 35%. Eine geringe Einschränkung der Teilhabe berichteten 20%, 58% eine schwere bis aufgehobene Teilhabefähigkeit. Eine Berufsrückkehr erhofften 56%, dagegen befürchteten 23%, dies nicht mehr zu erreichen. Die Selbsteinschätzung unterschied sich signifikant durch die Dauer der AU und war signifikant geringer bei AU > 6 als bei AU < 6 oder kurzem Abstand zur Infektion, Differenz 2,72 (95%- CI [2,227, 3,197]), $p < 0.001$.

78% der R. wiesen ≥ 5 Symptome auf, die Symptomschwere korrelierte mit der Anzahl der Symptome. Die höchsten Symptomwerte bestanden in allen Indikationen für die Fatigue (Range 3,3-6,9). Pulmologische Rehabilitanden (n=311) zeigten Höchstwerte für Dyspnoe (MW 5,0), Husten und Brustschmerz, während neurologische R. (n=287) Höchstwerte für Fatigue (6,9), Muskelschmerzen (4,0) und Kopfschmerzen aufwiesen. Bei psychosomatischen R. (n = 76) fanden sich Höchstwerte bei kognitiver Dysfunktion, Angst, Depression und Schlafproblemen. Im Gegensatz hierzu zeigten internistische R. (n=252) geringere Werte der Fatigue (5,7), Dyspnoe (4,0) wie insb. auch onkologische R. (n=94).

Internistische und onkologische R. waren älter und wurden signifikant früher in die Reha aufgenommen als andere R. (Kruskal-Wallis; $p < 0,05$). Sie wiesen signifikant geringere Anzahlen an Symptomen auf sowie weniger Kopfschmerz, Schmerzen, Hyposmie oder kognitive Einschränkungen (jeweils $p < 0,05$). Pulmologische R. kommen früher in die Reha als neurologische R. (Median: 32,0 vs. 39,0 Wochen). In der Fatigueausprägung finden sich nur geringe Unterschiede, aber pulmologische R. zeigen höhere Werte für Dyspnoe und Husten, neurologische R. häufiger Kopfschmerz und kognitive Defizite. Über alle Indikationen hinweg konnten in der Rehabilitation klinisch signifikante Verbesserungen der Symptome erreicht werden zwischen -22 und -49% ($p < 0.001$, Cohen's d: 1,06 bis 3,26) vergleichbar zur Vorstudie (Wagner et al., 2022).

Diskussion und Fazit

Die Daten an n=1035 R. aus unterschiedlichen Fachabteilungen zeigen, daß der Verlust der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit über alle Fachgebiete das (unspezifische) Leitsymptom des PC Syndroms ist, gleichzeitig aber auch, daß die fachspezifische Zuweisung der Patienten nach der Symptomausprägung sinnvoll und nachvollziehbar ist (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023). In den Fachabteilungen finden sich die R. mit der jeweils stärksten fachspezifischen Symptomausprägung. Dennoch zeigen sich auch deutliche fachübergreifende PC Symptomprofile bei allen Rehabilitandengruppen. Internist./onkolog. R. weisen eine geringere Symptomschwere und -komplexität auf, dagegen stehen kognitive Störungen bei der neurologischen und psychosomatischen Rehabilitation im Vordergrund.

Die Notwendigkeit einer interdisziplinären Rehabilitation zeigt sich daran, daß der Großteil der R. fünf und mehr (fachübergreifende) Symptome aufweist und die jeweiligen fachspezifischen Symptome zwar führend, aber nicht „alleinstehend“ sind. Die fachübergreifende Rehakompetenz erscheint daher als Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation. In allen Fachbereichen über die Symptomkomplexe hinweg werden signifikante und klinisch relevante Verbesserungen der Symptomschwere auch bei länger bestehendem PCS erreicht.

Take-Home-Message

Für die Zukunft sollte bei internistischen R. mit PCS der Fokus auf der Rekonvaleszenz und der Rekonditionierung liegen, wogegen R. mit insbesondere kognitiven Defiziten, Kopfschmerz und Schlafstörungen früher als bisher einer psychosomatischen und neurologischen Rehabilitation zugeführt werden sollten.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2023): Eckpunktepapier für die medizinische Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom. 1. Aufl. 10/2023, Berlin: DRV Bund.

Koczulla, A. R., Ankermann, T., Behrends, U. et. al. (2022): Deutsche S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID. Pneumologie. 2022; 76(12): 855-907.

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.

Rehabilitationsbedarfe und Rehabilitationskonzepte für die Behandlung von Post-COVID aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten

Jens Hensen; Anika Tiede; Filipa Krolo-Wicovsky; Stefanie Tobschall; Corinna Bergelt

Universitätsmedizin Greifswald

Hintergrund und Zielstellung

Nach einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2) und einer darauffolgenden COVID-19 (coronavirus disease 2019) ist ein Teil der Patient:innen (> 6,5%) von persistierenden Symptomen betroffen (Peter et al., 2022). Insbesondere Beschäftigte in der Gesundheitsfürsorge sind durch Ihren vermehrten Kontakt

mit SARS-CoV-2-Infizierten einem erhöhten Risiko selbst zu erkranken, und unter Spät- oder Langzeitfolgen zu leiden, ausgesetzt. Daraus ergibt sich ein Versorgungsbedarf hinsichtlich der Behandlung ihrer teils massiven Beschwerden und Einschränkungen (Amdal et al., 2021), und ein rehabilitativer Bedarf zur Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit, Partizipation und Teilhabe. Letzterer wird aktuell bereits in vielen Kliniken bedient. Jedoch bestehen, aufgrund der Neuartigkeit dieser Erkrankung, noch viele Unsicherheiten hinsichtlich einer bedarfsgerechten Versorgung. Zu den Erfahrungen der Post-COVID-Patient:innen diesbezüglich ist bisher noch wenig bekannt.

Dieser Beitrag untersucht daher die Erfahrungen von Post-COVID-Patient:innen mit einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme.

Methoden

Im Rahmen eines Verbundprojektes zur Post-COVID-Versorgung, wurde in diesem Teilprojekt der Fokus auf die Rehabilitation gelegt. In Zusammenarbeit mit einem anderen Teilprojekt des Verbundes, wurden aus einer größeren Stichprobe von Versicherten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Teilnehmende für qualitative Interviews gewonnen. Der semistrukturierte Interviewleitfaden umfasste die Themenfelder Krankheitsverlauf, Zuweisung zur Rehabilitationsbehandlung, konkrete Therapiemaßnahmen und -ergebnisse, sowie Herausforderungen und Optimierungsmöglichkeiten der Rehabilitation aus Sicht der Betroffenen. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring, 2008).

Ergebnisse

Von Juni bis August 2023 wurden 20 Betroffene interviewt, die eine Rehabilitation in Kliniken mit unterschiedlichen Indikationsbereichen in Anspruch genommen haben. Die Mehrzahl der Befragten leidet auch nach Abschluss der Rehabilitation (die zum Befragungszeitpunkt zwischen 6 und 18 Monaten zurücklag) weiterhin unter Post-COVID Symptomen. Ebenso geben die meisten der Befragten an, dass sie bis zum Befragungszeitpunkt nicht wieder in ihren Beruf zurückkehren konnten. Viele der Betroffenen beschreiben, dass die Rehabilitationsmaßnahmen nicht zum Symptombild gepasst haben, oder die Intensität der Maßnahmen zu hoch war. Diesbezügliche Rückmeldungen der Betroffenen wurden nicht berücksichtigt. Teilweise sei es sogar zur Symptomverschlechterung gekommen. Der Zuweisungsprozess wurde häufig als intransparent und willkürlich, nicht an den Behandlungsbedarfen orientiert, erlebt. Im Schwerpunkt wurden aktivierende Maßnahmen im Gruppenverbund, wie „Nordic-Walking“ praktiziert. Diese überforderten die Betroffenen häufig. Als Herausforderung, insbesondere unter Einfluss einer Fatigue-Symptomatik, wurde der Prozess der Beantragung der Rehabilitationsbehandlung durch die Betroffenen beschrieben. Des Weiteren sei eine Optimierung der Behandlungskonzepte durch eine erhöhte Flexibilität, orientiert am individuellen Krankheitsbild, möglich. Gleichzeitig wird häufig Verständnis für die erschwerten Arbeitsbedingungen der Behandler:innen im Rahmen der Pandemie, sowie für die eingeschränkte Erkenntnislage bezüglich des neuartigen Beschwerdebildes und dem entsprechenden Mangel an dezidierten Behandlungskonzepten geäußert. Grundsätzlich wünschen sich die Betroffenen in der Darstellung ihres Leidensdruckes offener angenommen zu werden.

Diskussion und Fazit

Betroffene einer Post-COVID-19-Erkrankung beschreiben ihre Erfahrungen der Rehabilitationsbehandlung sehr ambivalent. Einerseits kritisieren sie den geringen Symptomrückgang. Andererseits äußern sie Verständnis gegenüber den Kliniken, aufgrund der Herausforderungen einer neuartigen Erkrankung. Dies kann sowohl bei der Zuweisungssteuerung als auch bei den Behandlungskonzepten auf Optimierungspotential hinweisen.

Take-Home-Message

Die Rehabilitationsbehandlung von Post-COVID-Patient:innen bedarf einer stärkeren Orientierung an der individuellen Symptomatik der Betroffenen.

Literatur

Amdal, C. D., Pe, M., Falk, R. S., Piccinin, C., Bottomley, A., Arraras, J. I.,Darlington, A. S., Hofsø, K., Holzner, B., Høyning Jørgensen, N. M., Kulis, D., Rimehaug, S. A., Singer, S., Taylor, K., Wheelwright, S., Bjordal, K. (2021): Health-related quality of life issues, including symptoms, in patients with active COVID-19 or post COVID-19; a systematic literature review. Quality of Life Research. doi:10.1007/s11136-021-02908-z.

Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

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): EPILOC Phase 1 Study Group. Post-acute sequelae of covid-19 six to 12 months after infection: population based study. BMJ. 2022 Oct 13;379:e071050. doi: 10.1136/bmj-2022-071050. PMID: 36229057; PMCID: PMC9557001.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Der Regensburg COVID-19 Recovery Documentation Fragebogen (ReCoRD) zur Erfassung der Symptomverteilung bei Post-Covid

Thomas Loew[1]; Thilo Hinterberger[1]; Nike Walter[1];
Michael Jöbges[2]; Alexa Kupferschmitt[3]; Volker Köllner[3,4]

[1] Universitätsklinikum Regensburg; [2] Kliniken Schmieder Konstanz; [3] Reha-Zentrum Seehof; [4] Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Die COVID-19-Pandemie hat weltweit erhebliche Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit von Menschen hinterlassen. Insbesondere Personen, die an COVID- 19 erkrankt waren und sich von der Infektion erholt haben, könnten weiterhin mit einer Vielzahl von gesundheitlichen Herausforderungen konfrontiert sein. Um diese Herausforderungen zu verstehen und gezielt Unterstützung anzubieten, wurde der "Regensburg COVID- 19 Recovery Documentation (ReCoRD) entwickelt. Ein Ziel der PoCoRe-Studie bestand darin, die Symptombelastung und die psychische Belastung bei Personen zu erfassen, die von COVID-19 genesen sind. Der ReCoRD -Fragebogen wurde speziell entwickelt, um verschiedene Aspekte der gesundheitlichen Beeinträchtigung und des psychischen Wohlbefindens nach einer überstandenen COVID-19-Erkrankung zu bewerten. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, gezielte Interventionen und Ressourcen für Genesene bereitzustellen und das Verständnis für die langfristigen Auswirkungen von COVID-19 zu vertiefen.

Methoden

Im Rahmen einer prospektiven, explorativen, multizentrischen Post-Covid-Reha-Studie (PoCoRe) wurde der ReCoRD Fragebogen an fünf Reha-Zentren in Deutschland zum Zeitpunkt der Aufnahme erhoben. Der Fragebogen erfasst insgesamt 25 verschiedene psychische und physische Symptome, deren Auftreten vor der Covid-19 Infektion sowie die Symptomdauer seit Beginn der Covid- Erkrankungen (bis 14 Tage, länger als 14 Tage, länger als 3 Monate).

Ergebnisse

Insgesamt haben n=789 PatientInnen (70,7% weiblich/ 29,3% männlich, Durchschnittsalter 49,0 ± 10,4 Jahre) den ReCoRD ausgefüllt. Die hier erfassten Symptome, die zudem länger als 3 Monate anhielten, waren hauptsächlich psychischer und neurokognitiver Natur. Mit 74% wurde Müdigkeit am häufigsten genannt, gefolgt von Konzentrationsstörungen (70%), Gedächtnisstörungen (63%), Schlafstörungen (52%) und Gelenk-/Muskelschmerzen (43%) (Abb. 1). Die Akutsymptomatiken unterscheiden sich deutlich von den Post-Covid-Symptomen. Jedes dieser Post-Covid-Symptome hatte durchschnittlich mindestens 6 Co-Symptome.

Abb. 1: Symptomverteilung bei akuter COVID-19 Infektion, Long-Covid und Post-Covid.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse des Regensburg COVID-19 Recovery Documentation (ReCoRD) Fragebogens zur Erfassung der Symptomverteilung bei Post-COVID-Patienten zeigen deutlich die Symptomverschiebung von der üblichen Infektsymptomatik in der Akutphase der Covid-Erkrankung hin zu einem Post-Covid-Symptomspektrum, das die Müdigkeit und neurokognitiven Symptome wie Konzentrationsstörungen und Gedächtnisprobleme als Hauptbeschwerden zeigt. Hinzu kommen körperliche Beschwerden pneumologischer Natur und des Bewegungsapparates, die jedoch außerhalb des ReCoRD erfasst wurden und sich daher hier nicht abzeichnen. Dieses Verständnis ist entscheidend, um maßgeschneiderte Rehabilitationsprogramme zu entwickeln, die sowohl physische als auch psychische Gesundheitsaspekte berücksichtigen, um den Betroffenen eine bessere Lebensqualität zu ermöglichen.

Take-Home-Message

Diese Ergebnisse geben einen Einblick in die Vielfalt an möglichen Post-Covid-Symptomen, die sich deutlich von der Akut-Symptomatik einer COVID-19-Infektion unterscheiden.

Literatur

Kupferschmitt , A., Hinterberger , T., Montanari, I., Gasche , M., Hermann, C., Jöbges , M., …, Köllner, V. (2022): Relevance of the post COVID syndrome within rehabilitation (PoCoRe): study protocol of a multi centre study with different specialisations . BMC Psychology , 10 (1), 189.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Post-Covid-Reha-Studie PoCoRe – eine multizentrische prospektive Studie zur Diagnostik und Wirksamkeit der Rehabilitation von Post-Covid Patient*innen

Thilo Hinterberger[1]; Michael Jöbges[2]; Christoph Kohl[3]; Christoph Hermann[4]; Stefan Kelm[3]; Gerhard Sütfels[5]; Alexa Kupferschmitt[6]; Volker Köllner[6,7]; Thomas Loew[1]

[1] Universitätsklinikum Regensburg; [2] Kliniken Schmieder Konstanz;
[3] Westerwaldklinik Waldbreitbach; [4] Kliniken Schmieder Gailingen;
[5] Reha-Zentrum Todtmoos, Klinik Wehrawald; [6] Reha-Zentrum Seehof;
[7] Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Das Post-Covid-Syndrom ist ein komplexes und uneinheitliches Krankheitsbild mit psychischen, kognitiven und körperlichen Symptomen. Derzeit gibt es noch keine zuverlässigen Therapieansätze. Da psychosomatische, neurologische und pneumologische Rehakliniken für diese Symptomatiken geeignete Behandlungskonzepte anbieten, ist es wichtig, die Wirksamkeit der Reha-Behandlung bei Post-Covid zu untersuchen und mit dieser Untersuchung die Behandlung zu optimieren.

Das ist das Ziel der Post-Covid Reha-Studie PoCoRe, welche von der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert und in fünf Rehakliniken 2022 und 2023 durchgeführt wurde. Diese sind das Reha-Zentrum Teltow (Klinik Seehof), Reha-Zentrum Todtmoos (Klinik Wehrawald), Kliniken Schmieder Konstanz und Gailingen, sowie die Westerwaldklinik Waldbreitbach. Zusätzliche, vergleichbare Daten stehen von der Post-Covid-Ambulanz Donaustauf zur Verfügung. Studienzentrum und Organisation übernahm die Abteilung für Psychosomatische Medizin des Universitätsklinikums Regensburg, sowie die Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité - Universitätsmedizin Berlin.

Methoden

PoCoRe ist eine prospektive, explorative, multizentrische Mixed-Methods-Studie mit klinischer, standardisierter Untersuchung inklusive psychologischer Testung zu drei Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, 6-Montas Katamnese). Zur Testung dienten klinische Daten der Basisdokumentation, Anamnese und Diagnostik, objektive Testmethoden zu kognitiver und körperlicher Leistungsfähigkeit, sowie eine Reihe von validierten Selbstauskunftsfragebögen. Folgende Fragebogeninstrumente wurden eingesetzt:

- Anamnestische Auskunft zur medizinischen Vorgeschichte (Vorerkrankungen)

- ReCoRD (Regensburg Covid Recovery Documentation)
- WAI (Work Ability Index)
- PHQ (Personal Health Quest)
- WHO-DAS 2.0 (Disability Assessment)
- LK18 Lebenskompetenzinstrument
- FSMC (Fatigue Skala für Mototik und Kognition)
- AE-FS (Avoidance-Endurance Fast-Screening) oder AEQ (Avoidance-Endurance Questionnaire)
- Behandlungserfolg
- ZUF8 (Behandlungszufriedenheit)
- BGK (Bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz)

Die körperlichen Belastungstests umfassten einen 6-Minuten-Gehtest, sowie ein Ergometertraining.

Hierbei wurden quantitative Daten in Form von Blutwerten (D-Dimere, HbA1c, Vitamin D3, Lactat) und leistungsphysiologischen Parametern der Spiroergometrie erhoben.

Zur objektiven Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit und Aufmerksamkeit dienten der MoCA (Montreal Cognitive Assessment), sowie der PC-gestützte TAP Test (Test of Attentional Performance).

Ergebnisse

Wie geplant, konnten etwa 1000 Patient*innen in die Studie eingeschlossen werden. So existieren derzeit etwa 1270 Datensätze zum Zeitpunkt der Aufnahme (inklusive der ambulanten Patient*innen) und 950 Datensätze zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Reha. Halbjahreskatamnesen liegen bereits von 320 Patient*innen vor, deren Erfassung ist noch nicht abgeschlossen.

Erste Ergebnisse zeigen bei ca. 65% der Patient*innen kognitive Symptomatiken und bei über 60% körperliche Einschränkungen der Patienten. Eine schwere Fatigue konnte bei über 80% der Patient*innen festgestellt werden. Mittlere Effektstärken zeigten sich im Bereich von Kognition und Aufmerksamkeit, sowie den körperlichen Verbesserungen.

Diskussion und Fazit

Mit der PoCoRe-Studie konnte erstmals die Reha-Behandlung von Post-Covid-Patient*innen in sehr umfassender Weise untersucht werden. Die Patientenzufriedenheit der Reha- Behandlung ist vergleichbar mit den sonst üblichen Rückmeldungen.

Take-Home-Message

Mit der PoCoRe-Studie liegen nun erstmals belastbare gesundheitsrelevante Daten von über 1000 Post-Covid-Patienten vor, die zeigen, dass eine Reha-Behandlung eine lohnende und sinnvolle Maßnahme in der Therapie des Post-Covid-Syndroms ist.

Literatur

Hinterberger , T., Walter, N., Galuska , J. (2021): Lebenskompetenzen als Ressourcen für die psychosomatische Behandlung. Diagnostica.

Julayanont, P., Nasreddine, Z. S. (2017): Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Concept and Clinical Review. In: A. J. Larner: Cognitive Screening Instruments. Springer, 2017, ISBN 978-3-319-44775-9, doi:10.1007/978-3-319-44775-9 7.

Kupferschmitt, A., Hinterberger, T., Montanari, I., Gasche, M., Hermann, C., Jöbges, M. ..., Köllner, V. (2022): Relevance of the post COVID syndrome within rehabilitation PoCoRe). study protocol of a multi centre study with different specialisations . BMC psychology , 10 (1), 189.

Kupferschmitt, A., Langheim, E., Tüter, H., Etzrodt, F., Loew, T. H., Köllner, V. (2023) First results from post-COVID inpatient rehabilitation. Front. Rehabil. Sci. 3:1093871. doi: 10.3389/fresc.2022.1093871.

Penner, I. K., Vogt, A., Raselli, C., Stöcklin, M., Opwis, K., Kappos, L. (2005) : The FSMC Fatigue Scale for Motor and Cognitive Functions): a new patient reported outcome measure for cognitive and motor fatigue in multiple sclerosis In: Multiple Sclerosis 11, 2005, S. S66.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

PoCoRe: Aufmerksamkeitsdefizite und depressive Symptome bessern sich unterschiedlich im Verlauf einer Post-COVID-Erkrankung – eine prospektive Kohortenstudie

Alexa Kupferschmitt[1]; Christoph Hermann[2]; Michael Jöbges[3]; Stefan Kelm[4]; Jennifer Randerath[5]; Gerhard Sütfels[6]; Thilo Hinterberger[7]; Thomas Loew[7]; Volker Köllner[1,8]

[1] Reha-Zentrum Seehof; [2] Kliniken Schmieder Gailingen; [3] Kliniken Schmieder Konstanz; [4] Westerwaldklinik Waldbreitbach; [5] Universität Konstanz; [6] Reha-Zentrum Todtmoos, Klinik Wehrawald; [7] Universitätsklinikum Regensburg; [8] Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Kognitive Symptome, wie Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, als auch depressive Symptome, wie Energieverlust oder Schlafstörungen und Fatigue sind für das Post-COVID Syndrom (PCS) kennzeichnend (Koczulla et al., 2021). Das Fachgebiet der Psychosomatik ist mit kognitiven Beeinträchtigungen, wie z.B. bei Depression vertraut. Da kognitive Störungen wie Defizite der Exekutivfunktionen, der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses sehr häufige Symptome im Zusammenhang mit PCS sind (Crivelli et al., 2022), besteht die Notwendigkeit, dass die psychosomatische PCS- Rehabilitation sich auf beide Symptomgruppen, depressive Symptome als auch kognitive Störungen, konzentriert. Die vorliegende prospektive Kohortenstudie untersucht die Veränderung dieser Symptome im Rahmen einer auf PCS ausgerichteten psycho-somatischen Rehabilitation.

Methoden

Es wurden N = 80 Patienten mit PCS-Symptomen aus einer PoCoRe-Substichprobe (prospektive Multicenter-Studie) bei Aufnahme und Entlassung mittels standardisierter psychometrischer Testverfahren untersucht: PHQ-9 Fragebogen zur Erfassung von Depression, TAP - Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung mit den Untertests Arbeitsgedächtnis, Daueraufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit und Alertness. Die Stichprobenbeschreibung, einschließlich gesundheits- und arbeitsbezogener Parameter erfolgte über deskriptive Statistiken (Häufigkeitsanalysen). Zur allgemeinen Symptombelastung und zur Erfassung des Symptomverlaufs kamen T-Tests für verbundene Stichproben (mit Messwiederholung) zum Einsatz. Um den Einfluss der depressiven Symptome auf die kognitiven Störungen zu erfassen wurden Korrelations- und Regressionsanalysen gerechnet.

Ergebnisse

Bei Aufnahme wies der PHQ-9 auf das Vorliegen klinisch relevanter depressiver Symptome bei PCS-Patienten hin (PHQ-9 Gesamtscore = 15,15 ± 5,11). Im Verlauf der PCS- Rehabilitation reduzierten sich die depressiven Symptome auf ein subklinisches Niveau (PHQ-9 Gesamtscore = 8,80 ± 4,61). Dies weist auf einen starken Effekt der stationären PCS- Rehabilitation hin (Cohen's d = 1,57). Zugleich waren die Patienten am Ende der PCS- Rehabilitation weiterhin klinisch relevant beeinträchtigt in den Domänen Aufmerksamkeit und des Arbeitsgedächtnisses (siehe Tabelle 1 & 2). Diese persistierten trotz der multimodalen PCS-Behandlung, welche ein kognitives Training einschloss. In der Korrelationsanalyse und der Regressionsanalyse zeigte sich weder ein signifikanter Zusammenhang zwischen PHQ-9 und den TAP-Werten, noch konnten die depressiven Symptome zur Varianzaufklärung der kognitiven Störungen beitragen.

Tab. 1: TAP-Test: Kognitive Beeinträchtigung - Unterschiede Aufnahme-Entlassung

Sub-test	Fehler						Auslasser					
	T1	PR	T2	PR	p	Cohen's d	T1	PR	T2	PR	p	Cohen's d
	MDN (SD)		MDN (SD)				MDN (SD)		MDN (SD)			
Arbeitsgedächtnis	4.92 (7.71)	16-21	4.41 (6.12)	16-21	.613	-	4.18 (18)	14-16	3.28 (3.66)	24-27	.157	-
Daueraufmerksamkeit	4.79 (8.34)	16-21	4.76 (8.94)	16-21	.918	-	10.71 (8.78)	0	9.29 (9.27)	0	.348	-
Geteilte Aufmerksamkeit	2.71 (7.79)	42-50	2.77 (5.65)	42-50	.348	-	4.94 (5.39	10-12	4.68 (5.39)	10-12	.086	-

Anmerkung. T1 = Test Nr. 1 bei Aufnahme, T2 = Test Nr. 2 bei Entlassung, PR = Prozentrang, p = Signifikanzniveau, MDN = Median, SD = Standardabweichung

Tab. 2: Sub-TAP-Test Alertness: Reaktionszeit und Grad der Wachsamkeit – Unterschiede Aufnahme-Entlassung

Sub-TAP Test Alertness	T1 Ohne Warnton		Mit Warnton				T2 Ohne Warnton		Mit Warnton				
	MDN (SD)		MDN (SD)		Kennwert	PR	MDN (SD)		MDN (SD)		Kennwert	PR	p	Cohen's d
Alertness 1	218.09 (30.46)		206.97 (29.10)		.089 (.17)	66	243.08 (41.50)		228.61 (41.94)		.026 (.14)	38	.012	d = .32
Alertness 2	214.76 (29.40)		204.43 (28.05)		.098 (.13)	66-69	223.45 (32.49)		209.02 (30.45)		.079 (.18)	58-62	.471	-
Differenz Alertness 1 & Alertness 2	3.33 (2.41)	2.54 (1.05)	-	-	19.63 (9.01)	19.59 (11.49)	-	-	-		-			

Anmerkung. MDN = Median der Reaktionszeiten, SD = Standardabweichung der Reaktionszeit, PR = Prozentrang, p = Signifikanzniveau;

Diskussion und Fazit

Im Verlauf der PCS-Rehabilitation scheinen sich depressive Symptome deutlich zu verringern. Hinsichtlich der kognitiven Beeinträchtigung ist ein vergleichbarer Effekt innerhalb des kurzen Zeitraums von 5 Wochen nicht erkennbar. Unsere Ergebnisse deuten auf die Notwendigkeit einer spezifischen Behandlung persistierender neuropsychologischer Defizite über die Dauer einer PCS-Rehabilitation hin. Hier sollte an ein längerfristiges, domänenspezifisches kognitives Training gedacht werden (Hampshire et al., 2021). Um den hohen Bedarf zu decken, wird es notwendig sein, die ambulante neuropsychologische Versorgung auszuweiten.

Take-Home-Message

Die in dieser Studie untersuchten PCS-Rehabilitationspatienten sind zu Beginn der Rehabilitation klinisch relevant depressiv, die depressiven Symptome verbessern sich im Verlauf der Rehabilitation. Ebenfalls weisen die PCS-Patienten klinisch relevante kognitive Beeinträchtigungen auf, die trotz Behandlung über den gesamten Rehabilitationszeitraum bestehen bleiben. Die kognitiven Beeinträchtigungen der hier untersuchten PCS-Patienten scheinen unabhängig von der depressiven Stimmung zu sein.

Literatur

Crivelli, L., Palmer, K., Calandri, I., Guekht, A., Beghi, E., Carroll, W., Frontera, J., García-Azorín, D., Westenberg, E., Winkler, A. S., Mangialasche, F., Allegri, R. F., Kivipelto, M. (2022): Changes in cognitive functioning after COVID-19: A systematic review and meta- analysis. Alzheimer's & Dementia, 18(5), 1047–1066. https://doi.org/10.1002/ALZ.12644.

Hampshire, A., Trender, W., Chamberlain, S. R., Jolly, A. E., Grant, J. E., Patrick, F., Mazibuko, N., Williams, S. C., Barnby, J. M., Hellyer, P., Mehta, M. A. (2021): Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19. EClinicalMedicine, 39. https://doi.org/10.1016/J.ECLINM.2021.101044.

Koczulla, A., Ankermann, T., Behrends, U., Berlit, P., Böing, S., Brinkmann, F., Franke, C., Glöckl, R., Gogoll, C., Hummel, T., Kronsbein, J., Maibaum, T., Peters, E. M. J., Pfeifer, M., Platz, T., Pletz, M., Pongratz, G., Powitz, F., Rabe, K. F., … Zwick, R. H. (2021): S1 Guideline Post-COVID/Long-COVID. Pneumologie, 75(11), 869–900. https://doi.org/10.1055/A-1551-9734/ID/JR171-34.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

PoCoRe: Einschränkungen der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit bei Post-COVID und Effekte der Rehabilitation

Gerhard Sütfels[1]; Melanie Berger[2]; Selvije Morina[2]; Thilo Hinterberger[2]; Thomas Loew[2]; Volker Köllner[3,4]; Ida Montanari[2]

[1] Reha-Zentrum Todtmoos, Klinik Wehrawald; [2] Universitätsklinikum Regensburg; [3] Charité - Universitätsmedizin Berlin; [4] Reha-Zentrum Seehof

Hintergrund und Zielstellung

Zu den Kernsymptomen des Post-COVID-Syndroms (PCS) gehört mit einer Häufigkeit von 24% auch Dyspnoe (Lopez-Leon et al., 2021). Klinisch beschreiben rund 60% der Rehabilitand*innen mit PCS in einer pneumologisch-psychosomatisch ausgerichteten Klinik Belastungsdyspnoe. Noch häufiger ist klinisch Hyperventilation bei PCS zu beobachten.

Ein Ziel dieser Studie war es, die Einschränkungen der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit mittels 6-Minunten-Gehtest (6MW), Ergo-BGA (Ergometer-Blutgasanalyse) und Lungenfunktionsparametern zu quantifizieren und mögliche Effekte der Rehabilitation zu erfassen. Es sollte u.a. geprüft werden, ob eine bei Hyperventilation zu erwartende respiratorische Alkalose mit erniedrigtem pCO2 und bei erwarteter Dekonditionierung ein verfrühter Laktatanstieg nachzuweisen ist.

Methoden

In dieser im Rahmen der PoCoRe-Studie (Kupferschmitt et al., 2022) durchgeführten Erhebung wurden am Anfang und Ende der Rehabilitation der 6MW und Blutgasanalysen (BGA) vor Belastung, nach vierminütiger Belastung mit 25 W, anschließend nach wiederum vierminütiger Belastung mit 50 W und eine Minute nach Belastung und Lungenfunktionsuntersuchungen (VC, FVC, FEV1, Tiffeneau-Index und PEF) durchgeführt.

Während beim 6MW (n=719) und bei der Lungenfunktion (n=608) auf die PoCoRe- Proband*innen aus den fünf Reha-Zentren zurückgegriffen wurde, wurden bei der Ergo- BGA Daten von 206 Proband*innen der pneumologischen (n=142), psychopneumologischen (n=25) und psychosomatischen Abteilung (n=41) in einem Rehazentrum mit abteilungsübergreifender PCS-Behandlung ausgewertet. Im Mittel waren diese Proband*innen 49 Jahre alt (156 w; 46 m).

Ergebnisse

6MW: Bei Aufnahme erreichten n=719 Proband*innen im Mittel 442 m (84,9 m weniger als erwartet). Bei Entlassung erreichten n=481 im Mittel 455 m (52,9 m weniger). Im Mittel verlängerte sich die Gehstrecke um 29 m. Kleine Effektstärken(ES) mit 0,29.

Ergo-BGA: siehe Tab. 1.

Tab. 1: Ergebnisse der Ergometer-Blutgasanalyse

Ergo-BGA (Mittelwerte)											
	Vor Belastung			Nach 4 Minuten Belastung mit 25 W			Nach weiteren 4 Minuten Belastung mit 50W			Eine Minute nach Belastung	
	Aufn.	Entl.	ES	Aufn.	Entl.	ES	Aufn.	Entl.	ES	Aufn.	Entl.
pH	7,42	7,45		7,44	7,44	**-0,23**	7,43	7,43		7,42	7,42
pO_2 mmHg	80,63	82,45	**0,2**	78,83	77,9		82,81	80,35	**0,38**	85,09	8,76
pCO_2 mmHg	35,21	34,76	-0,19	35,33	35,35		35,37	35,53		34,28	34,67
SO_2 %	95,46	95,89		95,23	95,75	**0,41**	94,72	95,49	**0,41**	96,13	95,89
HCO_3^- mmol/l	24,38	25,58		24,48	24,3		23,96	24,2		23,44	23,79
BE mmol/l	-0,15	-0,02		-0,16	-0,43		-0,79	-0,6		-1,37	-1,11
Laktat mmol/l	1,04	1,13		1,25	1,42	**-0,25**	2,08	1,62	**-0,37**	2,5	2,08

Erläuterung: Effektstärken (ES) nach Meier-Riehle und Zwingmann: ab 0,2 kleine, ab 0,5 mittlere und ab 0,8 starke Effekte.

Abb. 1: BGA vor Belastung

Abb. 2: BGA nach weiteren 4 Minuten Belastung 50W

Lungenfunktion:

Bei Aufnahme wurden bei n=608 im Mittel eine auf 93,9% des Sollwerts reduzierte VC, eine auf red. 90,4% FVC, eine auf 92,3% red. FEV1 und eine auf 91,3% red. PEF gemessen. Bei Entlassung waren bei n = 180 die VC bei 104,65%, die FVC bei 98,62% die FEV1 bei 93,64% und die PEF bei 97,83% des Sollwertes. Kleine ES: PEF mit 0,34, Grenzwertige ES: VC mit 0,19, FEV1 mit 0,17, FVC mit 0,16.

Diskussion und Fazit

Die Ergo-BGA-Daten sprechen dafür, dass die Hälfte der Proband*innen hyperventilieren (Alkalose und Hypokapnie). Am überraschendsten war, dass bei 25% die SO2 unter 95% und der pO2 bei 50% bei unter 80 mm Hg lag. Bei Berechnungen z.B. nach Nolte (Haber, 2019) verbleiben noch ca. 30% mit erniedrigtem pO2. Dies spräche für eine Gasaustauschstörung und eine sog. Bedarfshyperventilation. Hyperventilation war bei den Untersuchungen im Rahmen dieser Studie oft leistungsbegrenzend. Hinweise auf Dekonditionierung finden sich in den BGA-Daten durch einen frühen Laktatanstieg bei 45%. Die Lungenfunktion liegt im Mittel um ca. 8% unter dem Sollwert.

Die Gehstrecke steigt durch die Rehabilitation im 6MW im Mittel um 29 m. Die ES liegt unter denen anderer Studien (Pouliopoulou et al., 2023). Die Lungenfunktion entspricht am Ende der Rehabilitation im Mittel den Sollwerten. Die ES bezüglich der FEV1 und FVC liegen leicht über denen anderer Studien (Pouliopoulou et al. 2023). Die größten ES sind (in der Ergo- BGA) bei der Steigerung der SO2 (bei 50 und 25 W), dem Anstieg des pO2 (bei 50W) und bei der Abschwächung des Laktatanstiegs (bei 50W) zu finden.

Take-Home-Message

Durch Rehabilitation kann eine signifikante Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit im 6MW (ca. 30 m weiter), in der Ergo-BGA (größte ES) und in der Lungenfunktion (im Mittel auf 100% der Sollwerte) nachgewiesen werden. Dyspnoe kann sowohl Ausdruck einer Störung der Atemregulation („psychogenen“ Hyperventilation) als auch einer Bedarfshyperventilation

und/oder Dekonditionierung im Rahmen des PCS sein, was die Bedeutung einer individuellen Fallkonzeption unterstreicht.

Literatur

Haber, P. (2019): Grundlagen der arteriellen Blutgasanalyse zur Differenzialdiagnose der Arterialisierungsstörungen der Lunge. In: Schulz, K., Buhr-Schinner, H., Vonbank, K., Zwick, R.-H., Frey, M., Puhan, M. (Hrsg): Pneumologische Rehabilitation. S.295-301.

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 multi-centre study with different specialisations. BMC Psychol. 2022 Jul 29;10(1):189. doi: 10.1186/s40359-022-00892-8. PMID: 35906662; PMCID: PMC9335465.

Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A., et al. (2021): More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Sci. Rep. 11, 16144. doi: 10.1038/s41598-021-95565-8

Pouliopoulou, D. V., Macdermid, J. C., Saunders, E., Peters, S., Brunton, L., Miller, E., Quinn, K. L., Pereira, T. V., Bobos, P. (2023): Rehabilitation Interventions for Physical Capacity and Quality of Life in Adults With Post-COVID-19 Condition: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2023 Sep 5;6(9):e2333838. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.33838. PMID: 37725376; PMCID: PMC10509723.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

PoCoRe: neuropsychologische Defizite bei Post-COVID

Thilo Hinterberger[1]; Michael Jöbges[2]; Christoph Kohl[3]; Christoph Hermann[4]; Stefan Kelm[3]; Gerhard Sütfels[5]; Nike Walter[1]; Melanie Tempfli[2]; Thomas Loew[1]; Volker Köllner[6,7]

[1] Universitätsklinikum Regensburg; [2] Kliniken Schmieder Konstanz;
[3] Westerwaldklinik Waldbreitbach; [4] Kliniken Schmieder Gailingen;
[5] Reha-Zentrum Todtmoos, Klinik Wehrawald; [6] Reha-Zentrum Seehof;
[7] Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Die weltweite COVID-19-Pandemie hat drastische Auswirkungen auf die globale Gesundheit und die Gesellschaft insgesamt gehabt. Viele Menschen, die die akute Phase der Erkrankung überwunden haben, leiden weiterhin an anhaltenden Gesundheitsproblemen und Symptomen, die als "Post-COVID" bezeichnet werden. Besonders die neurokognitiven Symptome von Post-COVID sind von großer Bedeutung, da sie sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Herausforderungen darstellen. Die Entwicklung wirksamer Behandlungs- und Rehabilitationsstrategien, sowie die Unterstützung betroffener Personen sind von entscheidender Bedeutung, um die langfristigen Auswirkungen der COVID- 19- Pandemie zu bewältigen und den Betroffenen eine bessere Lebensqualität zu ermöglichen.

Das Ziel dieser Studie bestand darin, die Symptombelastung von neurokognitiven Störungen bei Post-COVID-Patienten zu erfassen und die Veränderungen nach einem Rehabilitationsaufenthalt zu bewerten.

Methoden

Im Rahmen einer prospektiven, explorativen, multizentrischen Post-COVID-Reha-Studie (PoCoRe) wurden Daten in fünf Rehabilitationszentren in Deutschland erhoben. Zur Erfassung der Prävalenz von neurokognitiven Störungen wurden etablierte neurokognitive Tests, nämlich der "Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung" (TAP) und der "Montreal Cognitive Assessment" (MoCA), verwendet. Das Vorliegen einer neurokognitiven Störung wurde analog zum DSM-5 definiert, wobei mindestens zwei auffällige Werte in den kognitiven Leistungsbereichen erforderlich waren: globale kognitive Leistungsfähigkeit (MoCA- Test < 26 Punkte), Aktivierung/Intensivierung, selektive Aufmerksamkeit, Ermüdung oder Arbeitsgedächtnis/exekutive Funktionen (TAP-Test). Mit betrachtet wurde auch der Zusammenhang mit der Fatigue, welche durch den FSMC-Fragebogen gemessen wurde. Die Tests wurden bei Aufnahme in und Entlassung aus der stationären Rehabilitation durchgeführt.

Ergebnisse

Insgesamt wurden n=903 PatientInnen (70,3% weiblich/ 29,7% männlich, Durchschnittsalter 49,0 ± 10,4 Jahre) in die Studie eingeschlossen. Bei Aufnahme zeigten 83% der Patienten ein schweres Fatigue-Syndrom nach FSMC, welches unabhängig von der Corona-Variante zu sein schien. Bei 65% der Patienten waren mindestens zwei von fünf relevanten TAP- Parametern auffällig und 42% unterschritten den Grenzwert beim MOCA-Test. Zum Zeitpunkt der Entlassung reduzierte sich die Zahlen an auffälligen Werten beim TAP-Test auf 46%, beim MOCA-Test waren 45% der vorher auffälligen Werte wieder im Normbereich, dies ergab eine hohe Effektstärke (ES=1.07, z=5.85, p < .001). Die Fatigue verbesserte sich zwar signifikant jedoch mit nur geringer Effektstärke (ES=.17, z=6,75, p < .001). Eine Clusteranalyse zeigte, dass es kaum kognitive Störungen ohne Fatigue gibt. Die Fatigue ist daher meist ein übergeordnet vorhanden und tritt in Zusammenhang mit neurologisch/kognitiven, oder aber mit physisch/motorischen Beschwerden auf.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen den großen Anteil an Patienten mit neurologisch/kognitiven Beeinträchtigungen. Diese Störungen beeinträchtigen die Lebensqualität und die Fähigkeit der Betroffenen, in den Alltag zurückzukehren. Da die Ursache der neurokognitiven Störungen bei Post-COVID-Patienten noch nicht vollständig verstanden ist, ist die Entwicklung von gezielten Behandlungsansätzen mitunter von solchen Wirksamkeitsstudien abhängig. Obwohl Therapieerfolge zu verzeichnen sind, gilt es nun, aus dem Gesamtdatensatz der PoCoRe-Studie einige dafür relevante Faktoren zu identifizieren. Die Identifizierung und Entwicklung von spezialisierten Rehabilitationsprogrammen, die sich sowohl auf die Verbesserung der neurokognitiven Funktionen als auch den Umgang mit den Defiziten befassen, sind daher von großer Bedeutung.

Take-Home-Message

Die vorliegende Studie betont die Prävalenz anhaltender neurokognitiver Störungen bei Post- COVID-Patienten und zeigt die Wirksamkeit der stationären Reha-Behandlung in Bezug auf kognitive Defizite, wohingegen sich die Fatigue nur gering zu verbessern scheint.

Literatur

Julayanont, P., Nasreddine, Z. S. (2017): Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Concept and Clinical Review. In: A. J. Larner: Cognitive Screening Instruments. Springer, 2017, ISBN 978-3-319-44775-9, doi:10.1007/978-3-319-44775-9 7.

Kupferschmitt, A., Hinterberger, T., Montanari, I., Gasche, M., Hermann, C., Jöbges, M. ... & Köllner, V. (2022): Relevance of the post COVID syndrome within rehabilitation PoCoRe). study protocol of a multi centre study with different specialisations . BMC psychology , 10 (1), 189.

Penner, I. K., Vogt, A., Raselli, C., Stöcklin, M., Opwis, M., Kappos, L. (2005): The FSMC Fatigue Scale for Motor and Cognitive Functions). a new patient reported outcome measure for cognitive and motor fatigue in multiple sclerosis In: Multiple Sclerosis 11, 2005, S. S66.

Zimmermann, P., Fimm, B. (2017): Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (Version Mobilität): TAP- M. Version 1.3.1. Herzogenrath: PSYTEST 2017.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

PoCoRe: Patientenzufriedenheit und subjektiver Behandlungserfolg

Alexa Kupferschmitt[1]; Christoph Hermann[2]; Michael Jöbges[3]; Stefan Kelm[4]; Gerhard Sütfels[5]; Thilo Hinterberger[6]; Thomas Loew[6]; Volker Köllner[7,8]

[1] Reha-Zentrum Seehof; [2] Kliniken Schmieder Gailingen; [3] Kliniken Schmieder Konstanz; [4] Westerwaldklinik Waldbreitbach; [5] Reha-Zentrum Todtmoos, Klinik Wehrawald; [6] Universitätsklinikum Regensburg; [7] Charité - Universitätsmedizin Berlin; [8] Reha-Zentrum Seehof

Hintergrund und Zielstellung

Zu den häufigsten Symptomen des Post-COVID Syndroms (PCS) zählen Müdigkeit, Fatigue, bzw. eine unverhältnismäßige Erschöpfung und kognitive Störungen (z.B. Gedächtnis- /Konzentration, Reaktionsgeschwindigkeit, Daueraufmerksamkeit) (Gogoll et al., 2023). Diese anhaltenden Symptome beeinträchtigen die Leistungs- und Funktionsfähigkeit im täglichen Leben. Obwohl es zahlreiche Forschungsanstrengungen zu den Ursachen und Krankheitsmechanismen des PCS gibt (Davis et al., 2023), steht noch keine kurative Therapie zur Verfügung. Allerdings haben sich bislang symptomorientierte Behandlungsprogramme, wie die PCS-Rehabilitation, als hilfreich erwiesen (Kupferschmitt et al., 2023; Huth et al., 2023). Nichtsdestotrotz werden v.a in den sozialen Medien immer wieder Stimmen laut, die die Rehabilitation für die Behandlung von PCS diskreditieren (vgl. Morgenroth, 2023). Ziel dieser Studie ist es, den subjektiven

Behandlungserfolg sowie die Zufriedenheit mit der Behandlung anhand stationärer PCS- Patienten zu objektivieren.

Methoden

Die prospektive Multicenter-Kohortenstudie (N = 878) basiert auf standardisierten Untersuchungen des subjektiven Behandlungserfolgs und der Patientenzufriedenheit (ZUF- 8) am Ende der PCS-Rehabilitation. Es wurden mittels Häufigkeitsanalysen und Mittelwertvergleichen vier Reha-Indikationen verglichen, die ein PCS-Konzept umgesetzt haben: Psychopneumologie, Psychokardiologie, Psychosomatik und Neurologie. Diese Studie basiert auf einer Teilstichprobe der im Rahmen der multizentrischen PoCoRe-Studie.

Ergebnisse

Der subjektive Behandlungserfolg wird über alle PCS-Reha Indikationen hinweg als gut bis sehr gut eingeschätzt. Bis zu 78% der PCS-Patienten erleben eine Besserung der körperlichen Beschwerden, ca. 55% eine Besserung des psychischen Wohlbefindens. Der Allgemeinzustand und die Leistungsfähigkeit besserten sich bei bis zu 69.3% und 62.7% der PCS-Patienten. Mit Blick auf die Patientenzufriedenheit wurde die Behandlungsqualität über alle Indikationen hinweg zu ca. 90% mit gut bis ausgezeichnet bewertet. Vergleichbare Ergebnisse zeigten sich auch hinsichtlich der Einschätzung, inwiefern die Behandlung den Bedürfnissen der Patienten entsprach. Die überwiegende Mehrheit der PCS-Patienten (ca. 80-90 %; Psychopneumologie n = 148 von 168, Psychokardiologie n = 93 von 103, Psychosomatik n = 28 von 33, Neurologie n = 234 von 273) würde die Rehabilitation weiterempfehlen und wiederkommen. Im Mehrgruppenvergleich des ZUF-8 Gesamtscores konnten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Patientenzufriedenheit mit den unterschiedlichen PCS-Indikationen festgestellt werden (siehe Tab. 1). Bewertung der Maßnahmen, welche zu einer Symptomlinderung maßgeblich beigetragen haben siehe Tab. 2. Hier scheint indikationsübergreifend die PCS-spezifische Bewegungstherapie der entscheidende Parameter zu sein.

Tab. 1: Subjektiver Behandlungserfolg und Patientenzufriedenheit.

	Psycho-pulmonologie n = 196 M (SD)	Psycho-kardiologie n = 87 M (SD)	Psycho-somatik n = 197 M (SD)	Neurologie n = 398 M (SD)	p	d
ZUF-8 Summen-punktzahl	18,57 (1,56)	18,17 (1,58)	18,68 (1,86)	18,71 (1,57)	.055	-

Hinweis. Signifikante Gruppenunterschiede werden wie folgt angezeigt: * <.005 ** <. 001 – nicht signifikant; Cohens d- Effekt Größen : .2 klein , .5 mittel, .8 groß; Skalenrange 8 bis 32, Hohe Skalenwerte kennzeichnen eine große, niedrige Skalenwerte eine geringe „Zufriedenheit".

Tab. 2: Was hat geholfen? Über alle Indikationen hinweg.

	Psycho-pulmonologie n = 196	Psycho-kardiologie n = 87	Psycho-somatik n = 197	Neurologie n = 398	p
Psychotherapie hat geholfen	34.2%	55.6%	69.0%	56.9%	.001
Bewegungstherapie hat geholfen	78.9%	88.9%	61.9%	59.9%	.002
Entspannung hat geholfen	76.3%	70.4%	83.3%	72.3%	.482
Kognitives Training hat geholfen	31.6%	33.3%	26.2%	55.5%	<.001

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Rehabilitationspatienten mit PCS in jeder Rehabilitationsindikation mit dem Therapieprogramm zufrieden sind und subjektiv einen Behandlungserfolg erleben. Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass eine multimodale Rehabilitation bei PCS-Erkrankungen als hilfreich empfunden wird, was auch mit Daten zum Behandlungserfolg übereinstimmt (Kupferschmitt et al., 2023; Huth et al., 2023).

Take-Home-Message

Reha wird von PCS-Patienten als hilfreich empfunden.

Literatur

Davis, H. E., McCorkell, L., Vogel, J. M., Topol, E. J. (2023): Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations. Nature Reviews Microbiology 2023 21:3, 21(3), 133– 146. https://doi.org/10.1038/s41579-022-00846-2.

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.

Huth, D., Bräscher, A.-K., Tholl, S., Fiess, J., Birke, G., Herrmann, C., Jöbges, M., Mier, D., Gailingen, Witthöft, M. (2023): Cognitive-behavioral therapy for patients with post-COVID-19 condition (CBT-PCC): a feasibility trial. Psychological Medicine, 1–11. https://doi.org/10.1017/S0033291723002921.

Kupferschmitt, A., Langheim, E., Tüter, H., Etzrodt, F., Loew, T. H., Köllner, V. (2023): First results from Post-COVID inpatient Rehabilitation. Frontiers in Rehabilitation Sciences.

Morgenroth, N. (2023): Post-Covid-Behandlung: Auf Krücken rein, im Rollstuhl raus. https://www.deutschlandfunkkultur.de/behandlung-von-post-covid-patienten-auf-kruecken-rein-im-rollstuhl-raus-dlf-kultur-5fb9afa1-100.html.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Begleitpersonen als besondere Zielgruppe in der Kinder- und Jugendrehabilitation – eine qualitative Befragung von Klinikmitarbeiter:innen

Laura Klüpfel; Sandra Fahrenkrog; Karla Spyra; Judith Stumm

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Die vom Gesetzgeber geplante Stärkung der Leistungen in der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (KiJu) – eines der Anliegen des 2017 in Kraft getretenen Flexirentengesetzes – umfasst u. a. den „Anspruch auf Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn diese für die Durchführung oder den Erfolg der Leistung […] notwendig ist.“ (§ 15a SGB VI). Begleitpersonen sind meist Eltern oder in seltenen Fällen auch nahe Bezugspersonen der chronisch erkrankten KiJu. Die Unterstützung und Stabilisierung des familiären und sozialen Umfeldes der KiJu ist ein wesentlicher Beitrag zu deren nachhaltigen gesundheitlichen Versorgung (Hölling et al., 2008).

Wie Begleitpersonen möglichst förderlich in den Rehabilitationsprozess der KiJu mit einbezogen werden können und wie dies adäquat realisierbar ist, wird nicht weiter konkretisiert. Im Rahmen des im Januar 2022 beschlossenen Eckpunktepapiers „Begleitpersonen“ können Rehabilitationskliniken bis Ende 2024 Begleitpersonenkonzepte entwickeln und nach Prüfung des federführenden Rentenversicherungsträgers mit finanzieller Unterstützung umsetzen. Die Edelsteinklinik sowie die Klinik Viktoriastift implementieren jeweils bereits seit einigen Jahren ein sehr ähnliches Begleitpersonenkonzept; das durch die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz geförderte Forschungsprojekt “Evaluation eines Begleitpersonenkonzepts” (EvaBePe) untersucht das Konzept, wobei sich eines der Arbeitspakete zentral auf Zielgruppenpassung konzentriert

Methoden

Die Zielgruppenpassung wird, eingebettet in einem Mixed-Methods-Design, anhand der typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz erfasst (Kuckartz, 2016). Der Fokus des Vortrags liegt auf den Ergebnissen der semistrukturierten Leitfadeninterviews mit Klinikmitarbeiter:innen (n=18) aus unterschiedlichen Fachbereichen, die zwischen Januar und April 2023 telefonisch durchgeführt wurden; den Klinikmitarbeiter:innen wird hier aufgrund ihres Erfahrungswissens die Rolle von Expert:innen zugeteilt (Palinkas et al., 2015). Die Interviews wurden anonymisiert transkribiert und inhaltsanalytisch sowohl deduktiv als auch induktiv ausgewertet. Im Rahmen der Analyse der Zielgruppenpassung wird in weiteren Schritten auf Basis qualitativer und quantitativer Methoden eine Typologie abgeleitet. Diese soll dabei behilflich sein die Begleitpersonen entsprechend ihrer Bedürfnisse zu kategorisieren und damit Begleitpersonenprogramme möglicherweise optimieren zu können.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Mitarbeiter:innen-Interviews verweisen darauf, dass Begleitpersonen eine höchst heterogene Zielgruppe mit dementsprechend unterschiedlichen Bedürfnissen darstellen. Dies macht die Konzeption und Umsetzung eines Begleitpersonenprogrammes zu einer besonders herausfordernden Aufgabe.

Betont werden häufig auftretende psychische Belastungen bis hin zu psychischen Störungen der Begleitpersonen, die es ihnen je nach Krankheitseinsicht und vorhandenen Coping- Strategien erschweren können, den Anforderungen des Klinikalltags gerecht zu werden und ihre Begleitkinder bestmöglich zu unterstützen.

Die Klinikmitarbeiter:innen verweisen außerdem mehrheitlich auf den Faktor der (fehlenden) Motivation von Begleitperson, der für die Nachhaltigkeit des Begleitpersonenprogrammes als zentral begriffen wird. In diesem Kontext zeigte sich auch Frust seitens der Klinikmitarbeiter:innen gegenüber Begleitpersonen, die wenig Motivation aufbringen.

Die Angebote an Einzelgesprächen, indikationsspezifischen Seminaren (z.B. Asthma, Adipositas, Neurodermitis) sowie übergreifenden Schulungen wie beispielsweise zum Umgang mit Medienkonsum, zur Förderung und Aktivierung bestehender Kompetenzen oder zu (funktionalem) Erziehungsverhalten werden durchweg als sinnvoll erachtet.

Diskussion und Fazit

Aus den Mitarbeiter:innen-Interviews kristallisiert sich heraus, dass die untersuchten Begleitpersonenprogramme besonders auf motivierte Begleitpersonen mit eher geringer psychischer und struktureller Belastung ausgelegt sind. Die KiJu sowohl in der Rolle als „Co- Therapeut:innen“ innerhalb der Rehabilitation zu unterstützen als auch selbst von den Angeboten zu profitieren, erfordert ein relativ hohes Maß an Initiative und Aktivität; gerade diesbezüglich sind stärker belastete Begleitpersonen potenziell eingeschränkt. Der internationale Forschungsstand zeigt, dass die Betreuung und Erziehung eines chronisch erkrankten Kindes mit einer erhöhten (psychischen) Belastung korrelieren (Cousino, Hazen, 2013). Potenziell bietet ein Begleit-Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik viele Chancen, gerade diese Gruppe – und somit gleichzeitig auch ihre Begleitkinder – nachhaltig zu unterstützen.

Eine weitere konstruktive Auseinandersetzung mit dieser Thematik seitens der Kliniken könnte sowohl die Zielgruppenpassung erweitern als auch die Erwartungshaltung der Klinikmitarbeiter:innen an die Begleitpersonen verändern und dadurch aufkommenden Frust verringern.

Take-Home-Message

Für (psychisch) stärker belastete Begleitpersonen ist ein Gerecht werden der Anforderungen des Begleitpersonenprogramms teils erschwert, da diese sich eher für eine Zielgruppe eignen, die ein relativ hohes Maß an Motivation aufbringen kann.

Literatur

Cousino, M. K., Hazen, R. A. (2013): Parenting Stress Among Caregivers of Children With Chronic Illness: A Systematic Review. Journal of Pediatric Psychology, 38, 8. 809-828.

Hölling, H., Schlack, R., Dippelhofer, A., Kurth, B.-M. (2008): Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 51, 6. 606-620.

Kuckartz, U. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden Praxis, Computerunterstützung (3., überarbeitetet Aufl.): Weinheim: Beltz Juventa.

Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., Hoagwood, K. (2015): Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 42. 533-544.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Evaluation eines neuen Rehabilitationskonzepts für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen im Längsschnitt

Monika Pauls[1]; Sarah Leinberger[1]; Nora Volmer-Berthele[2]; Rainer Kaluscha[1]; Buket Altan[2]; Lena Tepohl[1];

[1] Institut für Rehabilitationsmedinische Forschung an der Universität Ulm;
[2] Fachkliniken Wangen

Hintergrund und Zielstellung

Der Artikel von Zöllner et al. (2023) zeigt bei über 20% aller Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten und eine deutliche Erhöhung der Prävalenz während der COVID- 19-Pandemie. Eine Rehabilitationsmaßnahme stellt eine bedeutsame Maßnahme dar, um einen damit einhergehenden schlechteren Gesundheitszustand, einer niedrigeren Lebensqualität und höheren Verhaltensauffälligkeiten mit Teilhabeeinschränkungen entgegenzuwirken (Petermann et al., 2006). Dieser Beitrag präsentiert die Längsschnittergebnisse eines neuen, an der ICD-10 und den AMFG Leitlinien-orientierten Behandlungskonzepts der Fachkliniken Wangen für Kinder und Jugendliche mit ausgewählten psychischen Erkrankungen wie affektive, neurotische und Entwicklungsstörungen sowie besondere, persönliche Herausforderungen (Leinberger et al., 2022; 2023). Die hier präsentierten Ergebnisse zeigen den Längsschnitt mit einem Nachbefragungszeitpunkt von zwei Jahren nach der Rehabilitation.

Methoden

Von August 2020 bis 2023 wurden zu drei Zeitpunkten Daten erhoben: vor der Rehabilitation (t1), Rehabilitationsende (t2) sowie zwei Jahre danach (t3). Bei den erfassten Zielparametern handelte es sich u.a. um die Lebensqualität (KINDL), den Gesundheitszustand sowie Stärken

und Schwächen (SDQ). Als statistische Testverfahren wurden Wilcoxon- Vorzeichen- Rang- Tests, Friedman-Tests und T-Tests mit R durchgeführt.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen zu t1 134 Kinder/Jugendliche bzw. deren Bezugspersonen teil. Zu t2 liegen 73 und zu t3 53 Fragebögen vor (57,0% männlich, Alter = 11,0±3,5 Jahre).

Wie in Tab. 1 erkennbar ist, zeigte sich im KINDL-Skalenscore eine signifikante Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens und des Selbstwertgefühls von t1 zu t3. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbesserte sich von t1 zu t3 um 2,5 Punkte (s. Tab. 1).

Tab 1.: Transformierte KINDL-Skalenscores (Skala 0-100; höhere Werte entsprechen einer besseren Ausgangssituation) zum körperlichen und psychischen Wohlbefinden sowie dem Selbstwertgefühl und die Ergebnisse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität für die Zeitpunkte t_1 bis t_3.

Variable / Skala[1]	t_1	t_2	t_3	p-Wert
KINDL-Skalenscore				
Körperliches Wohlbefinden	28,1 [15,6]	25,0 [10,9]	37,5 [17,2]	**0,005**[2]
Psychisches Wohlbefinden	37,5 [10,9]	34,4 [16,7]	37,5 [6,3]	0,800[2]
Selbstwertgefühl	46,9 (20,1)	64,6 (15,8)	53,1 (19,7)	**0,001**[2]
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	42,6 (5,7)		45,1 (6,5)	0,073[3]

[1]Median [IQR] / Mittelwert (SD)
[2]Friedman-Rangsummentest
[3]Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test

Der von t1 zu t2 verbesserte subjektive Gesundheitszustand ging zu t3 auf das Ausgangsniveau zurück. Unmittelbar nach der Reha erreichten 90,4% einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand. Zu t1 und t3 waren es 57,1%. Eine aktivere Lebensweise war von t1 zu t2 erkennbar, die bei t3 über dem Ausgangsniveau bestehen blieb (t1=27,8%; t2=50,0%; t3=38,9% „oft“ und „immer“; p=0,010). Die Ergebnisse zeigen für die im SDQ erfassten Skalen „Emotionale Probleme (EP)“ und „Verhaltensprobleme (VP)“ einen höheren Anteil an Personen, die als unauffällig kategorisiert werden konnten (EP=56,4% vs. 74,4%; p=0,011; VP=50,0% vs. 76,3%; p=0,047).

Diskussion und Fazit

Positiv zu bewerten ist, dass sich das zu Rehabilitationsbeginn deutlich unter dem Normwert liegende Selbstwertgefühl dem Normwert annäherte (vgl. Leinberger et al., 2023). Auch die nachhaltig erzielte Erhöhung des körperlichen Wohlbefindens eingehend mit einer aktiveren Lebensweise deutet auf einen positiven und nachhaltigen Effekt des neuen Behandlungskonzepts hin. Insbesondere könnten die erzielten Ergebnisse in den Bereichen der emotionalen Probleme und Verhaltensprobleme (SDQ) auf eine gesteigerte Teilhabefähigkeit hindeuten. Es ist zu berücksichtigen, dass die Datenerhebung zu Corona-Zeiten stattgefunden hat. Während der Anteil an Kinder und Jugendlichen mit einer geminderten gesundheitsbezogenen Lebensqualität während der Pandemie anstieg und sich der Gesundheitszustand verschlechterte (Ravens-Sieberer et. al., 2023), konnte in der vorliegenden Studie eine geringfügige Steigerung der Lebensqualität bei gleichbleibendem, subjektiven Gesundheitszustand erzielt werden.

Take-Home-Message

Die langfristigen Behandlungsergebnisse zeigen signifikante Verbesserungen emotionaler und Verhaltensprobleme, was auf einen positiven Effekt des neuen Rehabilitationskonzepts der Fachkliniken Wangen auch hinsichtlich der Teilhabefähigkeit hindeutet.

Literatur

Leinberger, S., Volmer-Berthele, N., Kaluscha, R., Koyutürk, B., Emhart, S., Tepohl, L. (2022): Evaluation eines neuen Rehabilitationskonzepts für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen: Ausgangslage bei Reha-Antritt. In H.-G. Haaf, M. Streibelt, S. Weinbrenner & T. Meyer (Hrsg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 07. bis 09. März, Münster. Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), 343-346.

Leinberger, S., Volmer-Berthele, N., Kaluscha, R., Koyutürk, B., Tepohl, L. (2023): Erste Behandlungsergebnisse einer Kinder- und Jugendrehabilitation für psychische Erkrankungen. In M. Streibelt, S. Weinbrenner & T. Meyer (Hrsg.): 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 20. bis 22. Februar, Hannover. Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 128), 438-440.

Petermann, F., Koch, U., Hampel, P. (2006): Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Die Rehabilitation 45(1), 1-8.

Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Devine, J., Reiß, F. (2023): Die COVID-19-Pandemie – Wie hat sie die Kinderpsyche beeinflusst? Monatsschrift Kinderheilkunde, 1-7.

Zöllner, F., Devine, J., Kaman, A., Reiß, F., Ravens-Sieberer, U. (2023): Public Mental Health von Kindern und Jugendlichen – wie ist die Studienlage? Public Health Forum 31(3), 145-148): De Gruyter.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Fragebogen zum reha-bezogenen Behandlungskonzept für Kinder und Jugendliche – Revision und Validierung

Gloria Metzner; Manuela Glattacker

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

Individuelle Vorstellungen (subjektive Konzepte) über Krankheit und Behandlung, die Kinder mit dem Heranwachsen entwickeln, sind zentrale Aspekte der krankheitsbezogenen Selbstregulation und mit verschiedenen gesundheitsbezogenen Outcomes assoziiert (Hagger, Orbell, 2022). Während diese Zusammenhänge hinsichtlich krankheits- und medikamentenbezogener Vorstellungen auch im Kindes- und Jugendalter beforscht wurden (z.B. Kosse et al., 2020), ist das Behandlungskonzept im Hinblick auf nicht-medikamentöse Behandlungsformen weniger gut untersucht und kinder-/jugendspezifische Erhebungsinstrumente zur Erfassung dieses mehrdimensionalen Konstrukts existieren kaum (Metzner et al., 2023b). Mit dem Fragebogen zum reha-bezogenen Behandlungskonzept (Metzner et al., 2023a) lag erstmals ein Instrument zur Erfassung der Behandlungsvorstellungen von

Kindern und Jugendlichen in Bezug auf die Reha vor. In der hier berichteten Studie wurde der Fragebogen inhaltlich optimiert, multizentrisch eingesetzt und umfassend psychometrisch geprüft.

Methoden

Der bisher vorliegende Fragebogen zum reha-bezogenen Behandlungskonzept (Metzner et al., 2023a) wurde auf Basis qualitativer Vorarbeiten mit Kindern und Jugendlichen (Metzner et al., 2022) um Items ergänzt, die bislang nicht enthaltene Dimensionen des Behandlungskonzepts adressieren sollten. Der modifizierte Itempool (57 Items) wurde als Online-Umfrage implementiert. Die Rekrutierung von Teilnehmenden erfolgte in 11 Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken deutschlandweit. Die Rehabilitand*innen beantworteten die Items vor Reha-Beginn. Die psychometrischen Prüfungen umfassten Itemanalysen, eine exploratorische Faktorenanalyse (Maximum Likelihood, oblimin Rotation) und die Bestimmung der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha). Zur Überprüfung der Konstruktvalidität wurden bivariate Korrelationen (Pearson) mit Konstrukten (subjektives Krankheitskonzept, allgemeine Selbstwirksamkeits-erwartung) berechnet, mit denen theoriegemäß ein Zusammenhang erwartet werden kann.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasste 294 Rehabilitand*innen, deren mittleres Alter 14,2 Jahre (SD = 1,6) betrug, 55,8% waren weiblich und die vier häufigsten Diagnosegruppen waren Adipositas (E6; 29,0%), Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M4; 20,1%), Verhaltens- und emotionale Störungen (F9; 17,4%) und chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J4; 9,7%).

Auf Basis der Itemanalysen wurden 18 Items ausgeschlossen, sodass 39 Items in die Faktorenanalyse eingingen. Nach Ausschluss von Items mit geringer Faktorladung (< .40) und Doppelladungen ergab sich eine 6 Faktorenlösung, die insgesamt 25 Items umfasste. Inhaltlich wurden die Faktoren interpretiert als (1) Prozesserwartungen: Kommunikation mit den Behandelnden, (2) Befürchtungen hinsichtlich der Reha, (3) Ergebniserwartungen, (4) Erwartungen an die eigene Rolle im Reha-Prozess, (5) Strukturerwartungen und (6) Emotionen im Hinblick auf die Reha. Die interne Konsistenz lag für alle Skalen mit Ausnahme der Skala „Emotionen“ mit > .70 in einem akzeptablen Bereich. Überwiegend zeigten sich erwartungskonforme geringe bis moderate Zusammenhänge zwischen den Skalen des reha-bezogenen Behandlungskonzeptfragbogens und den Skalen zum Krankheitskonzept und allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung.

Diskussion und Fazit

Mit dem weiterentwickelten reha-bezogenen Behandlungskonzeptfragebogen steht ein kinder-/jugendspezifisches, ökonomisches Instrument zu Verfügung, welches das Behandlungskonzept mehrdimensional abbildet. Gegenüber der vorangegangenen Version ist der revidierte Fragebogen um weitere relevante Behandlungskonzeptdimensionen angereichert und konnte an einer größeren, multizentrisch erhobenen Stichprobe umfangreich psychometrisch getestet werden. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Autonomiebestrebens heranwachsender Kinder, der Übernahme von mehr Verantwortung für das Krankheitsmanagement und dem Anliegen, Kinder und Jugendliche aktiver an der

Gestaltung ihrer Versorgung zu beteiligen (vgl. Kinder- und Jugendstärkungsgesetz), bietet der Fragebogen praktische Ansatzpunkte. So können die individuellen Annahmen der Kinder und Jugendlichen über die Reha erfasst und gemeinsam besprochen werden, um damit ihre Sicht stärker in die Behandlung einzubeziehen.

Take-Home-Message

Mit dem weiterentwickelten Fragebogen werden vielfältige Dimensionen des reha-bezogenen Behandlungskonzepts von Kindern und Jugendlichen ökonomisch erfasst, die in die Gestaltung der Behandlung einbezogen werden können.

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, 3. 347-377.

Kosse, R. C., Koster, E. S., Kaptein, A. A., de Vries, T. W., Bouvy, M. L. (2020): Asthma control and quality of life in adolescents: The role of illness perceptions, medication beliefs, and adherence. Journal of Asthma, 57, 10. 1145–1154.

Metzner, G., Höhn, C., Waldeck, E., Stapel, M., Glattacker, M. (2022): Rehabilitation-related treatment beliefs in adolescents: A qualitative study. Child: Care, Health and Development, 48. 239-249.

Metzner, G., Höhn, C., Nau, A., Sehlbrede, M., Waldeck, E., Glattacker, M. (2023a): Treatment beliefs of children and adolescents with chronic diseases: Development of the rehabilitation treatment beliefs questionnaire for children and adolescents. Journal of Pediatric Psychology, 48, 1. 5–13.

Metzner, G., von der Warth, R., Glattacker, M. (2023b): The concept of treatment beliefs in children and adolescents with chronic health conditions: A scoping review. Health Psychology Review. 1-35, DOI: 10.1080/17437199.2023.2253300.

Individualisiertes Familien-Coaching zur Förderung der Verhaltensmodifikation von begleiteten Kindern und Jugendlichen mit Adipositas: Phase 2

Evita Ausner[1,2,3]; Ines Gellhaus[3]; Christian Falkenberg[2]; Petra Hampel[1]

[1] Europa-Universität Flensburg, [2] Fachklinik Satteldüne,
[3] Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche

Hintergrund und Zielstellung

Das Forschungsprojekt ReCoVer verfolgte das Ziel, bei begleiteten Kindern und Jugendlichen mit Adipositas in der stationären Rehabilitation eine Verhaltensmodifikation durch eine erhöhte Änderungsmotivation zu erreichen. Hierbei wurde zusätzlich zu dem standardisierten Schulungskonzept ein individueller Coaching-Leitfaden in Phase 1 entwickelt und umgesetzt (Ausner et al., 2023). Außerdem sollte auch die Motivation der Begleitpersonen erhöht werden, das eigene Kind zu unterstützen. Das Familien-Coaching wurde auf Grundlage des Kieler Coaching Modells (KCM; Rohmer-Stänner, Hartmann, 2016) und der motivierenden

Gesprächsführung entwickelt (Miller et al., 2015). Langfristiges Ziel ist die Implementierung eines individuellen Familien-Coachings in den Rehabilitationsverlauf der Adipositas-Therapie.

Methoden

In Phase 2 erfolgte eine Machbarkeitsanalyse des motivationsbasierten, individualisierten Familien-Coachings. Es wurde ein Ein-Gruppen-Prä-Post-Follow-up-Design realisiert. In die Machbarkeitsanalyse konnten N=31 Patient*innen und Begleitpersonen vor (t0) und nach der Rehabilitation (t1) eingeschlossen werden. Zudem konnten nach 6 Wochen (t2) noch N=19 erfasst werden. In beiden Phasen standen qualitative Erhebungen zur Akzeptanz und Machbarkeit im Vordergrund. Erste Hinweise auf eine Wirksamkeit wurden außerdem im unmittelbaren und kurzfristigen Rehabilitationsverlauf ermittelt.

Die Auswertung der leitfadengestützten Interviews erfolgte durch deduktive Kategorienanwendung nach Mayring (2015). Die Auswertungsfrage: „Wie beurteilen die Interviewten eine Implementierung des Familien-Coachings in den Rehabilitationsverlauf?“ wurde gleichermaßen für die drei Gruppen der Begleitpersonen, Patient*innen und Expert*innen formuliert. Die Struktur des Kategoriensystems leitete sich theoretisch aus dem Konzept der Implementationsforschung ab (Petermann, 2014). Die Hauptkategorie Implementierung gliedert sich in die Kategorien Akzeptanz, Übernahme, Machbarkeit und Nachhaltigkeit. Hierbei wurde die Definition der Nachhaltigkeit auch auf die Implementierung erlernter Inhalte in den Alltag aus Sicht der Patient*innen und Begleitpersonen übertragen.

Ergebnisse

Die Expert*innen begrüßten die höhere Beteiligung der Begleitpersonen am Reha-Prozess und erwarteten eine höhere Zufriedenheit im Reha-Kontext. Die Begleitpersonen akzeptierten das Coaching-Programm sowohl in Bezug auf den besseren Kontakt zu ihren Kindern, die individuellere Betreuung und die klare Zielformulierung. Die Patient*innen bewerteten ebenfalls die intensiven Gespräche mit den Begleitpersonen sowie die Zielstrukturierung als positiv.

Die Übernahme des Familiencoachings in den Reha-Prozess wurde von den Expert*innen ausdrücklich gewünscht, Nachteile konnten sie nicht benennen.

Hinsichtlich des zeitlichen Umfangs war aus Sicht der Begleitpersonen die Machbarkeit gegeben. Die Patient*innen empfanden den Therapieplan insgesamt als zu voll, stellten damit die Machbarkeit aber nicht infrage. Die visuellen Methoden empfanden die Patient*innen als hilfreich.

Für die Expert*innen zeigte sich vor allem in dem Abbau von Widerständen seitens der Begleitpersonen das Familiencoaching als nachhaltig. Diese wiederum äußerten eine hohe Bereitschaft zur Umsetzung des Gelernten im Alltag und waren zuversichtlich. Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen sowie der Rückhalt der Familie bestärkte die Patient*innen darin, ihre Ziele auch zuhause weiterzuverfolgen.

Diskussion und Fazit

Die qualitativen Ergebnisse deuten auf eine allgemeine Erhöhung des Motivationsstadiums zum Ende der Rehabilitation hin. Die hohe Zufriedenheit der Begleitpersonen ergab sich für sie aus dem individuellen Coaching, im Vergleich zu einer Therapie in ausschließlich altershomogener Gruppenschulung. Intensive Gespräche über die Eltern-Kind-Interaktion

sowie die klare Formulierung von Zielen und Vereinbarungen für zuhause stellten für Patient*innen und Begleitpersonen gleichermaßen einen Mehrwert dar.

Nach Meinung der Expert*innen zeigten die Begleitpersonen im Rehabilitationsprozess mehr Selbstreflexion und weniger Widerstand als in den Rehabilitationen ohne Coaching-Angebote. Die quantitative Auswertung mit N=31 Familien deutet auf eine unmittelbare Wirksamkeit der Standard-Rehabilitation kombiniert mit dem Familien-Coaching hin, auch wenn diese in einer Kontrollgruppenstudie bestätigt werden muss. Die Nachhaltigkeit der erreichten Verhaltensmodifikation sollte nach einer Implementierung des Familien-Coachings in die Rehabilitation bei Adipositas umfangreicher und mit Kontrollgruppe untersucht werden.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse legen nahe, dass das Familien-Coaching sowohl die Begleitpersonen zielgerichtet in ihrer Verantwortung und ihrem Erziehungsstil unterstützen, als auch die Patient*innen stärker zu Verhaltensänderungen motivieren kann.

Literatur

Ausner, E., Falkenberg, C., Gellhaus, I., Hampel, P. (2023): Individualisiertes Familien-Coaching zur Förderung der Verhaltensmodifikation von begleiteten Kindern und Jugendlichen mit Adipositas: Formative Evaluation. DRV-Schriften, 128. 246-247.

Mayring, P. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (13. Aufl.): Weinheim: Beltz.

Miller, W. R., Rollnick, S. (2015): Motivierende Gesprächsführung (3. Aufl.): Lambertus Verlag.

Petermann, F. (2014): Implementationsforschung: Grundbegriffe und Konzepte. Psychologische Rundschau, 65. 122–128. https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000214.

Rohmer-Stänner, H., Hartmann, S. (2016): Grundlagen des Kieler Coaching Modells. Göttingen: Ibbw-consult GmbH: Institut für berufsbezogene Beratung und Weiterbildung.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

Prozessevaluationsergebnisse zur Umsetzung mehrsprachiger Informationsveranstaltungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche im MiMi-Reha-Kids-Projekt

Hannes Banaschak[1]; Flaminia Bartolini[2]; Ramazan Salman[2]; Matthias Bethge[1]

[1] Universität zu Lübeck; [2] Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

Hintergrund und Zielstellung

Kinder aus Familien mit Migrationsgeschichte sind vergleichbar häufig von chronischen Erkrankungen betroffen wie Gleichaltrige ohne familiäre Migrationsgeschichte (Santos- Hövener et al., 2019). Allerdings deuten Studien darauf hin, dass Rehabilitationsangebote durch Menschen mit einer Migrationsgeschichte seltener in Anspruch genommen werden (Fauser et al., 2022). Als Gründe werden Sprachbarrieren, Informationsdefizite und eine unzureichende interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems

diskutiert. Vor diesem Hintergrund wurde in Berlin und Hamburg zwischen 2020 und 2022 eine multimodale Informationskampagne zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (KJR) implementiert, um die Bekanntheit und Inanspruchnahme der KJR innerhalb der migrantischen Bevölkerung zu fördern (Banaschak et al., 2023).

Methoden

Die Informationskampagne zur KJR umfasste mehrere Module (Banaschak. et al., 2023). Kernelement war die multiplikatorische Informationsvermittlung durch die Schulung von mehrsprachigen Personen zu Reha-Meditator:innen, die anschließend in herkunftssprachlichen Informationsveranstaltungen ihr Wissen zur KJR in die migrantischen Communities weitergaben. Im Rahmen einer begleitenden Prozessevaluation wurden strukturelle Merkmale der Informationsveranstaltungen über Dokumentationsbögen erfasst und Teilnehmende mit mehrsprachigen Fragebögen am Beginn und Ende der Veranstaltung zur Umsetzungsqualität befragt. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt deskriptiv. Bewertungen der Teilnehmenden zur Umsetzung werden kategorisiert nach Zustimmung („trifft zu“ und „trifft eher zu“) und Nicht-Zustimmung („teils/teils“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“) in gültigen Prozenten für Zustimmung berichtet.

Ergebnisse

Im Projektzeitraum wurden 302 Informationsveranstaltungen mit 2.940 Teilnehmenden in 16 verschiedenen Sprachen realisiert. Die häufigsten Durchführungssprachen waren Türkisch (27,4 %), Arabisch (24,3 %) und Persisch (11,3 %). 39,4 % der Informationsveranstaltungen fanden online statt. Die Veranstaltungen dauerten durchschnittlich 121,9 Minuten (SD = 51,7). Die häufigsten rehabilitationsbezogenen Themen in den Informationsveranstaltungen waren Grundlagen (81,6 %), Therapieangebote (71,9 %) und Wirksamkeit der KJR (69,9 %). 2.268 Personen beantworteten den Fragebogen zur Umsetzung (77,1 %). 68,5 % der Teilnehmenden waren weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 36,8 (SD = 13,1) Jahre. 74,1 % waren Eltern. 29,2 % wurden in Deutschland geboren. Die häufigsten Geburtsländer außerhalb Deutschlands waren Syrien (17,4 %), Türkei (9,1 %) und Afghanistan (7,7 %). Die häufigsten Erstsprachen waren Arabisch (26,2 %) Türkisch (22,8 %) und Persisch (12,5 %). Unter Teilnehmenden mit einer nicht-deutschen Erstsprache berichteten 48,1 % „mittelmäßige“ bis „sehr schlechte“ Deutschkenntnisse. Die Teilnehmenden bewerteten die Informationsveranstaltungen mehrheitlich positiv. Für 90,7 % wurde die Antragstellung und für 95,6 % die Inhalte der KJR verständlich erklärt. 95,5 % gaben an, dass sich der Besuch der Informationsveranstaltung für sie gelohnt habe. Teilnehmende berichteten zudem einen hohen subjektiven Lernerfolg. So schätzten zu Beginn 28,1 % ihr Wissen zur KJR als „sehr gut“ oder „gut“ ein, während es am Ende 85,5 % waren. Außerdem gaben am Ende der Informationsveranstaltungen 89,1 % der Eltern an, dass eine Antragstellung bei Bedarf „sehr wahrscheinlich“ oder „eher wahrscheinlich“ sei.

Diskussion und Fazit

Die mehrsprachigen Informationsveranstaltungen konnten im MiMi-Reha-Kids-Projekt erfolgreich implementiert werden. In Bezug auf Herkunft und Sprache wurde eine diverse Personengruppe erreicht, die mehrheitlich selbst Kinder hatte. Viele Teilnehmende gaben an, keine guten Deutschkenntnisse zu haben. Das unterstreicht die Notwendigkeit herkunftssprachlicher Informationsveranstaltungen zur KJR, da für diese Personen die Informations-

beschaffung sowie die direkte Kommunikation mit Zuweisenden erschwert sein kann. Die strukturelle und inhaltliche Umsetzung bewerteten die Besucher:innen positiv. Außerdem berichteten sie am Ende eine hohe Bereitschaft zur Antragstellung, was darauf hindeutet, dass die Informationsveranstaltungen das Interesse an der KJR wecken konnten. Kritisch festzuhalten ist, dass Teilnehmende osteuropäischer Herkunft gemessen am Bevölkerungsanteil in den Modellregionen unterrepräsentiert waren.

Take-Home-Message

Die mehrsprachigen Informationsveranstaltungen zur Kinderrehabilitation konnte im Rahmen des MiMi-Reha-Kids-Projekts erfolgreich implementiert werden.

Literatur

Banaschak, H., Bartolini, F., Salman, R., Bethge, M. (2023): Increasing the use of medical rehabilitation by children and adolescents with migrant background through a multimodal information campaign: protocol of a trend study and accompanying process evaluation (MiMi-Reha-Kids, DRKS00019090): Front. Public Health 11, 1089685. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1089685.

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.

Santos-Hövener, C., Kuntz, B., Frank, L., Koschollek, C., Ellert, U., Hölling, H., Thamm, R., Schienkiewitz, A., Lampert, T. (2019): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland [The health status of children and adolescents with migration background in Germany]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 62, 1253–1262. https://doi.-org/10.1007/s00103-019-03012-x.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg, Deutsche Rentenversicherung Nord

Effekte der kardiologischen Rehabilitation bei Patienten/Patientinnen mit Herzinsuffizienz mit reduzierter linksventrikulärer Funktion, Analysen aus einer prospektiven Multicenter-Untersuchung

Michal Oszczygiel[1]; Heinz Völler[2,3]; Klaus Schröder[4]; Eike Schromm[4]; Irina-Silva Popescu-Schuh[4]; Bernhard Rauch[4]; Alexandra Strobel[5]; Axel Schlitt[1,5]

[1] Paracelsus-Harz-Klinik Bad Suderode;
[2] Klinik am See - Rehabilitationsfachklinik für Innere Medizin;
[3] Universität Potsdam; [4] Zentrum für ambulante Rehabilitation;
[5] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Die Herzinsuffizienz gehört zu den zehn häufigsten zum Tode führenden Erkrankungen in Deutschland. und kann durch das multimodale Programm der Rehabilitation effektiv behandelt werden (McDonagh et al., 2021). Die Optimierung der während des Akutaufenthaltes initiierten Pharmakotherapie, die Durchführung standardisierter Schulungen, ein individualisiertes Kraftausdauer- und Koordinationstraining sowie die psychosoziale Betreuung mit Hilfestellungen zur beruflichen Reintegration stellen Kernkomponenten der Rehabilitation herzinsuffizienter Patienten/Patientinnen dar (Bjarnason et al., 2020). Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen jedoch für die Wirksamkeit der multimodalen Rehabilitation bei der Diagnose Herzinsuffizienz nur wenige Daten vor (Schürmann et al., 2021).

In der hier vorgestellten Analyse aus einem multizentrischen Projekt soll die Frage beantwortet werden, wie hoch der Anteil der berenteten Patienten/Patientinnen mit Herzinsuffizienz mit reduzierter linksventrikulärer Funktion (HFrEF = heart failure with reduced ejection fraction) in einem Follow-up von sechs Monaten nach einer Rehabilitationsmaßnahme ist.

Methoden

Nach Votum durch die Ethikkommissionen und nach schriftlicher Einverständniserklärung wurden Patienten/Patientinnen mit der Diagnose Herzinsuffizienz mit HFrEF im Zeitraum 2019-2021 in fünf deutschen Rehabilitationseinrichtungen prospektiv eingeschlossen. Es wurden allgemeine Parameter wie Alter, Geschlecht, BMI, u.a. erfasst. Weitere Zielgrößen beinhalteten u.a. die Überprüfung des psychischen und physischen Befindlichkeit (SF- 12, HADS-D) im Verlauf. Als Ausschlusskriterien dienten Krankheiten oder Funktionsstörungen, die eine Teilnahme ausschlossen (Demenz, psychische Störungen) sowie eine fehlende Einverständniserklärung. Alle Daten wurden im Rahmen der klinischen Routine gesammelt. Das Projekt wurde von der Firma Novartis Pharma GmbH unterstützt, der Clinical Trials.gov-identifier war NCT04181866. Für die vorliegende Analyse wurde der Anteil der Berentung in einem sechsmonatigen Follow-up analysiert.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 234 Patienten/Patientinnen rekrutiert, nur ca. 20% kamen mit der Hauptdiagnose zur Rehabilitation. Das mittlere Alter der Patienten/Patientinnen betrug 63,4±10,6 Jahren und 78% waren männlich. Die mittlere LVEF betrug 31±8% bei Aufnahme und 36±10% bei Entlassung. Die Parameter, die sich während des Rehabilitationsverlaufes weiterhin besserten, waren Blutdruck (124±22/76±11mmHg bei Aufnahme und 116±15/72±11mmHg bei Entlassung) sowie Herzfrequenz (75±14 Schläge pro Minute bei Aufnahme und 71±11 Schläge pro Minute bei Entlassung).

Die Patienten/Patientinnen waren bereits bei Aufnahme medikamentös leitliniengerecht behandelt (94% Betablocker, 100% Angiotensin-wirksame Medikamente mit ACE-Hemmern 29%, ARBs 23% und ARNI 49%, MRA 70%, zudem SGLT-2-Hemmern 34%, Ivabradin 7%). Bei Entlassung/nach sechs Monaten Follow–up wurde die Medikation weiter intensiviert: Betablocker 96%/96%, ACE-Hemmer 22%/21%, ARBs 27%/25%, ARNI 64%/67%, MRA 73%/70%, SGLT-2-Hemmer 45%/50%, Ivabradin 10%/10% (Oszczygiel et al., 2023).

Die mittels SF-12-Fragebogen gemessene physische und psychische Befindlichkeit der Patienten/Patientinnen verbesserte sich während der Rehabilitationsmaßnahme und im sechsmonatigen Follow-up.

Die Kostenträger verteilten sich auf 48,2% Deutsche Rentenversicherung und 51,8% Krankenkassen. 40,9% der Patienten/Patientinnen kamen erwerbstätig sowie 5,3% arbeitssuchend zur Rehabilitationsmaßnahme, 53,8% der Patienten/Patientinnen waren bei Aufnahme in die Klinik berentet. In der Nachbeobachtung blieb der Anteil der berenteten Patienten/Patientinnen mit 53,8% stabil. Der Anteil der Erwerbstätigen sank auf 27,3%, der der Erwerbslosen stieg auf 18,9% (Abbildung 1).

Abb. 1: Anteil der Berenteten, Erwerbstätigen und Erwerbslosen bei Entlassung und nach 6 Monaten

Diskussion und Fazit

In Deutschland werden nur wenige Patienten/Patientinnen mit der Hauptdiagnose Herzinsuffizienz rehabilitiert, in der hier vorliegenden Analyse betrug der Anteil nur 20%, was die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen bestätigt (Schlitt et al., 2015; Bjarnason et al., 2020).

Es zeigten sich weiterhin Effekte der Rehabilitation hinsichtlich einer substantiellen Verbesserung der Befindlichkeit und der leitliniengerechten Medikation sowie einem stabilen Anteil von berenteten Patienten/Patientinnen bei jedoch einem höheren Anteil von Erwerbslosen.

Diese Daten spiegeln die Wirksamkeit der multimodalen Rehabilitation wider und unterstreichen die Notwendigkeit Patienten/Patientinnen mit der Diagnose Herzinsuffizienz nach Akutkrankenhausaufenthalt (AHB) oder bei chronischer Verschlechterung (MRA) zu rehabilitieren.

Take-Home-Message

In dieser multizentrischen Untersuchung zeigten sich Effekte der Rehabilitation u.a. hinsichtlich einer Verbesserung der leitliniengerechten Medikation und einem stabilen Anteil berenteter Patienten/Patientinnen mit HFrEF im Halbjahresverlauf.

Literatur

Bjarnason-Wehrens B, Nebel R, Jensen K, et al. (2020): Exercise-based cardiac rehabilitation in patients with reduced left ventricular ejection fraction: The Cardiac Rehabilitation Outcome Study in Heart Failure (CROS-HF): A systematic review and meta-analysisEur J Prev Cardiol. 2020; 27: 929–952.

McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. (2021): ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failureEur Heart J. 2021; 42: 3599-3726.

Oszczygiel M, Völler H, Schröder K, et al. (2023): Adherence to drug therapy in patients with heart failure associated with reduced ejection fractions (HFrEF) during cardiac rehabilitation and after 3 and 6 monthsClin Res Cardiol. 2023 Oct 5.

Schlitt A, Wischmann P, Wienke A, et al. (2015): Rehabilitation in Patients With Coronary Heart Disease: Participation and Its Effect on PrognosisDtsch Arztebl Int. 2015; 112: 527-34.

Schürmann J, Noack F, Bethge S, et al. (2021): Patients with Heart Failure During and After Inpatient Cardiac RehabilitationVasc Health Risk Manag. 2021; 17: 49-58.

Interessenkonflikt: Klaus Schröder have had a financial interest/arrangement or affiliation with the organizations listed below: Honoraria for lectures: Novartis©, Pfizer©, Roche©, Zoll Medical Corporation©. Honoraria for advisory board activities: Boehringer-Ingelheim©, Novartis©. Irina Silvia Popescu-Schuh have had a financial interest/ arrangement or affiliation with the organizations listed below: Honoraria for lectures: Berlin-Chemie©. Axel Schlitt have had a financial interest/arrangement or affiliation with the organizations listed below: Honoraria for lectures: Actelion©, Astra Zeneca©, Bayer-Vital©, Berlin-Chemie©, Bristol-Myers Squibb©, Boehringer-Ingelheim©, Daiichi Sankyo©, MSD Sharp & Dohme©, Novartis©, Pfizer©, Sanofi- Aventis©, Servier©. Honoraria for advisory board activities: Astra Zeneca©, Boehringer-Ingelheim©, Novartis©, Sanofi-Aventis©. Participation in clinical trials: Astra Zeneca©, Bayer-Vital©, Bristol- Myers Squibb©, Boehringer-Ingelheim©, Daiichi-Sankyo©, Lilly©, Merck©, MSD Sharp & Dohme©, Pfizer©, Roche©, Sanofi-Aventis ©, Takeda©.

Förderung: Unrestricted Grant from Novartis Pharma GmbH

Evaluation des neuen Rehabilitationskonzeptes „Psycho-Adipositas“ („ADIPE“-Studie)

Rosemarie Hillebrand[1]; Harald Fischer[2]

[1] Institut für Rehabilitationsforschung im VFR e.V., Norderney;
[2] Klinik Rosenberg

Hintergrund und Zielstellung

Das psychotherapeutische Konzept für Menschen mit Adipositas und komorbiden psychischen Belastungen wurde im Rahmen der „ADIPE“-Studie neu entwickelt und evaluiert. Zum Einsatz kam das Konzept als erweiterte psychologische Mitbetreuung im Rahmen einer somatischen Rehabilitations-Maßnahme. Inhaltliche Ausrichtung: Maßnahmen zur Steigerung/Stabilisierung des Selbstwertgefühls („die positive und negative Einstellung des Einzelnen gegenüber dem Selbst als Ganzes.“), Entlastung bei Stigmatisierungsgefühlen („selbst Schuld am Übergewicht“) zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens. Ziel der Intervention: Verbesserung der psychischen Lebensqualität, Reduktion ängstlicher/depressiver Symptome sowie Steigerung der Motivation zu einer verbesserten Therapieadhärenz. Das Konzept wurde zunächst in zwei Probeläufen mit 11 Teilnehmenden erprobt. Am Ende wurden die Teilnehmenden nach Zufriedenheit bzw. Verbesserungsvorschlägen gefragt. Anhand dieser Ergebnisse wurde das Konzept final optimiert.

Methoden

Konzept: kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz, Bezugstherapeuten/in-System, geschlossenes Gruppensetting, vierwöchige Aufenthaltsdauer. Ergänzend zum Standard- Reha-Programm: Neun Gruppensitzungen (60-90 Minuten), mindestens zwei Einzelgespräche, mindestens sechs Entspannungssitzungen. Gruppenstundenthemen: Selbstwertgefühl, Stigmatisierung, Selbstfürsorge, Umgang mit negativen Gefühlen, Ernährungsverhalten, Stresstoleranz, Rückfallprävention.

Programm: Kontrollgruppe: reguläres Rehabilitationsprogramm inklusive zertifizierter „Kilo- Kurs“ (interdisziplinär mit bewegungs-, ernährungs- und psychotherapeutischen Anteilen); Interventionsgruppe: zusätzlich das neue Konzept.

Screening: N=284 Menschen mit Adipositas; Einschlusskriterien: BMI ≥ 30 kg/m² und mindestens ein auffälliger psychologischer Score (HADS-D-Angst ≥ 10, ADS-K ≥ 18 und/oder WHO-5 < 13).

Einschluss in randomisierte kontrollierte Studie (RCT): N=175 TN (KG 90/IG 85). Messzeitpunkte: Reha-Beginn (t1), Reha-Ende (t2) und nach sechs Monaten (t3).

Hauptfragestellung: Verbesserung der psychischen Lebensqualität nach sechs Monaten (SF- 36-Fragebogen). Mixed-Methods-Design mit qualitativer und quantitativer Datenerhebung.

Reha-Klinik-Studienpopulation: hoher prozentualer Anteil Adipositas Grad III n=134 (77%) sowie hoher prozentualer Anteil an psychischen Komorbiditäten n=218 (77%); deutlich geringere psychische Lebensqualität (SF-36): MW(SD): 37,6 ± 10,4 im Vergleich zur Normpopulation.

Ergebnisse

Ergebnisse der intensivierten psychologischen Mitbetreuung: sehr positive Beurteilung von den Teilnehmenden (TN) der IG: insgesamt zufrieden/sehr zufrieden waren 97% (n=85), die Inhalte empfanden 96% (n=85) als hilfreich/sehr hilfreich; signifikant höhere Zufriedenheit mit der Rehamaßnahme (+1,282 Prozentpunkte ([95% KI: +0,335;+2,529], $p < .05$).

Vergleich (t3-t1): N=157 (90%); KG: n=79 (88%), IG: n=78 (92%): keine signifikante Verbesserung der psychischen Lebensqualität (+2.5 Prozentpunkte ([95% KI:-,624;+0,576], $p = 0,117$; n.s.), jedoch signifikante Verbesserung des psychischen Wohlbefindens (+5.712 Prozentpunkte ([95% KI:+0,691;+10,732], $p < .05$); signifikanter Zuwachs im Selbstwertgefühl (+1,8 Prozentpunkte ([95% KI:+0,517;+3,082], $p < .01$); signifikante Reduktion depressiver Symptome (-1,224 Prozentpunkte ([95% KI:-2,353;-0,095], $p < .05$); signifikante Gewichtsreduktion in beiden Gruppen; jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen im Vergleich t3-t1. Eine signifikante Gewichtreduktion zeigte sich beim Vergleich t2-t1 (-0,862 ([95% KI: -1,685;-0,039], $p < .05$); über die Hälfte der TN Gewichtsreduktion > 5%; ein Drittel der TN in IG Gewichtreduktion > 10%; in beiden Gruppen kein Rückfall in den Parametern sechs Monate nach Reha-Ende auf Basiswerte zu t1.

Diskussion und Fazit

Diese Evaluation der intensivierten psychologischen Mitbetreuung von Rehabilitandinnen/Rehabilitanden mit ausgeprägter Adipositas und komorbiden psychischen Belastungen zeigt den Bedarf und den positiven Effekt auf psychologische Parameter auf.

Take-Home-Message

Es scheint somit von Bedeutung zu sein, auch in der somatischen Rehabilitation bei Adipositas deutlich mehr psychotherapeutische Anteile in das Curriculum zu integrieren.

Literatur

Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V. (Hrsg.) (2014): Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ (2. Aufl.).

Schwandt, H.-J., Hillebrand, R. (2014): Psycho-diabetologisches Rehabilitationskonzept (Version 2.0.) - Unveröffentlichtes Konzept, Bad Driburg: Klinik Rosenberg/Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Bad Driburg.

Visscher TL. & Seidell, JC. (2001): The public health impact of obesity. Annu Rev Public Health; 22:355-337.

Wirth, A. & Hauner, H. (2013): Adipositas. Springer (Verlag).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Hohe Raten der Teilhabeeinschränkung bei Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 und Adipositas in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation

Jürgen Wagner; Thomas Helling; Maryam Berger; Jana Bohro

MediClin Staufenburg Klinik

Hintergrund und Zielstellung

Fortgeschrittener Diabetes mellitus und Adipositas sind selten die Hauptgründe oder Erstdiagnosen für die Zuweisung in die stationäre und medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR; Metzler, 2023). Gegenüber der Häufigkeit der Adipositas in der Allgemeinbevölkerung (ca. 25 %; Mensink et al, 2013) machen Hauptzuweisungen wegen Adipositas weniger als 1% der Rehabilitationsmaßnahmen aus. Aufgrund der zahlreichen somatischen und psychischen Folgeerkrankungen ist jedoch mit Einschränkungen der beruflichen oder sozialen Teilhabe und Erwerbsfähigkeit zu rechnen (Aberle, Blüher 2022). Wir haben daher an 250 konsekutiven Betroffenen mit Diabetes und/oder Adipositas, die aufgrund besonderer beruflicher Problemlagen in das MBOR Programm aufgenommen wurden, die Häufigkeit von Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit in der sozialmedizinischen Beurteilung in MBOR untersucht.

Methoden

250 Patienten mit fortgeschrittenem Diabetes mellitus Typ 2 und Adipositas, die als AHB oder HV zur stationären Rehabilitation kamen, wurden in den Jahren 03/2022 bis 06/2023 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. Für die statistische Analyse wurde ANOVA verwendet.

Ergebnisse

66% der eingeschlossenen MBOR Patienten waren Männer und 34% Frauen im berufstätigen Alter. Das mittlere Alter lag bei 50,9 Jahren; 19-64). Der mittlere BDI-II-Wert (Cut-off 9) bei den Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 lag bei 18,5 (Cut-Off 9). Vor Aufnahme befanden sich 13% in ambulanter Psychotherapie, zur Entlassung wurde ambulante Psychotherapie in 46% der Betroffenen empfohlen. Der BMI Mittelwert lag bei 35,73. Nur 4% hatten keine AU in den letzten 12 Monaten vor Aufnahme. Nominell arbeiteten 51% in Vollzeit, 19% in Teilzeit, EU-Rente 0%. Arbeitslos waren 30%. Eine AU unter 3 Monate lag vor in 12%, zwischen 3- 6 Monaten in 12% und über 6 Monate in 42%. AU bei Aufnahme lag bei 82%. Nach Rehabilitation konnte eine stundenweise Wiedereingliederung in 9% veranlasst werden, nicht aber in 91%. In der sozialmedizinischen Beurteilung ergab sich eine Einschränkung von unter 3 Stunden/Tag in 20% und von 35% zwischen 3-6 Std./Tag, während 46% auf Erwerbsfähigkeit von über 6 Std./Tag beurteilt wurden, jedoch häufig mit weiteren

Einschränkungen oder zusätzlichen Maßnahmenempfehlungen (z.B. Schichtverbot, bewegungsbedingte Einschränkungen oder innerbetriebliche Umsetzung etc.).

Diskussion und Fazit

Menschen mit fortgeschrittenem Diabetes und Adipositas werden zu einem relativ späten Zeitpunkt in die Rehabilitation überwiesen, wenn bereits zahlreiche Folgeerkrankungen und Funktionsstörungen vorliegen, die ihre Teilhabefähigkeit einschränken. Werden diese in MBOR eingeschlossen, zeigt sich trotz des umfangreichen Programms eine häufige Notwendigkeit zur Einschränkung der Erwerbsfähigkeit in über 50% der Fälle und eine aufgehobene Erwerbsfähigkeit von 20%, nur in seltenen Fällen gelingt eine stufenweise Wiedereingliederung aus der Rehabilitation heraus. Die hohe Empfehlungsrate zur ambulanten Psychotherapie bei diesen Menschen von 46% weist auch auf die psychischen Komorbiditäten bei diesen Menschen hin.

Take-Home-Message

Daher erscheinen frühere und ggf. repetitive rehabilitative Maßnahmen bei diesen Patienten sinnvoll, um Maßnahmen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit anzustoßen, bevor die Chronizität der Erkrankungen und ihre Folgekrankheiten den Erhalt der Erwerbsfähigkeit unmöglich machen. Insbesonders adipösen Menschen sollten spezifische sekundär- und nicht nur tertiär“präventive“ Angebote in der Rehabilitation gemacht werden.

Literatur

Aberle J, Blüher M. (2022): Gesundheitsbericht Diabetes 2022. Deutsche Diabetes Gesellschaft. S. 42–47. Internet: https://www.ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitsbericht.

Mensink G, Schienkiewitz A, Haftenberger M, Lampert T, Ziese T, Scheidt-Nave C (2013): Übergewicht und Adipositas in Deutschland, Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Bundesgesundheitsblatt. Springer Verlag, Berlin Heidelberg, 2013 56:786-794.

Metzler CM (2023): Berufliche Neuorientierung durch Förderung der Teilhabe mit dauerhafter beruflicher Perspektive bei Adipositas in Berufsförderungswerken. Adipositas 2023; 17:82-86.

Intervallfasten in der kardiologischen Rehabilitation – wirksam und umsetzbar? Ergebnisse aus der randomisierten kontrollierten Studie Intervfast

Florian Kaistha[1]; Sara Schröer[1]; Maria Borgert[1]; Andreas Michalsen[2,3]; Wolfgang Mayer-Berger[4]; Claudia Pieper[1]

[1] Universitätsklinikum Essen; [2] Charité - Universitätsmedizin Berlin; [3] Immanuel Krankenhaus Berlin; [4] Klinik Roderbirken

Hintergrund und Zielstellung

Für das Intervallfasten wird eine günstige Wirkung auf Diabetes und Herzkreislauferkrankungen diskutiert. Der Großteil der vorliegenden Studien bezieht sich

allerdings auf gesunde Probanden, ältere und/oder (multi-)morbide Patienten werden dagegen kaum adressiert (Teng et al., 2013, Varady et al., 2013). Neben der klinischen Wirksamkeit ist die Frage langfristigen Akzeptanz besonders wichtig.

Vor diesem Hintergrund wurde die Akzeptanz und die Wirksamkeit des Intervallfastens im Kontext der kardiologischen Rehabilitation durch eine unizentrische (Studienzentrum: Klinik Roderbirken) kontrollierte randomisierte Studie mit zwei Studienarmen untersucht.

Methoden

Rehabilitanden der Klinik Roderbirken wurden im Zeitraum 03/2022-09/2022 gemäß definierter Ein- und Ausschlusskriterien in die Studie aufgenommen und in zwei Studienarme randomisiert (Interventionsgruppe (IG) + Kontrollgruppe (KG)). Die Interventionsgruppe absolvierte während der 4-wöchigen Rehabilitation ein Intervallfastenprogramm (16:8). Unterstützend erhielten die Teilnehmenden eine regelmäßige Fastensprechstunde (2x wöchentlich) und ein Fastentagebuch zur Dokumentation von Fastenintervallen und Mahlzeiten. Die Kontrollgruppe erhielt die diätetischen Standardmaßnahmen der kardiologischen Rehabilitation.

Die Datenerhebung fand zu 3 Zeitpunkten statt (Aufnahme (t0) und Entlassungsuntersuchung (t1), postalische Follow-up-Befragung nach 3 und 12 Monaten (t2,3)). Der primäre Studienendpunkt war die Differenz der Gewichtsreduktion (t0/t1), sekundäre Endpunkte waren relevante Laborparameter (über Hausärzte) und die Akzeptanz. Die Auswertung erfolgte als Intention-to-treat-Analyse. Mit allen Probanden der IG wurden qualitative Interviews geführt.

Ergebnisse

Das Studienkollektiv bestand aus 104 männlichen Rehabilitanden (54,4± 5,1 Jahre, BMI 31,2kg ± 2,9). Initial bestanden zwischen IG (n=49) und KG (n=55) keine Unterschiede hinsichtlich Soziodemographie, Laborparametern, usw.

Das Gewicht wurde in der IG nach 4 Wochen um 2,7kg± 2,1 versus 2,1kg ± 1,9 in der KG reduziert. Cholesterol wurde in beiden Gruppen signifikant gesenkt, mit einer größeren Reduktion von LDL in der IG (IG:18,8 ± 25,4; CG: 16,4 ± 17,9; $p>0,05$).

Nach 3 Monaten (t2) haben noch 57% der IG weiter gefastet und die Umsetzbarkeit überwiegend als gut beurteilt. Gründe, das Fasten nicht weiter zu führen, waren Umsetzungsproblemen im Alltag zuhause und bei der Arbeit.

Im Follow-up konnte die poststationäre Wirksamkeit nicht bestätigt werden. Die Gewichtsdifferenz zu t2 im Vergleich zum Ausgangswert (t0) war in der KG mit -2,3kg ± 4,8 signifikant höher als in der IG -0,9kg ± 4,9 ($p=0,007$). Teilnehmende in der IG, die weiter gefastet haben, zeigten eine Gewichtsdifferenz (t2 vs. t0) von –1,7kg ± 5,4.

Diskussion und Fazit

Für die Reduktion der Adipositas, einem sehr verbreiteten Risikofaktor, existiert eine Fülle von Konzepten und Diäten. Nur wenige Studien liegen jedoch vor für die kardiologische Rehabilitation (Iglesies-Grau et al., 2023). Wir haben gezeigt, dass sich während der stationären Rehabilitation relevante Parameter durch das Intervallfasten stärker verbessern als in der KG, die langfristige Umsetzung in den Alltag scheint jedoch problematisch. Vor dem

Hintergrund der langfristigen Ergebnisse und der Überlegenheit der KG ist zu diskutieren, ob eine weitere Untersuchung des Intervallfastens, z.B. mit telefonischer Nachbetreuung angezeigt ist.

Take-Home-Message

Intervallfasten in der kardiologischen Rehabilitation hat kurzfristig einen positiven Effekt auf das Gewicht und relevante Risikofaktoren, die Alltagstauglichkeit und langfristige Wirksamkeit kann nicht bestätigt werden.

Literatur

Iglesies-Grau J, Dionne V, Latour É, Gayda M, Besnier F, Gagnon D, Debray A, Gagnon C, Pelletier V, Nigam A, L'Allier PL, Juneau M, Bouabdallaoui N, Bherer L. (2023): Mediterranean diet and time-restricted eating as a cardiac rehabilitation approach for patients with coronary heart disease and pre-diabetes: the DIABEPIC-1 protocol of a feasibility trial. BMJ Open. 2023 Oct, 17;13(10)

Teng NI, Shahar S, Rajab NF, Manaf ZA, Johari MH, Ngah WZ. (2013): Improvement of metabolic parameters in healthy older adult men following a fasting calorie restriction intervention.; Aging Male;16(4):177-83.

Varady KA, Bhutani S, Klempel MC, Kroeger CM, Trepanowski JF, Haus JM, Hoddy KK, Calvo Y (2013): Alternate day fasting for weight loss in normal weight and overweight subjects: a randomized controlled trial. Nutrition Journal 2013, 12:146.

Förderung: Rehabilitationsforschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

Reha-Verlaufseffekte bei Rehabilitand:innen mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit zum Rehabilitationsende

Karin Meng[1]; Ronja Westphal[2]; Michael Marx[3]; Robert Nechwatal[4]; Reimund Prokein[5]; Gesine Dörr[6]

[1] Julius-Maximilians-Universität 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

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) geht mit erhöhter kardiovaskulärer Morbidität, Mortalität und Beeinträchtigung der Teilhabe einher. Ziel der Rehabilitation bei Patient:innen mit Claudicatio intermittens ist es, Funktionsstörungen und die krankheitsbedingte Einschränkung der Aktivität und Teilhabe zu verringern. In der S3 Leitlinie kardiologische Rehabilitation wird ein krankheitsspezifischer Rehabilitationsansatz empfohlen. Für einzelne Therapiebausteine liegt internationale Evidenz aus Metaanalysen und starke Empfehlungen in Leitlinien vor (Gehtraining, Tabakentwöhnung, Sekundärprävention vaskulärer Risikofaktoren). Eine Routinedatenanalyse in Deutschland zeigt, dass PAVK-Rehabilitand:innen vergleichsweise schlechtere sozialmedizinische

Verläufe aufweisen (Falk et al., 2018). Die Datenlage zur Rehabilitation bei PAVK in Deutschland ist noch unzureichend; es liegen keine systematischen prospektiven Studien vor.

Projektziel ist, Erkenntnisse zu den (sozial-)medizinischen Behandlungsverläufen von Rehabilitand:innen mit 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? Berichtet werden die kurzfristigen Prä-Post-Effekte zum Reha-Ende.

Methoden

Multizentrische, prospektive Kohortenstudie mit vier Messzeitpunkten. Patient:innen mit PAVK (ICD-10-GM: I70.2, I70.21-.22; Z95.88) wurden in acht Kliniken konsekutiv in die Studie eingeschlossen (Zeitraum: 07/2021-05/2023). Die Datenerhebung erfolgt zu Reha-Beginn und -Ende (t1, t2) sowie nach 6 (t3) und 12 Monaten (t4) mittels validierter Selbstauskunftsfragebögen (patient reported outcomes, PRO). Medizinische Basisdaten wurden aus den Klinikdaten mit einem Dokumentationssystem (t1, t2) erfasst.

Primäre Zielgröße ist die Gehfähigkeit (Walking Impairment Questionnaire, WIQ). Sekundäre Zielkriterien sind u.a.: Lebensqualität/subjektive Gesundheit (VascuQol-25, SF-12), psychische Belastung (PHQ-9, GAD-7), subjektive Arbeitsfähigkeit/Erwerbsprognose (WAI, SPE), kardiovaskuläre Risikofaktoren (Blutdruck, LDL, HbA1c, Rauchstatus), Gehstrecke (maximal, schmerzfrei), Ausdauerbelastung (Watt) und (sozial-)medizinische Beurteilung (Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit, Wegefähigkeit).

Zur statistischen Analyse wurden Prä-Post-Effekte (t1-t2) mittels t-Tests für abhängige Stichproben berechnet und Effektgrößen (SES, Standardized Effect Size) mit 95%- Konfidenzintervallen bestimmt. Veränderungen in Häufigkeiten wurden mittels McNemar-Tests geprüft.

Die Stichprobe umfasst 189 Rehabilitand:innen. Der Männeranteil ist 77%, das Durchschnittsalter 61 Jahre (SD=7.8). 64% leben in einer Partnerschaft. 38% haben einen Volks-/Hauptschulabschluss, 17% eine (Fach-)Hochschulreife. 58% sind erwerbstätig, 14% arbeitslos, 3% in Zeit-/Erwerbsminderungsrente und 23% in Altersrente. 79% erhielten eine Anschlussrehabilitation, 15% ein Heilverfahren und 6% eine Reha nach §51. Zu t2 liegen Daten von 100% bzw. 94% (PRO) der Stichprobe vor.

Ergebnisse

Im primären Zielparameter Gehfähigkeit bestehen kleine bis mittlere Prä-Post-Veränderung in den drei WIQ-Skalen: Gehstrecke, Gehgeschwindigkeit und Treppensteigen ($0.38 \leq SES \leq 0.42$, $p < 0.001$). Positive kleine bis mittlere Prä-Post-Effekte ($p < 0.05$) lassen sich auch für die meisten sekundären Reha-Zielparameter nachweisen. In der krankheitsspezifischen Lebensqualität liegen signifikante Verbesserungen in allen VascuQol-Skalen und im Gesamtwert ($0.36 \leq SES \leq 0.74$) vor. Auch die subjektive körperliche und psychische Gesundheit (SES=0.56-0.48), Depressivität (SES=0.21), Ängstlichkeit (SES=0.29) verbessern sich im kleinen bis mittleren Effektbereich; bei Erwerbstätigen auch die subjektive Arbeitsfähigkeit (SES=0.23). Verbesserungen in der maximalen und schmerzfreien Gehstrecke (SES=0.17 und 0.19), der Ausdauerbelastung (SES=0.16), im LDL

(SES=0.29), systolischen und diastolischen Blutdruck (SES=0.37 und 0.25) sind im kleinen Bereich nachweisbar. Die Reduktion des Raucheranteils um 6.6% ist nicht signifikant (p=0.052). Keine signifikanten Veränderungen ergeben sich in der sozialmedizinischen Beurteilung (AU, Leistungsfähigkeit, Wegefähigkeit).

Diskussion und Fazit

In der Rehabilitation von Patient:innen mit PAVK können zum Reha-Ende positive Prä- Post- Effekte für PROs, Labor- und Testparameter erzielt werden. Diese sind für viele Zielparameter im Bereich, wie sie für die kardiologische Rehabilitation berichtet werden (Schuler et al., 2021; Zoch-Lesniak et al., 2020). Zentral für die Zielgruppe sind die positiven Effekte hinsichtlich der Gehfähigkeit, die ein Prädiktor für Morbidität und Mortalität und wesentlich für die sozialmedizinische Beurteilung ist. Auffällig ist der hohe Anteil an Rauchern, der sich wenig verringert. Die sozialmedizinische Beurteilung ist zum Reha-Ende überwiegend stabil. Die abschließende Bewertung wird auf Grundlage der Verlaufsdaten nach 6 und 12 Monaten erfolgen. Zu berücksichtigen ist, dass die Ergebnisse keine Wirksamkeitsaussagen zulassen.

Take-Home-Message

Zum Reha-Ende bestehen für Rehabilitand:innen mit PAVK positive Prä-Post-Effekte in der Gehfähigkeit und weiterer gesundheitsbezogener Outcomes.

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.

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.

Zoch-Lesniak, B., Dobberke, J., Schlitt, A., Bongarth, C., Glatz, J., Spörl-Dönch, S., Koran, I., Völler, H., Salzwedel, A. (2020): Performance Measures for Short-Term Cardiac Rehabilitation in Patients of Working Age: Results of the Prospective Observational Multicenter Registry OutCaRe. Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation, 2. 100043.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Mittelfristige Effekte einer online unterstützten Intervention zur Vereinbarung und Nachverfolgung von Reha-Zielen

Susanne Dibbelt

Institut für Rehabilitationsforschung im VFR e.V., Norderney

Hintergrund und Zielstellung

Im Rahmen der PREZO-Intervention konnten Rehabilitand:innen in einem orthopädischen Heilverfahren mittels eines Online-Tools Reha-Ziele vor der Reha „smart“ definieren und während der Reha mit Behandlern beraten und bilanzieren. Am Ende des Aufenthaltes wurden Ziele für die Zeit nach der Reha definiert und im Rahmen einer katamnestischen Online-Befragung zu drei Zeitpunkten bilanziert (1 Monate, 3 Monate und 6 Monate nach Entlassung). Ausgehend von bedeutsamen Teilhabezielen konnten u.a. quantifizierte Bewegungs- und Schmerzziele definiert werden. Die intensivierte Zielabfrage war eingebettet in eine Online-Abfrage zur Krankengeschichte und zur Prozess- und Ergebnis-Evaluation der Maßnahme in einer randomisiert-kontrollierten Studie.

Methoden

Fragen zur Anamnese und Krankengeschichte wurden digitalisiert und mit Fragen zu Reha-Zielen in den folgenden Bereichen verknüpft: Teilhabe, (eingeschränkte) Bewegung, physische und psychische Gesundheit, berufliche Anliegen sowie Informationen zur Krankheit und anderen Aspekten. Bei Registrierung auf der PREZO-Plattform wurden die Teilnehmer zufällig der Studien- oder der Kontrollgruppe zugewiesen. Die Studiengruppe erhielt die intensivierte Zielbearbeitung nach PREZO, während die Kontrollgruppe in Bezug auf die Behandlung der Reha-Ziele die übliche Praxis durchlief.

Die Angaben zu den Reha-Zielen floßen ein in ein Dokument Reha-Ziele PREZO in der elektronischen Patientenakte. Anhand dieses Dokumentes konnten die Behandler die Reha- Ziele mit den teilnehmenden Patienten besprechen, bearbeiten und bilanzieren, d.h. Ist- und Sollwerte ändern sowie neue Reha-Ziele eingeben.

Bei Entlassung dokumentierten Behandler Reha-Ziele für die Zeit nach Entlassung. Diese Ziele wurden katamnestisch zu drei Zeitpunkten im Rahmen einer Online-Befragung von den Teilnehmenden bilanziert. Dabei konnten die Teilnehmenden sowohl die Sollwerte bestehender Ziele ändern (z.B. Gehstrecke), als auch neue Ziele definieren.

Ergebnisse

Von 156 Personen, darunter N=87 (55%) in der Kontrollgruppe und N=69 (44%) in der Studiengruppe, liegen vollständige Datensätze bis zum zweiten Katamnesezeitpunkt (3 Monate nach Entlassung) vor. Diese gingen in die aktuelle Analyse ein. Die Zielgrößen Schmerz, Selbstwirksamkeit, Krankheitswissen, psychischer Status, Mobilität und eingeschätzte Arbeitsfähigkeit wurden anhand der Skalen des IRES3, des SF36, sowie des SIMBO und des WAI (Kurzfassung) erfasst.

Zur Prüfung der Hypothese(n), dass sich die intensivierte Zielbearbeitung nach PREZO überlegen auf die Zielgrößen auswirkt, wurden multivariate Analysen für die genannten Zielvariablen nach dem allgemeinen linearen Modell mit dem Faktoren Zeitpunkt (3) und Gruppe (2) berechnet.

Diese ergaben signifikante Interaktionen der Faktoren Zeitpunkt (3) und Gruppe (2) bei Zielgrößen des psychischen Status (Depressivität, Ängstlichkeit). Diese hatten sich zu allen Messzeitpunkten nach Reha in der Interventionsgruppe günstiger entwickelt als in der Kontrollgruppe.

Deskriptiv überlegen erwiesen sich die Effekte in der Interventionsgruppe 3 Monate nach Entlassung (t5) bei den Indikatoren der Schmerzbelastung, der Krankheitsbewältigung (Coping), der Selbstwirksamkeitserwartung, des Krankheitswissens, der Mobilität sowie der selbst eingeschätzten Arbeitsfähigkeit.

Diskussion und Fazit

Die Daten dokumentieren eine positive Auswirkung der intensivierten Zielintervention auf die mittefristge Entwicklung zahlreicher Zielgrößen, vor allem auf Indikatoren der psychischen Gesundheit, der Selbstwirksamkeit, der Krankheitsbewältigung sowie der Mobilität und der selbst eingeschätzten Arbeitsfähigkeit.

Die Befunde sind gut vereinbar mit Erwartungen, die sich aus den Modellen und Befunden der Motivationsforschung und des Selbstmanagemens ergeben. Demnach ist eine intensivierte Reha-Zielarbeit ein wichtiger Baustein des Selbstmanagements im Umgang mit chronischen Erkrankungen mit Einfluß auf die Symptomreduktion und Wiedergewinnung der Teilhabe. Die Nachverfolung von Reha-Zielen per automatisierter Onlineabfrage erweist sich als ökonmische und effektvolle Intervention zur Nachsorge und Festigung der in der Reha erreichten Ziele.

Take-Home-Message

Eine intensivierte Intervention und Applikation zur Bearbeitung von Reha-Zielen scheint auch mittelfristig zu überlegenden Ergebnissen in Bezug auf Krankheitsbewältigung und Teilhabe zu führen.

Literatur

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

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

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

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Technische Anforderungen an eine barrierefreie digitale Plattform, die vor allem Menschen mit einer Sehbehinderung adressiert

Marie-Christine Kugelmann

Universität Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Wie würden Sie eine barrierefreie Plattform für eine telematische Nachsorge-Reha für Menschen mit einer Sehbehinderung gestalten? Im Tel-O-Rena-Projekt (telematische Ophthalmologische Reha- Nachsorge) finanziert durch die Deutsche Rentenversicherung wird in einem interdisziplinären Team eine solche Plattform aktuell entwickelt. Ziel ist, dass die Teilnehmer*innen der Rehabilitation aus der Ferne über ein Tablet oder Laptop an der Nachsorge-Reha teilnehmen können. Bei der Entwicklung ist zu bedenken, dass die Teilnehmer*innen der Nachsorge-Reha, trotz des weiterhin bestehenden Kontaktes zur Fachklinik allein zu Hause sind. Die Plattform sollte daher intuitiv benutzbar sein. Zudem muss die Motivation zur Nutzung der Plattform bestehen bleiben, was durch eine barrierearme Bedienung begünstigt wird. Der Entwicklungsansatz war eine ganzheitliche Betrachtung der Person mit ihren Bedürfnissen, ihrer Situation und ihres Umfeldes. Hierbei stand im sonderpädagogischen Kontext die somit gegebenen individuellen Bedürfnisse an die digitale Barrierefreiheit der Plattform im Vordergrund. Digitale Barrierefreiheit beschreibt, dass alle Nutzenden Zugang zu digitalen Angeboten haben und in den Bewertungsprozess mit eingebunden sind (vgl. Bundesfachstelle Barrierefreiheit, 2023). Aus rechtlicher Perspektive ist Barrierefreiheit durch das Benachteiligungsverbot im Grundgesetz, §4 BGG sowie im SGB IX verankert und steht mit Richtlinien wie der BITV in Verbindung.

Methoden

Im Tel-O-Rena-Projekt wurde ein Anforderungskatalog für die Barrierefreiheit der zu gestaltenden Plattform angefertigt. Ausgangspunkt war eine Mensch-Umfeld-Analyse, auf der Grundlage der Fachkenntnisse der Mitarbeitenden im inklusionspädagogischen Kontext. Es wurden Situationen durchgespielt, weitergedacht, und überlegt, welche Anforderungen daraus entstehen. Diese wurden mit Abgleichen in der Literatur ergänzt. Somit entstand ein Katalog mit 323 Items. Dieser Anforderungskatalog wurde mit einer Expertenvalidierung durch die Arbeitsgruppe aus den Fachdisziplinen (Ophthalmologie, Optometrie, Physiotherapie, Informationstechnologie und Sonderpädagogik) bewertet. Anhand der Ergebnisse wurden die 323 Items auf neun Kategorien reduziert. Anschließend wurden diese Kategorien für die Programmierer der Plattform ausformuliert und konkretisiert. Diese neun Punkte durchliefen im Recherchezeitraum 2023 ein Literaturreview, um den aktuellen Stand der Wissenschaft zu erfassen.

Ergebnisse

In der Literaturstudie wurden folgende Punkte untersucht:

- Struktur (intuitive Bedienung, Konsistenz, logische Struktur mit Ebenen, parallele Darstellung),

- optische Präsentation (Schriftart, Textanordnung, Farben, Kontraste, Vergrößerung, Darstellung Seitenansicht),
- auditive, visuelle Präsentation (Screenreader, Audio- und Videoelemente),
- allgemeine Bedienung (Authentifizierung, Rückmeldung, Pausenfunktion, Hilfe-Button, Listen, Updates),
- Bedienung bei Tablet
- bzw. Desktop (Steuerbarkeit durch Touch/ Tastaturbefehle, Standardeingabehilfen),
- Interaktion (Konferenztool, Nachrichten-Kommunikation),
- Elementerstellung (Schnittstellen),
- Endgerät (Blendungsreduktion).

Aufgrund der begrenzten Länge dieses Artikels werden zwei markante Punkte angerissen.

In der Expertenvalidierung sorgte der Punkt „Authentifikation“ mit dem Diskurs zwischen Datenschutz und Zugänglichkeit für Diskussion. Für Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung stellt die Authentifizierung aus verschiedenen Gründen eine Herausforderung dar. Laut der Richtlinie WCAG 2.2 sollten mehrere Authentifizierungsmöglichkeiten zur Auswahl stehen, wie beispielsweise eine Passworteingabe oder die Benutzung von Passwortmanager mit Alternativen wie z.B. Fingerprint oder einer PIN (vgl. W3C, 2023). Es empfiehlt sich zudem eine telefonisch kontaktierbare technische Hilfe anzubieten (vgl. Schmeelk, Petrie, 2022, S. 43). Diese Vorschläge sind eine Lösung im Diskurs zwischen Datenschutz und Barrierefreiheit.

Die Bedingungen an Schrift sind dem Punkt Optische Präsentation zugeordnet. Im Anforderungskatalog wird eine humanistische serifenlose Schrift gefordert, die nicht in Versalien (GROßBUCHSTABEN-SCHREIBWEISE) benutzt werden sollte. Russel- Minda et al., fassen bereits 2007 zusammen, dass die Wahl des Schriftfonts Auswirkungen auf die Lesbarkeit für Menschen mit Low Vision habe (2007, S. 413). Bei der Wahl der Typografie sollten die Kriterien „Erkennbarkeit, Unterscheidbarkeit, Offenheit, Strichstärkenkontrast und Schriftart“ berücksichtigt werden (DBSV, 2023).

Diskussion und Fazit

Der Anforderungskatalog wurde durch die Bewertung durch Experten von Ophthalmologie, Optometrie, Physiotherapie, Informationstechnologie und Sonderpädagogik gekürzt, wodurch spezifische Punkte entfielen. Durch die Validierung erhielt der Katalog jedoch eine praxisorientierte Stärkung. Diese wird in Zusammenhang mit den Erkenntnissen der Literaturstudie in die Weiterentwicklung eingebunden.

Take-Home-Message

Alle Menschen sollen bei der Umsetzung für Barrierefreiheit individuell beachtet werden, wodurch eine Auswahl an Möglichkeiten (z.B. Schriftgrößen) angeboten werden sollte.

Literatur

Bundesfachstelle Barrierefreiheit (2023): Informationstechnik. URL: https://www.bundesfachstelle-barrierefreiheit.de/DE/Fachwissen/Informationstechnik/informationstechnik_node.html, Abruf: 30.10.2023.

DBSV Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverein (Hg.) (2023): leserlich.info – Schriftart. URL: https://www.leserlich.info/kapitel/zeichen/schriftart.php, Abruf: 30.10.2023.

Russell-Minda, E.; Jutai, J. W.; Strong, J., Graham; C., Kent, A.; Gold, Deborah; Pretty, Lisa; Wilmot, Lesley (2007): The Legibility of Typefaces for Readers with Low Vision: A Research Review. In: Journal of Visual Impairment & Blindness 101 (7), S. 402–415. DOI: 10.1177/0145482X0710100703.

Schmeelk, S., Petrie, H. (2022): Digital Authentication for Visually Disabled People: Initial Results of an Online Survey. In: International Conference on Computers Helping People with Special Needs, 2, Heidelberg: Springer. 41–50.

W3C Web Accessibility Initiative (WAI) (2023): Understanding Success Criterion 3.3.9: Accessible Authentication (Enhanced) URL: https://www.w3.org/WAI/WCAG22/Understanding/accessible-authentication-enhanced, Abruf: 30.10.2023.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung

Untersuchung zur Wirksamkeit einer digitalen Reha-Nachsorge bei Menschen mit Adipositas

Julian Fritsch[1]; Katharina Feil[1]; Susanne Weyland[1]; Detlef Schmidt[2]; Darko Jekauc[1]

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

Hintergrund und Zielstellung

Adipositas wird immer häufiger als epidemiologisches Problem bezeichnet, was sich in steigenden Prävalenzzahlen widerspiegelt (OECD, 2017). Übergewicht und insbesondere Adipositas stehen im Zusammenhang mit vielen körperlichen (z.B. Renehan et al., 2008) und psychischen (z.B. Taylor et al., 2012) Krankheiten. Mit der rasanten technologischen Entwicklung und der voranschreitenden Digitalisierung ergeben sich auch für den Bereich der Adipositas-Rehabilitation neue Möglichkeiten im Gesundheitssektor, die betroffenen Personen unterstützen können, langfristig ihre Gesundheit zu fördern. Daher hat die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ein Projekt initiiert, in dem die Personen in der Nachsorge eines Reha-Aufenthaltes mit der Telerehabilitationsplattform Caspar Health betreut werden. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, die Wirksamkeit dieser digitalen Nachsorge zu überprüfen.

Methoden

Die Untersuchung beinhaltet ein längsschnittliches quasi-experimentelles Studiendesign mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe aus acht verschiedenen Kliniken in Deutschland.

Die Personen beider Gruppen absolvieren zunächst einen bis zu dreiwöchigen stationären Aufenthalt. Danach haben die Personen in der Interventionsgruppe die Möglichkeit für 12 Monate mit Caspar digital betreut zu werden, während die Personen in der Kontrollgruppe keine digitale Nachsorge erhalten. Die Untersuchung beinhaltet insgesamt drei Messzeitpunkte. Der erste Messzeitpunkt t0 fand während des stationären Aufenthaltes statt, der zweite Messzeitpunkt t1 sechs Monate nach Verlassen der Klinik und der dritte Messzeitpunkt t2 12 Monate nach Verlassen der Klinik. Dabei wurde bei allen drei Messzeitpunkten unter anderem subjektive physische und psychische Gesundheit anhand des SF-12 (Morfeld et al., 2011) und emotionale Befindlichkeit anhand des PANAS (Watson et al., 1988) erhoben.

Ergebnisse

Die ersten beiden Messzeitpunkte der Untersuchung sind abgeschlossen und werden daher in der Analyse eingeschlossen. Zum ersten Messzeitpunkt haben insgesamt 412 Personen (MAlter = 48.87 Jahre; 256 männlich, 155 weiblich, 1 fehlende Angabe) teilgenommen, von denen 222 in der Interventions- und 190 in der Kontrollgruppe waren. Für die psychische Gesundheit ($F (1, 300) = 34.208$; $p < 0.001$; $\eta 2 = 0.102$), körperliche Gesundheit ($F (1, 300) = 53.039$; $p < 0.001$; $\eta 2 = 0.150$) und für die negative Befindlichkeit ($F (1, 297) = 24.478$; $p < 0.001$; $\eta 2 = 0.076$) gab es einen signifikanten Zeiteffekt vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. Während sowohl die psychische als auch die körperliche Gesundheit eine Verbesserung über die Zeit aufweisen, sinkt die negative Befindlichkeit. Bei der positiven Befindlichkeit gab es keinen Zeiteffekt. Zudem gab es bei keinem der Indikatoren einen Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe.

Diskussion und Fazit

Die Erkenntnisse aus den ersten beiden Zeitpunkten der noch laufenden Studie legen nahe, dass sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Kontrollgruppe die Personen eine positive Entwicklung in der subjektiven körperlichen Gesundheit, der subjektiven psychischen Gesundheit und auch der negativen Befindlichkeit aufweisen. Ein Vergleich der beiden Gruppen zeigt keinen Unterschied. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Personen in der Kontrollgruppe auf andere Gesundheitsangebote zurückgreifen. Zudem steht die Analyse des dritten Messzeitpunkt noch aus, der auch eine Überprüfung der langfristigen Entwicklung ermöglicht.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse dieses Projektes sprechen dafür, dass sowohl eine herkömmliche als auch eine in der Nachsorge digital unterstütze Intervention zur Verbesserung der Gesundheit von Betroffenen führen.

Literatur

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

OECD. (2017): Obesity Update 2017. Zugriff am 28.12.2020 unter http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm.

Renehan, A. G., Tyson, M., Egger, M., Heller, R.F., Zwahlen, M. (2008): Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. The Lancet, 371(9612), 569-578.

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, 5-12.

Watson, D., Clark, L. A., Tellegen, A. (1988): Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. Journal of Per-sonality and Social Psychology, 54(6), 1063-1070.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Veränderung subjektiver Arbeitsfähigkeit und symptombezogener Funktionsfähigkeit nach einer digitalen IRENA bei Rückenschmerzpatient*innen

Sebastian Knapp[1]; George Hunn[2]; Frank Merten[3]; Filippo Martino[1]

[1] Caspar Clinic. Digitales Centrum für Gesundheit; [2] Caspar Health; [3] Goreha GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Rückenschmerzen gehören weltweit zu den häufigsten körperlichen Beeinträchtigungen. Allein in Deutschland liegt die 12-Monats-Prävalenz von Rückenschmerzen bei 75 % (Schmidt et al., 2007). Die wirtschaftlichen Belastungen, vor allem durch Krankheitsausfälle, Zahlung für Erwerbsunfähigkeitsrenten sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten belaufen sich auf mehr als 1.300 € pro Patient*in pro Jahr (Wenig et al., 2009). Patient Reported Outcome Measures (PROMs) bieten die Möglichkeit die Ergebnisqualität einer Rehabilitation mittels Prä-Post-Erhebungen zu erfassen, und dabei Patient*innen die Veränderung ihrer Leistungsfähigkeit transparent zu machen sowie Therapeut*innen Anhaltspunkte für den Erfolg ihrer therapeutischen Betreuung zu vermitteln.

Die vorliegende Analyse überprüft, inwieweit Patient*innen mit Rückenschmerz ihre Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit und Therapieziele durch eine digitale Reha-Nachsorge verbessern bzw. erreichen.

Methoden

Datengrundlage der Auswertung bildete eine digital erhobene Fragebogenbatterie für Rückenschmerzpatient*innen, die die Work Ability Scale (WAS) sowie den Funktionsfragebogen Hannover Rücken (FFbH-R) beinhaltet. Ferner wurde die Erreichung der angegebenen Therapieziele (DRV-Formular G4802) überprüft. Es wurden alle Patient*innen berücksichtigt, bei denen zum Zeitpunkt des Datenexports jeweils ein Fragebogen zu Beginn sowie zum Ende der digitalen Nachsorge mit Caspar vorlag. Neben der deskriptiven Auswertung wurden Prä-Post-Vergleiche mittels t-Test für verbundene Stichproben bzw. Wilcoxon-Rangsummentest durchgeführt, ergänzt durch

Pearson- Korrelation. Das Signifikanzniveau für die inferenzstatistischen Auswertungen wurde auf α=0,05 festgelegt.

Ergebnisse

Zwei Drittel der Patient*innen waren weiblich und im Durchschnitt 55 Jahre alt. Zu Beginn der Maßnahme waren 40% relevant und 35% mäßig in ihrer Funktionsfähigkeit eingeschränkt. Die digitale Reha-Nachsorge wurde nach durchschnittlich 140 Tagen abgeschlossen, wobei rund 80% der Patient*innen alle 24 Nachsorgemodule absolvierten.

Die Arbeitsfähigkeit verbesserte sich statistisch signifikant um gut 1,1 Punkte ($p < 0{,}001$). Auch die Funktionsfähigkeit zeigte eine statistisch signifikante Verbesserung um 6%-Punkte ($p < 0{,}001$). Die aus dem FFbH-R Fragebogen ableitbaren drei Beeinträchtigungs-Level zeigten im Prä-Post-Vergleich ebenfalls einen statistisch signifikanten Unterschied ($p < 0{,}001$). Gut 30% der Patient*innen verbesserten sich dabei um eine Beeinträchtigungsstufe. Der Alluvium-Plot visualisiert die Veränderungen (vgl. Abb. 1)

Abb. 1: Alluvium-Plot zur Darstellung der Veränderungen der FFbH-R-Beeinträchtigungsstufen zur symptombezogenen Funktionsfähigkeit zu Beginn (t1) und zum Ende (t2) der digitalen Nachsorge. Verschiebungen in den Beeinträchtigungsstufen sind farblich dargestellt: Verbesserung – grün, keine Veränderung – blau, Verschlechterung – rot.

Im Median wurden drei aus fünf möglichen vorgegebenen Therapiezielen ausgewählt. Darunter wurden die “Verbesserung funktioneller Einschränkungen” (98,0%), die “Stabilisierung der Verhaltensänderung” (91,2%) sowie ein “Nachhaltiger Transfer in den Alltag” (73,5%) am häufigsten genannt. Im Median wurden 2 Therapieziele erreicht, was einer durchschnittlichen Zielerreichung von 66,5% entspricht. Am häufigsten wurden die Therapieziele “Nachhaltiger Transfer in den Alltag” (74,7%) sowie “Förderung von Selbstmanagementkompetenzen” (73,8%) angegeben. Bei der Korrelation der Anzahl

durchgeführter Nachsorge-Module mit der Quote der erreichten Therapieziele zeigte sich ein stat. sig. schwacher bis mittlerer positiver Zusammenhang ($r = 0{,}36$, $p < 0{,}001$), nicht jedoch für die Arbeitsfähigkeit und funktionelle Funktionsfähigkeit.

Diskussion und Fazit

Nach Ende der digitalen Nachsorge zeigte sich eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und symptombezogen Leistungsfähigkeit der Patient*innen, allerdings mit einem nur schwach bis moderat ausgeprägten Effekt. Im Durchschnitt wurden zwei von drei Therapiezielen erreicht. Die positive Korrelation deutet darauf hin, dass die Therapiezielerreichung im Zusammenhang mit dem Umfang der wahrgenommenen digitalen Reha-Nachsorge steht. Die Ergebnisse bieten Ansatzpunkte für weitere Analysen, um Patient*innen, die eine geringe oder keine Verbesserung zeigten, ggf. noch individualisierter therapeutisch zu betreuen.

Take-Home-Message

Eine digital durchgeführte IRENA bei Rückenschmerzpatient*innen verbessert die subjektive Arbeitsfähigkeit und die symptombezogene Funktionsfähigkeit.

Literatur

Schmidt, C. O., Raspe, H., Pfingsten, M., Hasenbring, M., Basler, H. D., Eich, W., et al. (2007): Back Pain in the German Adult Population: Prevalence, Severity, and Sociodemographic Correlates in a Multiregional Survey. Spine. August 2007;32(18):2005–11.

Wenig, C. M., Schmidt, C. O., Kohlmann, T., Schweikert, B. (2009): Costs of back pain in Germany. Eur J Pain. März 2009;13(3):280–6.

Kohlmann, T., Raspe, H. (1996): [Hannover Functional Questionnaire in ambulatory diagnosis of functional disability caused by backache]. Rehabil. Februar 1996;35(1):I–VIII.

Interessenkonflikt: Mitarbeiter bei Caspar Health

Zeitreihenanalyse zur Verstetigung der konsistenten Teilnahme von Personen mit neurologischen Erkrankungen im Programm der Tele-Reha-Nachsorge

Robin Stadel

Kliniken Schmieder Heidelberg

Hintergrund und Zielstellung

Beflügelt durch die Umstände der Corona-Pandemie und durch Vorteile gegenüber Präsenzangeboten, haben sich in den vergangenen Jahren digitale Nachsorgekonzepte, wie die Tele-Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung etabliert (Kaluscha, Hoffmann, 2021). Auch die Kliniken Schmieder bieten eine solche Nachsorge an, die aus zwei Therapiefeldern besteht. Ein vorzeitiger Abbruch dieser Nachsorgeleistung, käme laut Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung, nach einer 6-wöchigen Inaktivität seitens Teilnehmer oder dem Erreichen der Jahresgrenze zustande (Deutsche Rentenversicherung, 2023). Dies ist jedoch aus trainingswissenschaftlicher und

wirtschaftlicher Sicht zu vermeiden. Die betreuenden Therapeuten benötigen daher Richtwerte und Hilfsmittel, um potenziell abbrechende Teilnehmer zu identifizieren, sie zu kontaktieren und einem Abbruch entgegenzusteuern zu können.

Methoden

Mittels einer retrospektiven Längsschnittanalyse wurden Trainingsdaten bereits abgeschlossener erfolgreicher und abgebrochener Fälle untersucht. Anhand einer Ertragsvergleichsrechnung, wurden zudem die finanziellen Auswirkungen eines Abbruchs ermittelt. Nachfolgend wurde eine Zeitreihenanalyse für die ersten sechs Teilnahmewochen der Tele-Reha-Nachsorge erstellt und mit dem Faktor „Erfolg“ oder „Abbruch“ über die gesamte Maßnahme verknüpft. Mit diesen Daten wurden anschließend drei mathematische Modelle trainiert, die mittels logistischer Regression eine Vorhersage über Erfolg oder Abbruch treffen können.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 131 Fälle mit einer Erfolgsquote von 49,62% analysiert werden. Die erfolgreich beendeten Fälle hatten gegenüber den abgebrochenen Fällen innerhalb der ersten sechs Wochen mehr als doppelt so viel Training absolviert. Bei den abgebrochenen Fällen gab es Teilnehmer, die nicht mit der Maßnahme begannen, diejenigen die im Verlauf abbrachen und Teilnehmer, die die Teilnahmegrenze von einem Jahr erreichten. Bei den abgebrochenen Fällen waren deutliche Einnahmeeinbußen ersichtlich, bei den abgebrochenen Fällen im Verlauf ist sogar mit einem Minusgeschäft für Nachsorgeanbieter zu rechnen. Das Vorhersagemodell für den Gesamtabbruch erreichte eine Genauigkeit von lediglich 67%, allerdings konnten Abbruch oder Erfolg für Therapiefeld 1 mit 81% und für Therapiefeld 2 mit 74% Wahrscheinlichkeit bestimmt werden.

Diskussion und Fazit

Es konnten Faktoren ermittelt werden, die eine erfolgreiche Teilnahme vorhersagen. Besonders ausschlaggebend scheint die Trainingsaktivität in den ersten Wochen zu sein.

Die wirtschaftliche Notwendigkeit zur Verhinderung von Abbrüchen konnte eindeutig aufgezeigt werden. Mittels dieser Vorhersagemodelle sollen in Zukunft potenziell abbrechende Teilnehmer frühzeitig erkannt werden, um durch geeignete Maßnahmen einen Abbruch vermeiden zu können. Hierbei sind die jeweiligen Maßnahmen noch genauer auf ihre Wirksamkeit zu untersuchen.

Durch Verbreiterung der Datenbasis und Optimierung der Benutzeroberfläche für die betreuenden Therapeuten, könnte die Genauigkeit und Anwendbarkeit in Zukunft verbessert werden.

Take-Home-Message

Abbrüche einer neurologischen Tele-Reha-Nachsorge lassen sich durch mathematische Modelle frühzeitig erkennen, wodurch Therapeuten rechtzeitig intervenieren können.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2023): Digitale Reha-Nachsorge – Anlage 3 zum Rahmenkonzept zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation. URL: https://www.deutsche rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/nachsorge/Digitale_Nachsorge.pdf?__blob=publicationFile&v=4 Abruf: 24.10.2023.

Kaluscha, R., Hoffmann, B. (2021): Abschlussbericht - Analyse der Daten des Modellprojekts „CASPAR multimodal“ der Deutschen Rentenversicherung Bund. Bad Buchau, IFR Ulm. URL: https://caspar-website.cdn.prismic.io/caspar-website/1cdca3d1-a867-4c56-a987-0b1d42f9d48a_Abschlussbericht_Caspar_DRV.pdf#, Abruf: 24.10.2023.

Implementierung der MBOR-AHB in der orthopädischen Rehabilitation der Rentenversicherung aus der Perspektive des Reha-Teams

Udo Kaiser[1]; Wolfgang Bürger[2]; Rüdiger Nübling[1]; Jürgen Schmidt[1]

[1] Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen;
[2] fbg forschung und beratung im gesundheitswesen

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 Anschlussheilbehandlungen (AHB) bisher keine belastbaren Daten vor. Die MBOR-AHB-Studie dient der Entwicklung und Überprüfung einer spezifisch auf die AHB zugeschnittenen MBOR für die orthopädische Rehabilitation (Kaiser et al., 2022).

Methoden

Die als multizentrische, quasi-experimentelle, kontrollierte Interventionsstudie (Längsschnitt, 3 Messzeitpunkte) verläuft dreiphasig (Abb. 1).

Abb. 1: Übersicht Projektphasen MBOR-AHB-Studie in der Orthopädie

Das Mixed-Methode-Design beinhaltet durchgehend eine multiperspektivische (Rehabilitand*innen, Reha-Team, KTL-Leistungsdaten) und multidimensionale Betrachtung (quantitativ, qualitativ). Die Durchführung erfolgt in drei Einrichtungen der orthopädischen

Rehabilitation. Die berichteten Ergebnisse basieren auf der abgeschlossenen Ausgangsmessung des Zustandes vor einer spezifischen MBOR-AHB-Implementierung aus der Perspektive des Reha-Teams. Die Messung der MBOR-Orientierung aktuell in der AHB erfolgte mittels 6 Skalen mit jeweils 3-6 Items; die Items / Skalen orientieren sich dabei am MBOR-R, einem Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der MBOR-Orientierung (Bürger et al., 2022; Nübling et al., 2022).

Ergebnisse

Insgesamt haben 64 Mitarbeitende aus den Reha-Teams (Klinik1: 26; 40,6%, Klinik2: 13; 20,3%, Klinik3: 25; 39,1%) aus folgenden Bereichen teilgenommen: Therapie (N=30; 50%), Ärzt*innen (N=19; 31,7%), Psychologie (N=8; 13,3%), Sozialdienst (N=3; 5%), Sonstige (N=4, 6,3%).

Das Reha-Team verfügt über eine durchschnittliche Berufserfahrung der Rehabilitation von 10,7 Jahren (SD 8,8). Die eigene Qualifikation für die Arbeit im Bereich der MBOR geben 60,9% als sehr gut / gut an, 20,3% fühlen sich schlecht / sehr schlecht qualifiziert (MW 2,47; SD 1,1). Der persönliche Bedarf an MBOR-Fortbildungen in der Klinik wird von 53,3% als sehr gut / gut erfüllt angegeben, für 36,7% wird dieser Bedarf weniger gut und für 10% gar nicht erfüllt (MW 2,43; SD 0,9).

Die berufs- bzw. erwerbsbezogene Fokussierung in der therapeutischen Arbeit wird von 26,7% bzw. 11,7% als positiv/sehr positiv und von 10% bzw. 3,3% als negativ/sehr negativ erlebt. Die große Mehrheit (48,3%) bewertet den Einfluss neutral (MW 3,33; SD 0,9). Die Arbeitszufriedenheit fällt insgesamt hoch aus: 56,5% zufrieden bzw. 25,8% sehr zufrieden, 1,6% unzufrieden (MW 4,06; SD 0,7).

Abb. 2: Erwerbsbezogenheit des Reha-Konzeptes aus der Perspektive der Mitarbeitenden (N=64)

Der MBOR-Bedarf in der AHB wird von den Mitarbeitern in den Kliniken sehr unterschiedlich beurteilt, der Mittelwert schwankt zwischen 10,1-28,2% (SD 8,2-23,8). Im Mittel ergibt sich ein

Anteil von 25,1% (SD 22,3). Als Barrieren für einen höheren Anteil an MBOR-Maßnahmen werden insbesondere in der postoperativen MBOR-Fähigkeit (84,1%) Schmerzen (74,6%) Wundheilungsstörungen (36,5%), Schmerzmittelkonsum 31,7% und fehlender MBOR- Motivation (27,0%) gesehen. Als klinikseitig bestehende Barrieren nennen rund zwei Drittel personelle Ressourcen und jeweils rund ein Viertel das fehlende therapeutische Angebot, räumliche und apparative Ressourcen sowie nicht ausreichende Qualifikation, Schulung und Fortbildung an. Der Umfang erwerbsbezogener Maßnahmen wird von 71,7% als genau richtig bewertet und für 26,7% ist der Anteil zu gering (MW 3,25; SD 0,4).

Die Ergebnisse in Bezug auf die MBOR-Orientierung aktuell in der AHB in Form von Qualitätspunkten (0-100, Mittelwerte) sind aus Abbildung 2 zu entnehmen. In den Skalen F1- F5 zeigen sich insgesamt eher mittlere Werte zwischen 45,1 und 62,5 Qualitätspunkten, was sich auch in der Gesamtskala (MBOR-G) widerspiegelt (MW 57,6; SD 19,1). Die Gesamteinschätzung des Erwerbsbezugs in der Reha (F6-GEEB) fällt mit 75,4 (SD 19,5) deutlich höher aus. Insgesamt zeigen sich zwischen den Kliniken teilweise deutliche und signifikante Unterschiede, die es im weiteren Projektverlauf zu berücksichtigen gilt.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse sprechen für einen Bedarf an MBOR-Maßnahmen in der orthopädischen AHB. Hierzu scheint es erforderlich, die Spezifika der AHB zu beachten und entsprechend notwendige Strukturen und Prozesse zu entwickeln. Bei deutlichen Unterschieden zwischen den Kliniken weist der Umsetzungsgrad der MBOR-Orientierung in der AHB insgesamt mittlere Werte auf. Mit diesen Ergebnissen liegen erste Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung der Konzepte vor, die Schwerpunkt der Projektphase II sind.

Take-Home-Message

Aus der Perspektive des Reha-Teams gibt es erste Hinweise für einen relevanten Bedarf für die MBOR-AHB, die für die erfolgreiche Umsetzung ein MBOR-Konzept benötigt, welches die notwendigen Strukturen und Prozesse bereitstellt, sowie die Spezifika der AHB berücksichtigt.

Literatur

Bürger, W., Nübling, R., Streibelt, M. (2022): Fragebogen zur Erfassung der medizinisch-beruflichen Orientierung der Rehabilitation aus der Perspektive der Rehabilitanden (MBOR-R): Querschnittsstudie zum Vergleich der Kurz- und Langversion. Die Rehabilitation, 61. 177-185.

Kaiser, U, Bürger, W, Nübling, R. (2022): Entwicklung und Evaluation einer MBOR-AHB in der orthopädischen Rehabilitation der Rentenversicherung (MBOR-AHB-Studie) - Studienprotokoll. Karlsruhe: GfQG & fbg.

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.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Messung der Ergebnisqualität in der neurologischen Rehabilitation mittels PROMIS-10 – Ergebnisse eines Pilotprojekts in 17 Kliniken

Volker Beierlein[1], Ralf Bürgy[2]; Torsten Kirsch[3]; Johannes Kneißl[4]; Matthias Köhler[3]; Annabelle Neudam[5], Holger Schulz[1]

[1] Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; [2] MediClin;
[3] VAMED Gesundheit Holding Deutschland GmbH; [4] Medical Park ;
[5] 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Pilotstudien in der orthopädischen, psychosomatischen und onkologischen Rehabilitation (Qualitätskliniken.de, 2020-2022) zeigen die Möglichkeiten und Bedeutsamkeit auf, das Outcome als Indikator der Ergebnisqualität einer Rehabilitationsbehandlung durch prä- post- Erhebungen mittels Patient Reported Outcome Measures (PROMs) zu erfassen. In der neurologischen Rehabilitation wurde eine weitere Pilotstudie durchgeführt, um den Rehaerfolg in einer 3-Monatskatamnese mit der 10-Item PROMIS Scale v1.2 – Global Health (PROMIS-10; Hays et al., 2009) als Maß der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit zu messen. Erfasst wird die physische und die psychische Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf einer bevölkerungsnormierten T-Wertskala (M = 50; SD = 10).

Methoden

Befragt wurde zur Aufnahme in der Klinik sowie zur Katamnese 3 Monate nach Entlassung. Eingeschlossen wurden konsekutiv alle AHB-Patienten der Phase D mit einer Diagnose aus der Indikation Schlaganfall. Ausschlusskriterien waren Reha-Abrecher:innen (weniger als 15 Tage Behandlungsdauer), Wiederaufnahmen, Unfähigkeit den Fragebogen auszufüllen. Neben den PROMs wurden für die Risikoadjustierung soziodemografische und medizinische Angaben, abgeleitet aus den Variablensets der DRV und GKV, erhoben. Pro Klinik sowie für die Gesamtstichprobe wurden unadjustierte Effektstärken berechnet, sowie risikoadjustierte Outcomes mittels linearer Regression bestimmt (jeweils Cohen's dz für verbundene Stichproben).

Ergebnisse

Insgesamt wurden n = 2.081 Datensätze aus 17 Reha-Einrichtungen erhoben, wovon n = 1.166 vollständige Datensätze in die Analyse eingeflossen sind, dies entspricht 53% der übermittelten Fälle. Der Range gültiger Fälle pro Einrichtung liegt zwischen n = 24 und n = 155.

Die Patient:innen der Gesamtstichprobe sind zu 41.8 % weiblich und im Mittel 65.0 Jahre alt. Für den PROMIS-10 ergeben sich in der körperlichen Dimension Effektstärken der Mittelwertsdifferenzen zwischen Aufnahme (M = 42.29) und Katamnese (M = 42.28) in der Gesamtstichprobe von dz = 0.11 und in den Kliniken zwischen dz = -0.28 und dz = 0.43, wobei drei Kliniken signifikant über dem Gesamtdurchschnitt liegen und eine Klinik darunter. Nach Risikoadjustierung finden sich Abweichungen der beobachteten von den aufgrund des Case- Mix erwarteten Werten in einem Range von dmin = -0.24 bis dmax = 0.35. Dabei

weichen sechzehn Kliniken nicht signifikant vom erwarteten Outcome ab und eine Klinik weist ein signifikant schlechteres Outcome als erwartet auf.

Die Effektstärken für die psychische Dimension des PROMIS-10 (Aufnahme: M = 43.69; Katamnese: M = 43.99) in der Gesamtstichprobe beträgt dz = 0.05 und in den Kliniken zwischen dz = -0.25 und dz = 0.38, wobei zwei Kliniken signifikant über dem Gesamtmittelwert liegen und eine Klinik darunter. Nach Risikoadjustierung ergeben sich Abweichungen von den erwarteten Werten mit einem Range von dmin = -0.19; dmax = 0.52. Zwei Kliniken weisen ein signifikant besseres Outcome als erwartet auf, alle anderen Kliniken erreichen das erwartete Outcome.

Diskussion und Fazit

Die Effektstärken der unadjustierten Differenzen von Aufnahmezeitpunkt und Katamnese in den zwei gemessenen Dimensionen sind insgesamt gering. Angesichts der in anderen Indikationen ausreichenden Änderungssensitivität generischer Instrumente für Vergleiche von Aufnahme und Entlassung sind für die neurologische Indikationsstellung möglicherweise andere Zielbereiche von größerer Bedeutung. Da in der Regel katamnestische Ergebnisse niedriger als Prä-Post-Vergleiche ausfallen, könnte es auch denkbar sein, dass in den Einrichtungen kurzfristig höhere Veränderungen erzielt worden sind.

Insgesamt niedrige Effektstärken der Veränderungen der subjektiven Gesundheit können auch mit einer verlängerten benötigten Zeit der Rekonvaleszenz mit begrenzten Verbesserungen von Schlaganfallpatient:innen im Vergleich zu anderen Patient:innengruppen zusammenhängen. Andererseits können die verhältnismäßig hohen PROMIS-10-Werte zum Rehabilitationsbeginn für Phase-D-Patient:innen auf Deckeneffekte hinweisen, die eine Veränderungsmessung erschweren. Selektionseffekte (beeinträchtigtere Patient:innen füllten keine Fragebögen aus) könnten zum Tragen kommen.

Eine Differenzierung von Kliniken hinsichtlich des Rehaerfolgs durch risikoadjustierte Outcomes gelingt für die körperliche und psychische Dimension aufgrund geringer Fallzahlen eingeschränkt.

Für zukünftige Messungen der Ergebnisqualität wird empfohlen, eine zusätzliche Post- Messung zum Entlassungszeitpunkt durchzuführen, das Katamneseintervall zu verlängern, um nachgelagerte Verbesserungen des Gesundheitszustands erfassen zu können und mögliche Selektionseffekte bestmöglich zu kontrollieren.

Take-Home-Message

Die Messung der Ergebnisqualität in der neurologischen Reha mit PROMs ist wichtig, aber herausfordernd. Optimale Messzeitpunkte müssen gefunden und potentielle Selektionseffekte berücksichtigt werden.

Literatur

Hays, R.D., Bjorner, J.B., Revicki, D.A., Spritzer, K.L. & Cella, D. (2009): Development of physical and mental health summary scores from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) global items. Quality of Life Research, 18, 873–880.

Qualitätskliniken.de (Hrsg.) (2020): Ergebnismessungen in der orthopädischen Rehabilitation. https://www.qualitaetskliniken.de/fileadmin/user_upload/Ergebnismessung_in_der_orthopaedischen_Rehabilitation_Gesamtbericht_20200131_4qd.pdf
Qualitätskliniken.de (Hrsg.) (2021): Ergebnismessungen in der psychosomatischen Rehabilitation. https://www.qualitaetskliniken.de/fileadmin/user_upload/Ergebnismessung_in_der_psychosomatischen_Rehabilitation_Gesamtbericht_20210311_4qd.pdf
Qualitätskliniken.de (Hrsg.) (2022): Ergebnismessungen in der onkologischen Rehabilitation. https://www.qualitaetskliniken.de/fileadmin/user_upload/Ergebnismessung-in-der-onkologischen-Rehabilitation-Gesamtbericht-20220304-4qd.pdf

Förderung: Qualitätskliniken.de

Prädiktoren für den Antrag auf Erwerbsminderungsrente bei neurologischen MB(O)R-Patienten 6 Monate nach Rehabilitation

Ines Guse[1,2]; Nadine Schumann[1,2]; Michael Sailer[1,2,3]

[1] An-Institut für Neurorehabilitation der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg;
[2] MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg; [3] MEDIAN Klinik Flechtingen

Hintergrund und Zielstellung

Das übergeordnete Ziel der berufsorientierten neurologischen Rehabilitation besteht darin, Menschen bei der Wiedererlangung oder Anpassung ihrer beruflichen Fähigkeiten zu unterstützen, um entweder in ihren Beruf zurückkehren oder alternative Beschäftigungsmöglichkeiten zu finden. Eine Frühverrentung soll vermieden werden. Im klinischen und betrieblichen Umfeld stehen verschiedene Messinstrumente zur Verfügung, um z.B. die Arbeitsfähigkeit, besondere berufliche Problemlagen oder den Bedarf an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation abzubilden, welche Einfluss auf die übergreifende Arbeitsfähigkeit und damit auf eine Frühberentung haben können.

Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, die Assessments SIBAR I (Bürger, Deck, 2022), SIMBO-C (Streibelt et al., 2007) und WAI (Hasselhorn, Freude, 2007) hinsichtlich ihres Vorhersagepotenzials für eine Rentenantragstellung neurologischer Patienten 6 Monate nach einer berufsorientierten neurologischen Rehabilitation zu analysieren.

Methoden

Im Rahmen der von der DRV Bund geförderten multizentrischen Längsschnittuntersuchung REBORN wurden in 3 neurologischen Rehabilitationskliniken 205 Patienten (Alter: M=49,1, SD=9,8, 58,5% weiblich) der Phase D/E rekrutiert und zu 4 Messzeitpunkten (Rehabilitationsbeginn, Rehabilitationsende, 6 und 12 Monate nach Rehabilitation) befragt. Zielkriterium dieser Analyse ist ein gestellter Antrag auf Erwerbsminderungsrente (ja/nein) 6 Monate nach neurologischer MB(O)R.

Die zu Rehabilitationsbeginn erhobenen Merkmale SIBAR I (Bürger, Deck, 2022), SIMBO-C (Streibelt et al., 2007) und WAI (Hasselhorn, Freude, 2007) wurden hinsichtlich ihrer prognostischen Relevanz zunächst in univariaten logistischen Regressionen überprüft. Da die

4. und 5. Dimension des WAI nicht erhoben wurden, flossen die Dimensionen 1, 2, 3, 6 und 7 als kategoriale Variablen in die Analysen ein. Im zweiten Schritt wurde überprüft, ob eine Kombination der univariat signifikanten Prädiktoren durch Überführung in ein multiples Regressionsmodell zu einer Modellverbesserung führt.

Ergebnisse

Die beste Klassifikationsleistung von 77,5% (Sensitivität: 51,6%, Spezifität: 91,1%) zeigte der SIBAR I mit einer OR von 1,4 ($p < .001$) (Tab. 1). Von allen berechneten univariaten Regressionen wurde nur hier eine akzeptable Varianzaufklärung erzielt (R^2=.338). Auch der SIMBO-C erwies sich univariat als signifikantes Prognose-Instrument (OR: 1,025; p=.002).

Tab. 1: univariate logistische Regression für Antrag auf EM-Rente – SIBAR I & SIMBO-C

Prädiktor	**R^2 (Nagelkerke)**	**B**	**OR**	**p**	**95% CI**
SIBAR I (N=187)	0,328	0,332	**1,394**	**<.001**	1,251 - 1,553
SIMBO-C (N=189)	0,078	0,025	**1,025**	*.002*	1,010 - 1,041

Innerhalb der WAI-Indikatoren 2, 6 und 7 zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen jeweils der besten und der schlechtesten Kategorie (Tab. 2). Die schlechteste Kategorie des WAI 2 hat ein 12,8fach so hohes Risiko für eine Rentenantragstellung wie die beste ($p < .001$). Im Bereich des WAI 6 erhöht sich das Risiko der schlechtesten Kategorie um 8,6 im Vergleich zur Referenzgruppe ($p < .001$), in der WAI-Dimension 7 um den Faktor 4,1 (p=.021).

Tab. 2: Univariate logistische Regression für Antrag auf EM-Rente – WAI-Indikatoren 1, 2, 3, 6, 7

Prädiktor	**R^2 (Nagelkerke)**	**B**	**OR**	**P**	**95% CI**
WAI 1 (N=187)[1]					
schlecht	0,011	0,150	1,161	.814	0,334 - 4,038
mäßig		-0,405	0,667	.590	0,153 - 2,911
WAI 2 (N=170)[2]					
schlecht	0,152	2,549	**12,800**	**<.001**	3,335 - 49,123
mäßig		1,067	2,905	.056	0,973 - 8,674
gut		0,515	1,674	.371	0,542 - 5,176
WAI 3 (N=189)[3]					
1	0,005	0,175	1,191	.845	0,205 - 6,930
2-3		-0,074	0,929	.934	0,160 - 5,397
4+		0,223	1,250	.815	0,192 - 8,129
WAI 6 (N=173)[4]					
unwahrscheinlich	0,182	2,157	**8,646**	**<.001**	3,263 - 22,907
nicht sicher		0,861	2,365	.075	0,916 - 6,106
WAI 7 (N=188)[5]					
schlecht	0,063	1,416	**4,121**	**.021**	1,233 - 13,771
mäßig		0,369	1,446	.491	0,507 - 4,123
gut		0,103	1,109	.851	0,377 - 3,260

[1] Referenz-Kategorie = gut (Kategorie *sehr gut* unbesetzt)
[2] Referenz-Kategorie = sehr gut, Kategorienbildung nach Perzentilen 15, 50, 85
[3] Referenz-Kategorie = 0 Erkrankungen
[4] Referenz-Kategorie = ziemlich sicher
[5] Referenz-Kategorie = sehr gut

Bei Kombination aller in den Einzelregressionen signifikant gewordenen Prädiktoren in einem multiplen Regressionsmodell erwies dieses zwar als signifikant (Chi^2=50,4; p< .001, R^2=.355), jedoch wurde bei einer Klassifikationsleistung von 76,3% (Sensitivität: 55,9%, Spezifität: 87,3%) nur der SIBAR I als Variable signifikant (OR: 1,382; 95% CI 1,179-1,619; p < .001).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse des SIBAR I bestätigen seine Funktion als Messinstrument des Frühberentungsrisiko auch für neurologische Patienten. Die Prädiktionsfähigkeit des SIMBO- C kann durch den Einfluss besonderer beruflicher Problemlagen auf die Arbeitsfähigkeit erklärt werden, wodurch betroffene Patienten eine Erwerbsminderungsrente anstreben könnten.

Differenzierter stellt sich die Situation im Bereich des WAI dar. Laut Auswertungs-Manual eignen sich die Dimensionen 1 und 2 als Prädiktoren für den WAI-Gesamtscore (Hasselhorn, Freude, 2007). Der Vergleich der WAI-Kategorien 1 und 3 dieser Analyse mit einer gesunden Normalbevölkerung zeigt deutliche Abweichungen. So ist z.B. die Kategorie „sehr gut“ des WAI 1 in dieser Studie nicht besetzt. Eine probeweise Umkodierung der Kategorien nach den Perzentilen 15, 50 und 85 überführt diese in signifikante Prädiktoren. Ob die so ermittelten Kategorien-Grenzwerte und die Verwendung einzelner WAI-Indikatoren generell für neurologische Patienten anwendbar sind, müsste weiterführend überprüft werden.

Take-Home-Message

SIBAR I und SIMBO-C eignen sich als Prädiktoren für die Rentenantragsstellung in der Neurologie, während die WAI-Indikatoren nur dann Vorhersagepotenzial haben, wenn die Kategorien-Verteilung derjenigen der gesunden Normalbevölkerung ähnelt.

Literatur

Bürger, W., Deck, R. (2009): SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation. 48. 211-221.

Hasselhorn, H. M., Freude, G. (2007): Der Work Ability Index. Ein Leitfaden (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sonderschrift, Bd. 87): Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft.

Streibelt, M., Gerwinn, H., Hansmeier, T., Thren, K., Müller-Fahrnow, W. (2007): SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation - Analysen zur Konstruktvalidität und Prognosegüte. Rehabilitation. 46. 266-275.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Umsetzung der berufsbezogenen Diagnostik in der orthopädischen Medizinisch-beruflich orientieren Rehabilitation (MBOR) – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung

David Bühne; Christian Hetzel; Mathis Elling; Torsten Alles

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

Hintergrund und Zielstellung

Gemäß des Anforderungsprofils zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientieren Rehabilitation (MBOR) sind im Rahmen des Arbeitsplatztrainings solche Arbeitsaufgaben zu trainieren, „für die Diskrepanzen zwischen Arbeitsanforderungen und aktueller Leistungsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bestehen“ (DRV, 2019). Ein zentrales Element der MBOR bildet entsprechend die berufsbezogene Diagnostik. In die Erhebung der zu bewältigenden Arbeitsplatzanforderungen können dabei unter anderem ein Patienten-Interview, Angaben aus Fragebogen sowie Tätigkeitsbeschreibungen eingehen. Besteht Präzisierungsbedarf, können gemäß des MBOR-Anforderungsprofils auch Arbeitgeber in die Anforderungsanamnese eingebunden werden. Im Rahmen der Erhebung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit sollten hingegen möglichst Verfahren der Functional Capacity Evaluation (FCE) zur Anwendung kommen.

Während im MBOR-Anforderungsprofil konkrete Vorgaben hinsichtlich der Zielsetzungen, Umfänge und Akteure zu finden sind, deuten auf Routinedaten basierende Analysen darauf hin, dass sich die Umsetzung des Anforderungsprofils deutlich zwischen den Einrichtungen der MBOR unterscheidet – und Mindestanforderungen vielfach nicht erreicht werden (Bethge et al., 2014; Bethge et al., 2019; Streibelt & Brünger, 2014). Ein Ziel der vorliegenden Untersuchung bestand darin, anhand einer Befragung von MBOR-Akteuren einen differenzierten Einblick in die derzeitige Umsetzung der orthopädischen MBOR zu erhalten.

Methoden

Orthopädische Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation mit MBOR-Zulassung wurden zwischen Februar und April 2023 zur Teilnahme an einer anonymen schriftlichen Befragung eingeladen. Im Anschreiben wurden die Einrichtungen angewiesen, den Fragebogen möglichst an eine Person oder ein Team mit gutem Einblick in die Umsetzung der MBOR weiterzuleiten. Das hierbei eingesetzte Instrument wurde in Anlehnung an das MBOR- Anforderungsprofil entwickelt. Der Rücklauf betrug 30 %. Im Rahmen der vorliegenden Analyse wurden die Angaben derjenigen an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen ausgewertet, innerhalb derer in den zurückliegenden sechs Monaten MBOR- Maßnahmen durchgeführt wurden – und zwar überwiegend bzw. ausschließlich als Heilverfahren (n=86).

Ergebnisse

Die Erhebung der Arbeitsanforderungen erfolgt vielfach interdisziplinär und in neun von zehn Fällen unter Beteiligung der Ergotherapie. Im Mittel wurden 3,1 Professionen als (mit)verantwortlich beschrieben. Die Anforderungsanamnese erfolgt im Wesentlichen auf Grundlage von zwei Informationsquellen. Gut 90 % der Befragten berichteten, dass

„(fast) immer“ ein Interview mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durchgeführt werde und 78 % schilderten die standardmäßige Nutzung von Angaben aus Fragebogen. Arbeitsplatzbeschreibungen des Arbeitgebers liegen dagegen mehrheitlich „(fast) nie“ vor und auch im Falle eines Präzisierungsbedarfs findet überwiegend keine Kontaktaufnahme mit Arbeitgebern statt. 79 % der Einrichtungen gaben an, Verfahren der FCE im Rahmen der Leistungsdiagnostik einzusetzen. In 55 % der Fälle werden die Testungen sowohl zu Reha- Beginn als auch zu Reha-Ende bei mindestens 80 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durchgeführt. Unter den für die Durchführung (mit)verantwortlichen Berufsgruppen dominierte die Ergotherapie (90 %) vor der Physio- (54 %) und Sporttherapie (38 %). 64 % der Einrichtungen gaben die Nutzung von Selbsteinschätzungsverfahren an.

Diskussion und Fazit

Die Angaben der 86 an der Befragung teilnehmenden MBOR-Einrichtungen lassen darauf schließen, dass eine ausgeprägte Heterogenität in der Umsetzung der berufsbezogenen Diagnostik besteht, diese jedoch überwiegend den Anforderungen des MBOR- Anforderungsprofils entspricht. Anforderungsanamnese und Leistungsdiagnostik werden in vielen Einrichtungen interdisziplinär realisiert, wobei die Verantwortung jeweils primär in den Händen der Ergotherapie liegt. Eine zentrale Herausforderung scheint in der Einbindung von Arbeitgebern bzw. Werks-/Betriebsärzten zu liegen. Vor dem Hintergrund einer Rücklaufquote von etwa 30 % ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen, dass MBOR-Einrichtungen mit einem geringen Umfang berufsbezogener Leistungen im untersuchten Sample vermutlich unterrepräsentiert sind.

Take-Home-Message

In den an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen erfolgt die Umsetzung der berufsbezogenen Diagnostik vielfach in Einklang mit dem MBOR-Anforderungsprofil. Ansatzpunkte zur Optimierung liegen in der Förderung der Interdisziplinarität sowie einem stärkeren Einbezug von Arbeitgebern.

Literatur

Bethge, M., Löffler, S., Schwarz, B., Vogel, H., Schwarze, M., Neuderth, S. (2014): Gelingt die Umsetzung des Anforderungsprofils zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation? Rehabilitation, 53, 184–190.

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, 76, 913–919.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2019): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation: Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: DRV Bund. S.23

Streibelt, M., Brünger, M. (2014): Wie viele arbeitsbezogene Leistungen bekommen Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen? Analyse einer repräsentativen indikationsübergreifenden Stichprobe von Rehabilitanden. Rehabilitation, 53, 369–375.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Zielgruppen beruflich orientierter Leistungen in der neurologischen Rehabilitation: ein Vergleich von MbR- & MBOR-Teilnehmenden

Nadine Schumann[1,2]; Janin Venediger[1]; Ines Guse[1,2]; Michael Sailer[1,2,3]

[1] An-Institut für Neurorehabilitation der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg;
[2] MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg; [3] MEDIAN Klinik Flechtingen

Hintergrund und Zielstellung

Neurologische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Ursachen für Behinderung und vorzeitige Mortalität, zunehmend sind jüngere Menschen betroffen (Deuschl et al., 2020). Der Verlust der Erwerbsfähigkeit, Frühberentungen oder erhöhte Fehlzeiten sind neben hohen gesamtgesellschaftlichen Kosten auch mit gravierenden Folgen für die Betroffenen verbunden. Neben der Existenzsicherung ist die berufliche Teilhabe identitätsstiftend, trägt zur sozialen Einbettung bei und wirkt sich günstig auf verschiedene Gesundheitsoutcomes aus. In der rehabilitativen Versorgung sind medizinisch-beruflich orientierte Leistungen inzwischen ein etablierter Bestandteil (Bethge, 2017). Für erwerbsfähige Rehabilitanden mit beruflichen Problemlagen werden im Rahmen der Phase I MBOR-Leistungen angeboten. Als Weiterführung/Intensivierung für schwer betroffene Patienten mit positiver Erwerbsprognose stehen MbR-Leistungen der Phase II zur Verfügung (Rollnik et al., 2013). Bis dato ist unklar, welche Teilnehmenden von den genannten Leistungen erreicht werden. Anknüpfend daran zielt der Beitrag darauf ab, neurologische MB(O)R-Teilnehmer im Hinblick auf soziodemographische, krankheitsbezogene und berufsbezogene Parameter zu Charakterisieren und Gegenüberzustellen.

Methoden

Im Rahmen der von der DRV Bund geförderten Reborn Studie wurden in 3 Reha-Zentren 39 MbR- und 166 MBOR-Teilnehmer zu Reha-Beginn (T1) rekrutiert und schriftlich zu soziodemographischen, krankheitsbezogenen und berufsbezogenen Parametern befragt. Mittels klinischer Basisdokumentation sowie Arbeitsplatzscreenings wurden ergänzende Parameter erfasst. Gruppenunterschiede (MbR vs. MBOR) wurden mittels bivariater Analysen identifiziert, je nach Skalenniveau mit t-Tests für unabhängige Stichproben und Chi^2-Tests.

Ergebnisse

Bezüglich erfasster soziodemographischer Parameter differieren MbR- und MBOR- Teilnehmende kaum voneinander, lediglich beim höchsten Schulabschluss zeigten sich bedeutsame Unterschiede zu Ungunsten der MbR-Teilnehmenden ($p = .043$) (Tab.1). Im Hinblick auf krankheitsbezogene Parameter dominieren in der Phase II Teilnehmende mit zerebrovaskulären Krankheiten als Hauptdiagnose (46,2% vs. 27,8%), bei den Phase I Teilnehmenden sind es mit 50% Krankheiten des Nervensystems (38,5%). Darüber hinaus weisen MbR-Teilnehmende mehr Ko-Morbditäten ($p = .007$), eine kürzere Krankheitsdauer ($p = .072$) sowie häufiger einen GdB bzw. Antragsstellung dieses zum Zeitpunkt T1 auf ($p = .013$). Bei der subjektiven Gesundheit zeigten sich inverse Effekte zu Ungunsten der MBOR Teil-nehmenden, die eine schlechtere subjektive Gesundheit zu Reha-Beginn berichteten ($p = .033$) (Tab. 1).

Tab. 1: Soziodemographische & kranksheitsbezogene Parameter von MB(O)R-Teilnehmern zu Reha-Beginn

		MbR (N=39) *N (%) / M (SD)*	*MBOR (N=166)* *N (%) / M (SD)*	*p*
Alter, Jahre (N=205)		47,1 (± 9,1)	49,6 (± 9,9)	.129
Geschlecht (N=205)				.765
	männlich, N (%)	17 (43,6)	68 (41,0)	
	weiblich, N (%)	22 (56,4)	98 (59,0)	
Schulabschluss				
	max. Hauptschule	2 (5,1)	18 (11,0)	
	Realschule/POS	31 (79,)	93 (57,1)	.043
	Abitur	6 (15,4)	52 (31,9)	
reha-relevante Hauptdiagnose				.041
	G00-G99	15 (38,5)	83 (50,0)	
	I00-I99	18 (46,2)	46 (27,8)	
	F00-F29	0	9 (5,4)	
	C00-D48	3 (7,7)	4 (2,4)	
	Sonstige	3 (7,7)	24 (14,5)	
Krankheitsdauer (Monate)		18,0 (± 59,9)	38,0 (± 68,0)	.072
Ko-Mordbidität (Anzahl)		4,2 (± 2,6)	2,9 (± 1,8)	.007
GdB (N=199)				.013
	nein	12 (30,8)	78 (48,8)	
	ja	18 (46,2)	69 (43,1)	
	Antrag gestellt	9 (23,1)	13 (8,1)	
Global health status / QoL		47,9 (± 15,8)	40,7 (± 19,2)	.033

Anmerkungen: Es werden gültige % berichtet. Berichtete p-Werte beziehen sich auf t-Tests für unabhängige Stichproben für metrische Variablen, Chi²-Tests bzw. Exakten Tests nach Fisher für kategoriale Variablen.

Bei Betrachtung der erfassten berufsbezogenen Parameter (Tab. 2) waren MbR-Teilnehmer zu Reha-Beginn häufiger nicht erwerbstätig (p = .075), als Arbeiter (p = .056) und im Schichtsystem tätig (p = .019). Neben höheren AU-Zeiten (p = .056) und einer schlechteren subjektiven Erwerbsprognose (p = .011), prognostizierten MbR-Befragte ihren beruflichen Wieder-einstieg nach Maßnahme deutlich später ein als MBOR Teilnehmende (p = .039) und haben häufiger einen Antrag auf BU-/EMI-Rente gestellt (p = .046). Das Interesse an berufsbezogenen Therapiemaßnahmen (p = .002) sowie der Klärung bzw. Besserung der beruflichen Situation (p = .007) war in der Phase II deutlich stärker ausgeprägt.

Tab. 2: Berufsbezogene Parameter von MB(O)R-Teilnehmern zu Reha-Beginn

	MbR (N=39) *N (%) / M (SD)*	*MBOR (N=166)* *N (%) / M (SD)*	*p*
Erwerbstätigkeit			
Ja	30 (76,9)	146 (88,0)	.075
Nein	9 (23,1)	20 (12,0)	
Berufliche Stellung			
Arbeiter/in/Sonstiges	11 (28,2)	36 (22,2)	.056
Angestellte/r/Beamte/r/Selbstständige	28 (71,8)	126 (77,8)	
Arbeitsorganisation (Früh-/Spät-/Nachtschicht)			
Ja	14 (48,3)	38 (26,4)	.019
Nein	15 (51,7)	106 (73,6)	
AU letzte 12 Monate			
<1 Woche/1-5 Wochen	4 (10,3)	37 (25,2)	.056
6-25 Wochen	16 (41,0)	38 (25,9)	
26-52 Wochen	19 (48,7)	72 (20,4)	
subjektive Erwerbsprognose[a]	1,7 (± 0,9)	1,2 (± 1,1)	.011
Antrag auf BU-/EMI-Rente			
Nein	31 (79,5)	148 (90,8)	.046
Ja	8 (20,5)	15 (9,2)	
Arbeitsbeginn nach Reha			
sofort, in 1 Monat	6 (15,4)	58 (36,5)	.039
in 3-9 Monaten	22 (56,4)	70 (44,0)	
in 1 Jahr oder später/überhaupt nicht mehr	11 (28,2)	31 (19,5)	
Interesse an berufsbez. Maßnahmen (IBT)[b]	4,4 (± 0,9)	3,8 (± 1,4)	.002
Klärung / Besserung der berufl. Situation			
überhaupt nicht - etwas	1 (2,6)	34 (20,5)	.007
ziemlich/sehr	38 (97,4)	132 (79,5)	

Anmerkungen: Es werden gültige % berichtet. Berichtete p-Werte beziehen sich auf t-Tests für unabhängige Stichproben für metrische Variablen, Chi²-Tests bzw. Exakten Tests nach Fisher für kategoriale Variablen.
[a]SPE-Skala von 0-3 mit 3 = höchste Gefährdung der Erwerbstätigkeit, [b]IBT-Skala von 2-10 = höhere Werte zeigen ein höheres Interesse

Diskussion und Fazit

Unseres Erachtens liegen bislang kaum vergleichende Daten zu MbR und MBOR- Teilnehmenden vor. Die vorliegende Analyse setzt hier uns an und bietet erste Erkenntnisse zu den Zielgruppen beruflich orientierter Leistungen in der Neurologie. Die Ergebnisse zeigen, dass – gemessen am Bildungsstatus sowie arbeitsplatzbezogenen Merkmalen – eher bildungsferne Personengruppen mit häufig manuellen Tätigkeiten eine MbR-Maßnahme in Anspruch nehmen. Auch fest etablierte Erhebungsinstrumente, wie die subjektive Erwerbsprognose, bestätigen ein höheres Risikoprofil für eine nicht erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung der MbR-Teilnehmer im Vergleich zur MBOR. Erste treten die Maßnahme jedoch auch mit einem stärkeren Wunsch der Klärung bzw. Besserung der beruflichen Situation an.

Take-Home-Message

Obwohl neurologische Erkrankungen zunehmend an Bedeutung in der rehabilitativen Versorgung gewinnen und der Erhalt der Erwerbsfähigkeit essentiell für die selbstbestimmte

Teilhabe der Betroffenen ist, ist die Befundlage zu den Zielgruppen, der Umsetzung und Wirksamkeit beruflich orientierter Konzepte in der Neurologie bis dato dünn.

Literatur

Bethge, M. (2017): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. In: Die Rehabilitation 56 (1), S. 14–21.

Deuschl, G., Beghi, E., Fazekas, F., Varga, T., Christoforidi, K. A., Sipido, E. et al. (2020): The burden of neurological diseases in Europe: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. In: The Lancet Public Health 5 (10), e551-e567.

Rollnik, J.; Platz, T.; Böhm, K.-D.; Weber, R.; Wallesch, C.-W. (2013): Die medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Neurologie. In: Akt Neurol 40 (05), S. 274–278.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktueller Status: Wie geht es den Leistungserbringern im Umfeld von Krisen und Herausforderungen?

Stefan Berghem

Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Die Rehabilitationseinrichtungen haben bewegte Zeiten hinter sich. Es gab viele Belastungen und Herausforderungen für die Leistungserbringer. Belegungsrückgänge und die wirtschaftlichen Folgen der Coronapandemie (Osterloh, 2021) konnten durch Rettungspakete zumindest teilweise aufgefangen werden. Hinzu kommen Belastungen durch Personalengpässe, gestiegene Verbrauchskosten und das neue Vergaberecht (Bundesgesetzblatt, 2021).

Unklar ist, wie sich die Rehabilitationslandschaft dadurch verändert hat. In dieser Situation sollte systematisch untersucht werden, was in den Rehabilitationseinrichtungen als besondere Belastung oder Herausforderung angesehen wird, um daraus Verbesserungen und Lösungsansätze zu entwickeln.

Methoden

Mit einer Einladung per E-Mail wurden im Oktober 2023 insgesamt 1423 ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen gebeten, sich an diesem Forschungsprojekt über einen Online-Fragebogen zu beteiligen. 120 Einrichtungen haben sich an der Befragung beteiligt und die 17 Fragen zu verschiedenen Themenkomplexen beantwortet.

Ergebnisse

58,4% antworteten aus einer stationären Rehabilitationseinrichtung, 30,3% aus einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung und 11,2% aus einer Vorsorgeeinrichtung. Personalmangel wurde von 55,3% als ständiges Problem genannt (häufiges Problem 32,9%, seltenes Problem 10,6%, kein Problem 1,2%).

Besonders gravierend war der Personalmangel in den Bereichen Ärzte 59,2%, Logopädie 57,8%, Pflege 56,3% und Physiotherapie 51,9%. Auch in den Bereichen Ergotherapie, Psychologie, Pädagogik und Sozialpädagogik wurde häufiger von Engpässen berichtet. In den anderen Berufsgruppen war dies ein eher seltenes Problem. Der Krankenstand in der Einrichtung wurde aktuell mit 28,4% als "großes Problem" und mit 48,1% als "deutliches Problem" bezeichnet.

Negative (erhebliche und deutliche) Auswirkungen des Personalmangels wurden vor allem für die "Zukunft der Einrichtung" mit 68,8%, die "Zufriedenheit der Rehabilitanden" mit 63,3% und die "Wirtschaftlichkeit der Einrichtung" mit 62,0% genannt. Wesentliche Auswirkungen wurden auch für "Qualitätsparameter" 48,1% und "Rehabilitationsergebnis" mit 44,3% genannt, am wenigsten für "Auslastung" mit 35,4%.

Die Lösungsansätze betrafen zum Teil finanzielle Aspekte (Zahlung von Tariflöhnen für alle in 51,3%, Prämien für alle in 35%), aber auch andere Benefits wie Mitarbeitervergünstigungen mit sehr vielen unterschiedlichen Angeboten in 48,8% oder flexible Arbeitszeiten in 42,5%.

Die Einführung des neuen Vergaberechts hatte in 33,3% der Einrichtungen keine erkennbaren Auswirkungen, in 51,3% waren die Belegungszahlen vorübergehend niedriger, haben sich aber wieder normalisiert, in nur 9,0% sind die Belegungszahlen noch niedriger, in 6,4% sind sie im Vergleich zum Vorzeitraum gestiegen.

Zur wirtschaftlichen Situation der Einrichtung haben sich 70 der 120 Einrichtungen geäußert und diese überwiegend als noch befriedigend (40%), in 22,9% als schwierig und in 20% als gut bezeichnet. In 4,3% der Fälle wurde die wirtschaftliche Situation als "sehr kritisch" und in 11,4% der Fälle als "derzeit unwirtschaftlich" bezeichnet.

Abb. 1: Personalmangel in unterschiedlichen Bereichen

Diskussion und Fazit

Die Befragung ist nicht repräsentativ, gibt aber ein Stimmungsbild wieder.

Die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen sehen den Personalmangel in vielen Bereichen als relevantes Problem an. Dieser gefährdet die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Rehabilitation. Neben dem allgemeinen gesellschaftlichen Problem des Fachkräftemangels (Institut der deutschen Wirtschaft, 2019) lassen sich für den Bereich der Rehabilitation zwei weitere wesentliche Faktoren identifizieren: die Lage der Rehabilitationseinrichtungen (57,5 % der Einrichtungen liegen im ländlichen bis sehr ländlichen Raum) und

die Vergütungsstruktur (nur 51,3 % der Einrichtungen geben an, flächendeckend Tariflöhne zu zahlen).

Sicherlich ist die zentrumsferne Lage der Einrichtungen nicht zu ändern - macht sie doch auch die Attraktivität vieler Einrichtungen aus. Vieles kann und muss getan werden, um den Arbeitsplatz Rehabilitation attraktiver zu gestalten und darzustellen.

Take-Home-Message

Personalmangel und Krankheitsausfälle bedrohen eine effektive und wirtschaftliche Rehabilitation.

Literatur

Bundesgesetzblatt; Gesetz Digitale Rentenübersicht vom 11. Februar 2021, BGBl. I, Jahrgang 2021 Teil I Nr. 6, S. 154.

Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V. (2019): Fachkräfteengpässe in Unternehmen Fachkräftesicherung in Deutschland – diese Potenziale gibt es noch, KOFA-STUDIE 2/2019: https://www.kofa.de/daten-und-fakten/studien/fachkraefteengpaesse-in-unternehmen/.

Osterloh, Falk (2021): Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen: Behandlungsstau durch Corona, Dtsch Arztebl 2021; 118(15): A-768 / B-645.

Berufsbezogene Rehabilitation für Patient:innen mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung: erste Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie

Jana Langbrandtner[1]; Gero Steimann[2]

[1] Universität zu Lübeck; [2] Reha-Zentrum Mölln, Klinik Föhrenkamp

Hintergrund und Zielstellung

Betroffene mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung (CED) erleben durch einen prognostisch unsicheren Krankheitsverlauf und die spezifischen Symptome immer wieder erhebliche Einschränkungen in ihrer beruflichen Teilhabe (Vester-Andersen et al., 2015). Die komplexen arbeitsbezogenen Probleme und Sorgen der Betroffenen erfordern eine multimodale und interdisziplinäre Versorgung mit beruflicher Orientierung, die in Deutschland am ehesten im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation adressiert werden kann (Langbrandtner et al., 2022). Trotz der vermehrten Einführung berufsbezogener Behandlungsangebote für Rehabilitand:innen unterschiedlicher Indikationen, werden arbeitsbezogene Inhalte in der CED-Rehabilitation noch zu wenig berücksichtigt und kommen eher unsystematisch zum Einsatz (Langbrandtner et al., 2021; Raspe et al., 2021).

Um ein verstärktes Bewusstsein für die arbeitsbezogenen Belastungen von CED- Rehabilitand:innen zu schaffen und den Fokus auf berufsbezogene Themen in der gastroenterologischen Rehabilitation zu schärfen, wurden in der Machbarkeitsstudie mitCED@work_Reha berufliche Unterstützungsangebote und Inhalte für CED-Betroffene mit besonderer beruflicher Problemlage erstmalig in der rehabilitativen Versorgung implementiert

und erprobt. Der Beitrag präsentiert erste Hinweise auf Effekte der Intervention und stellt Daten zur Akzeptanz vor.

Methoden

Das interdisziplinär entwickelte berufsbezogene Konzept wurde 2020 in zwei gastroenterologischen Reha-Einrichtungen implementiert. Anschließend wurden im Rahmen der einarmigen prospektiven Kohortenstudie CED-Rehabilitand:innen zwischen 18 und 63 konsekutiv zu Reha-Beginn auf eine berufsbezogene Problemlage gescreent. Teilnehmende mit beeinträchtigter beruflicher Teilhabe bearbeiteten zu Beginn, am Ende und 6 Monate nach der Rehabilitation einen Fragebogen und nahmen an den berufsbezogenen Therapieangeboten teil. Als primäre Zielgrößen wurden die soziale Teilhabe sowie die berufliche Problembelastung untersucht.

Ergebnisse

156 Rehabilitand:innen nahmen an der berufsbezogenen Rehabilitation teil. Für 114 Rehabilitand:innen (Ø 46,9 Jahre, 55,3% weiblich, 83,3% erwerbstätig) lagen komplette Daten zu allen Messzeitpunkten vor. 6 Monate nach der Teilnahme sind signifikante Verbesserungen in der erlebten Einschränkung der Teilhabe ($p < 0{,}001$) und in der berufsbezogenen Problemvielfalt ($p < 0{,}001$) zu beobachten. Der Anteil von Erwerbstätigen mit 5 und mehr aktiven berufsbezogenen Problemen reduzierte sich von 82% zu Beginn der Rehabilitation auf 49% zur 6-Monatskatamnese. In 12 von 27 untersuchten beruflichen Problembereichen finden sich Hinweise auf eine Reduktion der Belastung nach 6 Monaten: etwa ein Drittel der erwerbstätigen Teilnehmenden berichteten weniger Beeinträchtigungen durch eine verringerte Leistungsfähigkeit ($p < 0{,}001$), durch körperliche Schwäche ($p < 0{,}001$) sowie die Sorge, nicht mehr voll belastbar zu sein ($p < 0{,}001$). Die selbstberichtete Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen in den zurückliegenden 3 Monaten reduzierte sich von der ersten zur letzten Befragung um im Mittel 25 Tage ($p < 0{,}001$).

Das berufsbezogene Versorgungskonzept wurde von den Behandelnden als auch den Teilnehmenden mehrheitlich positiv bewertet. Begrenzte personelle und zeitliche Ressourcen wurden als Barrieren bei der Implementierung und Umsetzung benannt.

Diskussion und Fazit

Den Ergebnissen zufolge scheint es insgesamt gelungen zu sein, eine verstärkte Ausrichtung des Rehabilitationsprozesses auf die Herausforderungen des Arbeitslebens CED-Betroffener umzusetzen. Die beobachteten signifikanten Prä-Post-Veränderungen legen nahe, dass CED-Betroffene mit Anzeichen einer beruflichen Problemlage von einer Rehabilitation mit Fokussierung auf berufsbezogene Probleme profitieren. Im Unterschied zu den Ergebnissen eines DFG geförderten RCTs, der 12 Monate nach einer herkömmlichen CED-Rehabilitation keine Vorteile in berufsbezogenen Parametern wie den Arbeitsunfähigkeitstagen für erwerbstätige Rehabilitand:innen im Vergleich zur Routineversorgung zeigte (Hüppe et al., 2020), weisen unsere Daten im Anschluss an eine Rehabilitation mit beruflicher Orientierung auf eine vorteilhaftere Entwicklung hin.

Inwieweit die positiven Entwicklungen auf den berufsbezogenen Ansatz zurückgeführt werden können, sollte im Rahmen einer Evaluationsstudie wissenschaftlich überprüft werden.

Take-Home-Message

Trotz vorliegender Limitationen steht durch die Machbarkeitsstudie erstmalig eine Blaupause zur berufsorientierten Versorgung von CED-Rehabilitand:innen mit besonderen beruflichen Problemlagen für die Praxis zur Verfügung, die auf positive Potenziale hindeutet.

Literatur

Hüppe, A., Langbrandtner, J., Lill, C., Raspe, H. (2020): The effectiveness of actively induced medical rehabilitation in chronic inflammatory bowel disease. Results from a randomized controlled trial (MERCED): Dtsch Arztebl Int; 117: 89-96.

Langbrandtner, J., Steimann, G., Reichel, C., Bokemeyer, B., Hüppe, A. (2021): Berufsbezogene Problemlagen und erwünschte Unterstützungsangebote bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Rehabilitation; 60: 29-36.

Langbrandtner, J., Steimann, G., Reichel, C., Bokemeyer, B., Hüppe, A. (2022): Erwerbstätig mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung - Herausforderungen im Arbeitsleben und unterstützende Maßnahmen zur Bewältigung. Rehabilitation; 61: 97-106.

Raspe, H., Langbrandtner, J., Hüppe, A. (2021): Medizinische Rehabilitation bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen: Zugang, Prozess und Ergebnisse. Weitere Analysen einer randomisierten kontrollierten Studie. Rehabilitation; 60: 320-329.

Vester-Andersen, M. K., Prosberg, M. V., Vind, I., Andersson, M., Jess, T., Bendtsen, F. (2015): Low Risk of Unemployment, Sick Leave, and Work Disability Among Patients with Inflammatory Bowel Disease: A 7-year Follow-up Study of a Danish Inception Cohort. Inflamm Bowel Dis; 21: 2296-303.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Implementierung von Fallmanagement bei neun Rentenversicherungsträgern: Ergebnisse der Onlinebefragung von Fallmanager*innen (t1)

Sebastian Ehlen; Milena Arenz

FOGS GmbH - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich

Hintergrund und Zielstellung

Ziel des vom BMAS geförderten rehapro Modellprojekts KiT „Koordination individueller Teilhabe: Bedarfsermittlung und Leistungserbringung wie aus einer Hand“ (Laufzeit 2020 bis 2025) ist die Implementation und Erprobung eines Fallmanagementkonzepts (Kaluscha et al., 2017) bei neun Rentenversicherungsträgern (Verbundpartner). In der vorbereitenden Pro-jektphase wurde hierfür das Weiterbildungscurriculum „Fallmanagement in der Rehabilitation“ (Löcherbach, Schmidt, 2023) entwickelt und 63 Reha(fach)berater*innen der Verbundpartner durchliefen bis März 2022 die Weiterbildung zum*zur Fallmanager*in. Im Januar 2022 begann die Implementierung und organisationale Einbindung von Fallmanage-ment bei den beteiligten Rentenversicherungsträgern.

Methoden

Mitte Februar 2023 erhielten 63 Fallmanager*innen einen personalisierten Link für eine Onlinebefragung zur Implementation und Erprobung des Fallmanagements. 48 Fallmanager*innen nahmen teil. Im Mittelpunkt des teilstandardisierten Fragebogens standen Fragen a) zum Implementierungsprozess und der Arbeit im Fallmanagement, b) zur Unterscheidung von Reha(fach)beratung und Fallmanagement, c) der trägerinternen Zusammenarbeit und d) der Kooperation mit weiteren Rehabilitationsträgern und Netzwerkpartnern. Standardisierte Fragen wurden mit der Software IBM SPSS statistisch ausgewertet, offene Fragen nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) mit MAXQDA.

Ergebnisse

An der Befragung nahmen 30 weibliche, 14 männliche und 2 diverse Fallmanager*innen teil, die Altersspanne lag zwischen 29 und 61 Jahren (n = 46). Der vertraglich festgelegte Fallmanagement-Stellenanteil variiert zwischen 12 – 39 Wochenstunden (n = 46, M = 19.9, SD = 4.6) und liegt mehrheitlich zwischen 15 – 20 h (n = 38). Das heißt, es wird bei allen Verbundpartnern eine Stellenaufteilung in Fallmanagement und Reha(fach)beratung praktiziert. Die Teilnehmenden gaben die Anzahl ihrer laufenden Fälle an: Nach Ausschluss von Ausreißern liegt die Spannweite bei 0 – 20 (M = 8.2; n = 40) laufenden Fällen im Fallmanagement und bei 0 – 280 (M = 109.7; n = 35) in der Reha(fach)beratung. Ferner geben 71,5 % der Teilnehmenden an, dass ihre Beratungskompetenzen im Fallmanagement stärker gefordert werden als in der Reha(fach)beratung und 54,5 %, dass sich ihre Beratungs- und Beziehungsarbeit verändert hat. Entsprechend empfinden 78,1 % die Arbeit im Fallmanagement insgesamt als anspruchsvoller. Das Gros konstatiert ferner die Notwendigkeit, neue Netzwerkpartnerschaften aufzubauen, um den Bedarfen der Versicherten im Fallmanage-ment angemessen begegnen zu können (85 %). Die bisherige Implementierung und organisationale Einbindung von Fallmanagement bewerten die Teilnehmenden unterschiedlich (56,3 %: eher gut bis sehr gut; 43,7 %: eher schlecht bis sehr schlecht) und nennen nachvollziehbare Gründe. Ferner würde sich ein größerer Teil in der Rolle als Fallmanager*in mehr Unterstützung durch Vorgesetzte (27,5 %) und einen größeren Entscheidungsspielraum auf Einzelfallebene wünschen (32,5 %).

Diskussion und Fazit

Die quantitativen und qualitativen Ergebnisse zeigen erneut, dass Aufbau- und Ablauforganisation bei den beteiligten neun Rentenversicherungsträgern durchaus große Unterschiede aufweisen, die eine vergleichbare Implementierung und organisationale Einbindung von Fallmanagement über alle Träger hemmen. Es werden unterschiedliche Herangehensweisen, Ziele und Motivationslagen bei der Implementierung auf Trägerebene deutlich, die bei einer nachhaltigen organisationalen Einbindung reflektiert und bearbeitet werden müssen. Schließlich zeigen sich einige erwartbare Trends, die die Besonderheiten und Unterschiede von Fallmanagement in der Rehabilitation auch mit Blick auf eine zukünftige Verstetigung bei der Rentenversicherung aufzeigen.

Take-Home-Message

Fallmanagement ist eine professionelle Beratungs-/Regieleistung für Versicherte, die angemessen in die Ablauforganisation der Rentenversicherungsträger eingebunden werden muss. Arbeitsprozesse müssen beschrieben und modifiziert, rahmende Strukturen geschaffen werden.

Literatur

Löcherbach, P., Schmidt, S. (2023): Weiterbildungscurriculum Fallmanagement in der Rehabilitation. 2. neu bearbeitete und erweitere Auflage. Heidelberg. medhochzwei.

Kaluscha, R., Krischak, G., Schmid, L., Löcherbach, P., Rexrodt C. & Toepler, E. (2017): Konzept zum „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ der Deutschen Rentenversicherung. Bad Buchau. Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung – IfR.

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

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Personalbedarf in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe – Ergebnisse einer Personalbedarfserhebung

Hans-Christoph Eichert

Pädagogische Hochschule Heidelberg

Hintergrund und Zielstellung

Vor dem Hintergrund der Entwicklung eines Masterstudiengangs Inklusion mit einem Schwerpunkt Berufliche Rehabilitation und Teilhabe sollte geklärt werden, wie sich der Bedarf an Fachkräften bei Rehabilitationseinrichtungen voraussichtlich entwickeln wird. Ein spezifischer Fachkräftemangel ist immer wieder beklagt worden, allerdings ohne konkrete Zahlen (Reims et al., 2020). Auch aus den bei der BA veröffentlichten Stellenausschreibungen lassen sich keine längerfristigen Entwicklungen ableiten.

Folgende Fragestellungen standen im Mittelpunkt:

1. Wie stellt sich der Bedarf an Neu- und Wiederbesetzungen von Fachpersonal bei Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation 2024 – 2028 dar?
2. Gibt es beim Gesamtbedarf einrichtungsspezifische, bundeslandspezifische und regionale Unterschiede?
3. Wie schätzen die Einrichtungen die Schwierigkeit der Personalbeschaffung ein?

Methoden

Befragt wurden über soscisurvey zwischen 23.5.2023 und 21.7.2023 insgesamt 1.731 Berufsbildungswerke (BBW), Berufsförderungswerke (BfW), Berufliche Trainingszentren (BTZ), Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM), Integrationsfachdienste (IFD), Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) sowie ambulante berufliche

Rehabilitationsträger (ABR). Sie sollten ihren voraussichtlichen Ersatz- und Neubesetzungsbedarf an Ärzt:innen (ÄRZT), Ausbilder:innen (AUS), Inklusionspädagog:innen (INKPÄD), Dozent:innen (DOZ), Physiotherapeut:innen (PHYS), Psycholog:innen (PSYCH), Sonderpädagog:innen (SONPÄD) und Sozialpädagog:innen (SOZPÄD) für die Jahre 2024 – 2028 angeben. Außerdem wurden der Standort der Einrichtungen sowie deren Einschätzung der Schwierigkeit der Personalbeschaffung erhoben.

Auf der Basis der allgemeinen und einrichtungsspezifischen Rücklaufquoten wurde der Gesamtbedarf für die Jahre 2024 – 2028 hochgerechnet. Der hochgerechnete Gesamtbedarf wurde zudem in Beziehung zur Bevölkerungszahl der Bundesländer gesetzt.

Ergebnisse

Stichprobe. 419 Einrichtungen (24,21%) nahmen an der Befragung teil, je nach Einrichtungsart schwankte die Rücklaufquote von 12,6% (ambulante berufliche Rehabilitation) bis zu 70,59% (Berufsbildungswerke). Den größten Anteil an der Stichprobe hatten die WfbM (39,1%) gefolgt von den Integrationsfachdiensten (20%) und den Inklusionsfirmen (17,7%). BTZ, RPK und BfW hatten mit unter 3% eher geringe Anteile. Bei den Standorten (Abb. 1) dominierten Baden-Württemberg (19,7%) und Nordrhein-Westfalen (15,1%). Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt waren mit unter 2% am geringsten vertreten. Die regionale Struktur war relativ ausgeglichen, wobei städtische Standorte mit 37,4% am häufigsten vertreten waren.

Abb. 1: Bundesländer

Gesamtbedarf. Wie aus Tab. 1 hervorgeht, war der Gesamtbedarf 2024 – 2028 bei den Sozialpädagog:innen, Ausbilder:innen am höchsten, am niedrigsten bei Physiotherapeut:innen und Ärzt:innen. Für den Bereich der Inklusionspädagog:innen ist er deutlich höher (471 – 496 pro Jahr) als eine optimistische Einschätzung der Absolvent:innenzahlen einschlägiger Studiengänge, insbesondere wenn man berücksichtigt, dass nicht alle in der beruflichen Rehabilitation verbleiben.

Tab. 1: Allgemeine Bedarfsentwicklung

Hochrechnung Basis Rücklauf 24,21%	2024	2025	2026	2027	2028	Gesamt
Sonderpädagog:innen	459	417	463	442	459	2.239
Inklusionspädagog:innen	471	487	471	496	496	2.421
Sozialpädagog:innen	1326	1355	1388	1326	1392	6.788
Lehrkräfte	872	880	946	954	971	4.623
Ausbilder:innen	1215	1281	1301	1314	1363	6.474
Ärzt:innen	165	112	112	112	128	628
Physiotherapeut:innen	219	165	161	186	190	921
Psycholog:innen	574	512	521	529	512	2.648

Bedarf nach Einrichtungen. Der nach dem einrichtungsbezogenen Rücklauf (Tab. 2) berechnete Gesamtbedarf war in den pädagogischen Professionen bei den WfbM am höchsten, bei Ärzt:innen haben die RPK den höchsten Bedarf, bei den Psycholog:innen die ABR.

Tab. 2: Bedarf nach Einrichtungsarten

Hochrechnung Basis einrichtungsbezogen	EBR in %	SON-PÄD	INK-PÄD	SOZ-PÄD	DOZ	AUS	ÄRZT	PHYS	PSYCH
Berufsbildungswerk (BBW)	70,59	115	11	211	191	281	27	26	89
Berufsförderungswerk (BfW)	42,86	79	23	229	205	310	40	37	161
Berufliches Trainingszentrum (BTZ)	55,00	35	27	264	55	231	15	20	153
Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM)	22,53	1128	1074	2113	2113	2584	111	448	528
Ambulante berufliche Rehaeinrichtungen (ABR)	12,66	458	419	1879	1406	1311	174	8	1019
Integrationsfachdienst (IFD)	39,25	168	405	963	211	127	64	54	219
Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK)	14,75	0	0	285	47	95	230	142	224
Inklusionsfirma	18,50	119	535	627	573	1562	0	184	259

EBR: Einrichtungsbezogene Rücklaufquote

Bedarf nach Bundesländern. Der Bedarf (Tab. 3) war in Bayern bei den Sonderpädagog:innen, Ärzt:innen, Physiotherapeut:innen und Psycholog:innen am höchsten. Bei den Inklusions- und Sozialpädagog:innen, Ausbilder:innen und Dozent:innen war er in NRW am höchsten. In Bezug zur Bevölkerungszahl war der Bedarf bei Sozialpädagog:innen, Ausbildern:innen, Dozent:innen sowie Psycholog:innen im Saarland am höchsten. Bei den Sonderpädagog:innen in Berlin, den Inklusionspädagog:innen in Brandenburg, den Ärzt:innen in Hessen und den Physiotherapeut:innen in NRW.

Tab. 3: Bedarf nach Bundesländern

Hochrechnung Basis Rücklauf 24,21%	SON-PÄD	INK-PÄD	SOZ-PÄD	DOZ	AUS	ÄRZT	PHYS	PSYCH
Baden-Württemberg	273	355	1111	632	983	29	95	219
Bayern	359	380	917	388	963	169	161	430
Berlin	310	285	525	380	467	33	25	368
Brandenburg	8	211	194	62	161	0	12	25
Bremen	0	0	21	29	0	0	0	0
Hamburg	83	0	318	153	194	33	4	87
Hessen	149	153	516	322	372	145	95	281
Mecklenburg-Vorpommern	0	25	74	29	58	0	0	0
Niedersachsen	219	128	343	277	467	0	112	128
Nordrhein-Westfalen	310	417	1256	719	1144	33	149	405
Rheinland-Pfalz	153	169	450	417	347	12	124	186
Saarland	74	41	256	235	240	0	21	116
Sachsen	91	178	256	227	359	41	33	174
Sachsen-Anhalt	41	0	91	78	103	25	21	50
Schleswig-Holstein	21	21	285	293	293	66	66	87
Thüringen	107	29	103	293	182	29	0	50

Besetzungsschwierigkeit. Die Nach- oder Neubesetzung von Stellen wird durchweg als schwierig bis sehr schwierig bezeichnet. Bei den Ärzt:innen, Pädagog:innen und Psycholog:innen liegt die Einschätzung auf der 5-stufigen Skala deutlich über 3,5. Bei Sozialpädagog:innen und Psycholog:innen wurde die Schwierigkeit bei kleinstädtischen Einrichtungen deutlich schwieriger eingeschätzt. BTZ und IFD schätzten die Schwierigkeiten bei Sozialpädagog:innen größer ein als BFW.

Diskussion und Fazit

Der Nach- und Neubesetzungsbedarf ist insbesondere in pädagogischen Berufsfeldern in den kommenden Jahren sehr hoch, einrichtungsbezogen vor allem in den WfbM und bundeslandbezogen in Bayern und NRW. Gleichzeitig wird dessen Deckung von den Einrichtungen als sehr schwierig eingeschätzt, wobei regionale und einrichtungsbezogene Unterschiede sichtbar wurden. Dass diese Einschätzung sehr realistisch ist, ergibt sich auch daraus, dass selbst die optimistisch geschätzte Zahl der Absolvent:Innen für Studiengänge mit Schwerpunkt berufliche Rehabilitation weder zur Deckung des Bedarfs in der Stichprobe noch zur Deckung des hochgerechneten Bedarfs ausreicht. Ähnliches dürfte auch für alle anderen Berufsfelder zutreffen, wobei hier noch wesentlich mehr Bedarf in anderen Feldern bestehen wird. Vor diesem Hintergrund ist der Ausbau der Studienkapazitäten insbesondere im pädagogischen Bereich mit Schwerpunkt berufliche Rehabilitation und Teilhabe dringend erforderlich.

Take-Home-Message

Zur Deckung des Fachkräftebedarfs in der beruflichen Rehabilitation sind in den inklusionsorientierten pädagogischen Professionen dringend mehr Studienmöglichkeiten erforderlich.

Literatur

Reims, N., Rauch, A., Tophoven, S., et al. (2020): Perspektive der Leistungserbringer Modul 4 des Projekts „Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben“, Nürnberg: BA.

Zusammenarbeit von Organisationen in Modellprojekten des Bundesprogramms rehapro – Formen, Herausforderungen und Problemlösungsansätze

Clemens Kraetsch; Stefan Zapfel

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hintergrund und Zielstellung

In Wissenschaft und Praxis wird seit längerem über den Umstand diskutiert, dass die Versäulung und Komplexität des deutschen Sozialstaats vielfach Schnittstellen- und Überführungsprobleme mit sich bringen und damit das Risiko eines verzögerten oder ganz ausbleibenden Leistungszugangs erhöhen (Stöbe-Blossey et al., 2021). Das gilt auch für das Rehabilitationssystem und Fragen der nachhaltigen Arbeitsmarktintegration von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. In der Förderrichtlinie des Bundesprogramms rehapro ist vor diesem Hintergrund sowohl die Zusammenarbeit der antragsberechtigten Einrichtungen untereinander (Jobcenter und Rentenversicherungsträger) als auch mit Leistungserbringern, Unternehmen, Integrationsfachdiensten und anderen Organisationen ausdrücklich erwünscht.

Anliegen der folgenden Analyse ist es zu zeigen, wie die Aktivitäten und Beziehungen zwischen den Einrichtungen in den Modellprojekten des Bundesprogramms aus einer netzwerktheoretischen Betrachtung reguliert werden und welche Faktoren für die Zusammenarbeit förderlich, welche hinderlich sind.

Methoden

Auf Basis der Projektbeschreibungen, die Teil der Modellprojektanträge sind, hat die Programmevaluation neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Organisationen, innerorganisatorische Änderungen, neue personenbezogene Leistungen sowie neue Fallmanagementvarianten als Hauptansatzpunkte identifiziert, die in den Modellprojekten genutzt werden, um rehabilitationsbezogene Probleme zu lösen (qualitative Inhaltsanalyse von 102 Projektbeschreibungen; Brussig et al., 2021). Für jeden Hauptansatzpunkt werden von der Programmevaluation vertiefende Fallstudien durchgeführt, die Leitfadeninterviews mit verschiedenen Personengruppen (Projektleitung, Betreuungspersonal, Rehabilitand*innen) beinhalten. Von den Interviews werden Transkripte erstellt, die ebenfalls einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen werden (Kuckartz, 2018).

Aus dem ersten Förderaufruf des Bundesprogramms wurden für den Ansatz „Zusammenarbeit zwischen Organisationen“ vier Modellprojekte für Fallstudien ausgewählt, in denen 45 leitfadengestützte Interviews ein Jahr nach Projektstart durchgeführt wurden.

Diese bilden die Grundlage für die vorliegende Analyse, die einem netzwerktheoretischen Ansatz folgt (Powell, 1990).

Ergebnisse

Nach Analyse der Modellprojektbeschreibungen nutzen 31,5 Prozent der bewilligten Modellprojekte aus dem ersten Förderaufruf schwerpunktmäßig neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Organisationen, im zweiten Förderaufruf sind es 16,7 Prozent. Die meisten anderen Modellprojekte verwenden ebenfalls Kooperationen, bei ihnen steht jedoch ein anderer Handlungsansatz im Vordergrund.

Die Fallstudien zeigen, dass die Zusammenarbeit unterschiedlich gestaltet ist. Die Varianten reichen von vertraglich fixierten Bindungen über institutionalisierte Treffen zwischen den Einrichtungen und Verschriftlichungen gemeinsamer Verfahrensabläufe bis hin zu informellen Kooperationsformen. Oft werden mehrere Varianten parallel genutzt.

Weiter lässt sich feststellen, dass in den Modellprojekten insbesondere zu Projektbeginn ein hoher Kommunikationsaufwand betrieben und Vertrauen aufgebaut werden muss, damit die Zusammenarbeit gut funktioniert und stabilisiert werden kann. Machthandeln ist in den Netzwerken durch die antragstellenden Einrichtungen bis zu einem gewissen Grad möglich, ein Direktionsrecht besteht aber nicht. Auf Sanktionen oder Sanktionsandrohungen zurückzugreifen, um Projektpartner*innen zu kooperativem Verhalten zu bewegen, ist daher nur begrenzt praktikabel. Vor diesem Hintergrund ist Vertrauensbildung entscheidend für die Zusammenarbeit, etwa durch Maßnahmen, die den zwischenmenschlichen Kontakt und ein persönliches Kennenlernen der Projektbeteiligten fördern. Auch gemeinschaftlich-diskursive Vorgehensweisen zur konsensualen Planung der nächsten Projektschritte haben einen hohen Stellenwert. Hinderlich für die Zusammenarbeit sind insbesondere Personalfluktuation, Unklarheiten bezüglich der Ansprechpartner*innen, projektfremde Weisungsabhängigkeiten in der jeweils eigenen Organisation sowie datenschutzrechtliche Restriktionen.

Diskussion und Fazit

Neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Organisationen ermöglichen es, Schnittstellenprobleme zu lösen. Sie erleichtern die Nutzung eines größeren Spektrums rehabilitationsrelevanter Leistungen und können dabei helfen, Prozessverzögerungen zu vermeiden. Das kommt einer gelingenden Arbeitsmarktintegration von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen entgegen. Da bei Kooperationen in rehapro kaum Sanktionsmöglichkeiten bestehen, sind vor allem ein interorganisationaler Vertrauensaufbau und Konsensbildung wichtig.

Take-Home-Message

Die Zusammenarbeit von Organisationen trägt zur Lösung rehabilitationsbezogener Probleme bei und verbessert Re-Integrationschancen, bringt aber auch organisationale Herausforderungen mit sich, die zu lösen sind, damit die positiven Effekte eintreten.

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. In: Die Arbeit 1/2021. 21- 42.

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

Powell, W. W. (1990): Neither Market Nor Hierarchy: Network Forms of Organization. In: Research in Organizational Behavior, Jg. 12, 295-336.

Stöbe-Blossey, S., Brussig, M., Drescher, S., Ruth, M. (2021): Schnittstellen in der Sozialpolitik. Analysen am Beispiel der Felder Berufsorientierung und Rehabilitation. Wiesbaden: Springer VS.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Arbeitsfähigkeit nach COVID-19-Rehabilition – Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie

Stefanie Gillitzer[1]; Jana Stucke[1]; Isabel Meier[2]; Thorsten Meyer-Feil[3]

[1] Universität Bielefeld; [2] MZG Westfalen Bad Lippspringe, Klinik Martinusquelle;
[3] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Long-COVID hat das Potenzial, die Arbeitsfähigkeit eines substanziellen Anteils Betroffener langfristig zu gefährden. Eine Untersuchung von Rutsch und Deck (2023) zeigt, dass 85,5% der Befragten sechs Monate nach der Rehabilitationsmaßnahme wieder an ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt sind. Zugleich sehen aber 41,6% ihre Erwerbsfähigkeit durch die Folgen von COVID-19 als gefährdet an und weisen ein hohes Risiko für Frühberentung auf. Ziel dieses Beitrages ist es, die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit nach einer COVID-19-Rehabilitation abzubilden und auf der Grundlage der Einschätzungen der Klinikmitarbeitenden die Besonderheiten der Zielgruppe hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sowie daraus resultierende Herausforderungen bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung zu untersuchen.

Methoden

Der hier präsentierte Ausschnitt eines multizentrischen Mixed-Methods-Projekts mit drei Rehabilitationskliniken mit kardiologischer, pneumologischer und neurologischer Ausrichtung umfasst einen retrospektiven Studienteil mit standardisierter Befragung zu Gesundheitszustand und Funktionsfähigkeit zwölf Monate nach Rehabilitation (A), eine Kohortenstudie mit fünf Messzeitpunkten (B) sowie eine Mitarbeitendenbefragung in den Rehabilitationskliniken (C). Letztere beinhaltete drei Gruppendiskussionen und fünf Expert*inneninterviews. Mitarbeitende wurden eingeschlossen, wenn sie mindestens seit Beginn der Pandemie in der Klinik arbeiteten. Die Befragungen folgten teilstrukturierten Leitfäden, die die Pandemieerfahrungen der Mitarbeitenden sowie die Herausforderungen bei der Behandlung von COVID-19-Rehabilitand*innen fokussierten. In den Interviews wurden in den Gruppendiskussionen angesprochene Themen vertieft. Die Auswertung Befragung erfolgte anhand der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018).

Ergebnisse

Von den Teilnehmenden der Kohortenstudie (B) gaben 39,5% (n=102/258) nach der Inanspruchnahme einer Post-COVID-19-Rehabilitation an, nicht krankgeschrieben oder arbeitsunfähig zu sein. Nach drei Monaten sind es 56,9% (n=112/197) und nach sechs Monaten 58% (n=101/174). Laut Skala zur subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE) haben bei Entlassung 47% (n=109/232), nach drei Monaten 47,6% (n=89/187) und nach sechs Monaten 53,1% (n=86/162) eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, in den nächsten Jahren einen Rentenantrag zu stellen (SPE≥2). In der retrospektiven Studie (A) gaben

73,3% (n=242/330) an, zwölf Monate nach der Rehabilitation arbeitsfähig zu sein. Die Wahrscheinlichkeit eines Rentenantrags ist hier bei 46,3% (n=130/281) der Befragten erhöht.

Laut den Mitarbeitenden (C) beanspruchen viele Patient*innen erst eine medizinische Rehabilitation, wenn sie lange Zeit nach der Akuterkrankung noch nicht wieder arbeitsfähig sind. Im Regelfall würden Rehabilitand*innen, die arbeitsunfähig aufgenommen werden, auch arbeitsunfähig entlassen und andersherum. Als zentrale Herausforderung wird die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung beschrieben: Da Symptome und Einschränkungen mit der üblichen Rehabilitationsdiagnostik nicht abbildbar seien, seien objektive Einschätzungen bei Long-COVID-Patient*innen schwierig. Es fehlten zudem Langzeiterfahrungen, um Prognosen hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit abzugeben. Eine zu frühe Empfehlung über die Arbeitsfähigkeit setze viele Rehabilitand*innen außerdem unter Druck. Die Mitarbeitenden diskutierten, dass bei einzelnen Rehabilitand*innen ein Rentenbegehren im Vordergrund stehen könnte. Diese Fälle seien schwer von tatsächlich stark beeinträchtigten Personen zu differenzieren. Ein Großteil der Rehabilitand*innen strebe aber eine Wiederaufnahme ihrer Berufstätigkeit an. Unsicherheiten bezüglich sozialmedizinischer Zuständigkeitsbereiche und Unterstützungsmöglichkeiten der Kliniken führten auf Seiten der Rehabilitand*innen zu Missverständnissen und falschen Erwartungen. Besonders groß seien bei COVID-19-Rehabilitand*innen die finanziellen Sorgen und Zukunftsängste.

Diskussion und Fazit

Das Thema Arbeitsfähigkeit stellt sowohl mit Blick auf die Fragebogendaten als auch auf die Erfahrung der Mitarbeitenden eine besondere Herausforderung in der Rehabilitation von COVID-19-Erkrankten dar. Ziel sollte es sein, die Ängste der Rehabilitand*innen zu reduzieren und die Mitarbeitenden für die Besonderheiten dieser Patient*innengruppe zu sensibilisieren. Möglich wäre dies einerseits durch gut kommunizierte Informationen zum Thema Arbeits(un)fähigkeit und finanzielle Absicherung, um das Wissen und Verständnis zu fördern und damit falsche Erwartungen und Unsicherheiten zu minimieren. Dies entlastet auch die Mitarbeitenden der Rehabilitationskliniken, die mit den komplexen Anliegen der Betroffenen konfrontiert sind. Zudem ist es wichtig, dass die Mitarbeitenden, die Anliegen der Rehabilitand*innen ernst nehmen, sodass diese sich gut unterstützt und nicht unter Druck gesetzt fühlen. Übergreifend ist die langfristige Erfassung sowie Beobachtung der Arbeitsfähigkeit Long-COVID-Betroffener essenziell, um gute sozialmedizinische Prognosen und objektive Leistungsbeurteilungen zu gewährleisten zu. Daher sollte die Frage vertieft werden, ob die COVID-19-Betroffenen bei Wiederaufnahme der Berufstätigkeit tatsächlich arbeitsfähig sind oder ob sie aufgrund finanzieller Sorgen in das Arbeitsleben zurückkehren (Präsentismus), und wie stabil die Arbeitssituation für die Betroffenen bleibt.

Take-Home-Message

Long-COVID stellt langfristig eine Bedrohung der Arbeitsfähigkeit dar. Die sozialmedizinische Beurteilung dieser ist herausfordernd und erfordert gut kommunizierte Informationen, ernst genommene Anliegen und eine langfristige Erfassung zur Verbesserung der Prognosen.

Literatur

Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (4. Auflage): Grundlagentexte Methoden. Beltz Juventa.

Rutsch, M., Deck, R. (2023): Berufliche Belastungen von Long-Covid-Rehabilitand*innen und Rückkehr zur Arbeit nach einer pneumologischen Rehabilitation. Rehabilitation.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Mega-Ethnographie qualitativer Meta-Synthesen zum Return to Work bei chronischen Erkrankungen

Betje Schwarz[1]; Hannes Banaschak[2]; Rebekka Heyme[3]; Ernst von Kardorff[4]; Nancy Reims[5]; Marco Streibelt[3]; Matthias Bethge[2]

[1] Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln; [2] Universität zu Lübeck;
[3] Deutsche Rentenversicherung Bund; [4] Berliner Werkstatt für Sozialforschung;
[5] IAB - Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Hintergrund und Zielstellung

Eine Vielzahl qualitativer Studien hat sich mit der beruflichen Wiedereingliederung bei chronischen Erkrankungen beschäftigt. Mit Fokus auf den Erfahrungen betroffener Menschen und weiterer Akteur:innen aus dem Versorgungs-, betrieblichen und privaten Kontext, bieten diese Studien wichtige Erkenntnisse zu zentralen Return-to-Work (RTW)-Mechanismen. Inzwischen wurden diese Studien in einer Reihe qualitativer Meta-Synthesen aufbereitet, die die bestehenden Ergebnisse nicht nur zusammenfassen, sondern reinterpretieren und zu weitergehenden Erkenntnissen verdichten (Campbell et al., 2011). Wie die qualitativen Primärstudien sind auch diese Evidenzsynthesen mehrheitlich indikationsbezogen angelegt. Um den RTW ganz gezielt über verschiedene Erkrankungen hinweg zu untersuchen, haben wir die Methodik qualitativer Meta-Synthesen auf diese selbst angewandt und eine sogn. Mega-Ethnographie durchgeführt (vgl. Toye et al., 2017). Ziel war die Erarbeitung eines generischen RTW-Modells.

Methoden

Um bestehende qualitative Meta-Synthesen (QMS) aufzufinden, haben wir im ersten Schritt eine systematische Literaturrecherche in PubMED, Epistemonikos, CENTRAL und PsycARTICLES durchgeführt. Eingeschlossen wurden QMS, die zwischen 2000 und 2021 auf Englisch oder Deutsch veröffentlicht wurden und die den RTW bei chronischen Erkrankungen aus der Perspektive Betroffener oder anderer RTW-Akteur:innen untersucht haben. Alle QMS, die unser Volltextscreening passierten, wurden von uns anschließend mit Hilfe eines Templates beschrieben und anhand einer auf Basis des ROBIS Tools für systematische Reviews (Whiting et al., 2016) durch uns erarbeiteten Checkliste in ihrer methodischen Güte bewertet. Im dritten Schritt erfolgte die eigentliche Synthese, in der wir – dem meta-ethnographischen Ansatz von Noblit und Hare (1998) folgend – zunächst

alle zentralen Ergebnisse der eingeschlossenen QMS extrahierten, anschließend in übergreifende Themen übersetzten und diese schließlich durch weitere analytische Abstraktion zueinander ins Verhältnis setzten, neu an-ordneten und theoretisch-konzeptionell verdichteten.

Ergebnisse

19 QMS gingen in unsere Mega-Ethnographie ein. In der wechselseitigen Übersetzung ihrer Ergebnisse ließen sich eine Reihe übergreifender Themen identifizieren, die wir schließlich zu vier erkrankungsübergreifenden RTW-Prinzipien verdichten und in Form eines generischen RTW-Modells synthetisieren konnten (s. Abb., Schwarz et al., 2023). Der RTW ist als multifaktorieller und hochgradig interaktiver Prozess anzusehen, der in eine individuelle Lebens- und Arbeitsgeschichte sowie in einen sozialen und gesellschaftlichen Kontext eingebettet ist. Er verläuft parallel zu und in Wechselwirkung mit dem Prozess der Krankheitsbewältigung und der Neuausrichtung der eigenen Identität. Neben den Symptomen und Folgen der Krankheit, den individuellen Bewältigungsstrategien und der RTW-Motivation werden Verlauf und Erfolg der Wiedereingliederung stark von der Anpassungsfähigkeit des Arbeitsumfelds und der sozialen Unterstützung im privaten und im Arbeitsleben beeinflusst.

Abb. 1: RTW-Modell nach Schwarz et al., 2023

Diskussion und Fazit

Unsere Ergebnisse stützen die Entwicklung der Rehabilitation hin zu einem übergreifenden, die Teilhabe der Menschen adressierenden Ansatz, in dem neben der Grunderkrankung vor allem person- und umweltbezogene Kontextfaktoren zu berücksichtigen sind. Damit liefert unsere Arbeit wichtige Impulse für die Rehabilitationspraxis – auch und gerade in Deutschland, wo sich diese zwar explizit am bio-psycho-sozialen Modell funktionaler Gesundheit orientiert und Konzepte wie Sozialraumorientierung und Erwerbsbezug immer stärker Fuß fassen, zumindest aber die medizinische Rehabilitation noch immer entlang von

Erkrankungen organisiert ist und ein regelhafter Einbezug für den RTW relevanter Akteur:innen aus Arbeits- und Privatleben bis dato nicht stattfindet.

Take-Home-Message

RTW-Prozesse folgen – unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung – einem analogen Muster und unterliegen ähnlichen förderlichen und hinderlichen Einflüssen. Der RTW ist immer auch eine Angelegenheit des sozialen Gefüges und erfordert einen ganzheitlichen, personenzentrierten und systemischen Ansatz sowie eine alle Beteiligten und deren Interessen koordinierende Instanz.

Literatur

Campbell, R., Pound, P., Morgan, M., Daker-White, G., Britten, N., Pill, R., Yardley, L., Pope, C., Donovan, J. (2011): Evaluating meta-ethnography: systematic analysis and synthesis of qualitative research. Health Technol Assess 2011; 15: 1-164.

Noblit, G. W., Hare, R. D. (1988): Meta-Ethnography: Synthesizing qualitative studies. Sage; 1988.

Schwarz, B., Streibelt, M., Heyme, R., Reims, N., Banaschak, H., von Kardorff, E., Bethge, M. (2023): A mega-ethnography of qualitative meta-syntheses on return to work in people with chronic health illnesses. Rehabilitation 2023; eFirst.

Toye, F., Seers, K., Hannink, E., Barker, K. A. (2017): mega-ethnography of eleven qualitative evidence syntheses exploring the experience of living with chronic non-malignant pain. BMC Med Res Methodol 2017; 17: 116.

Whiting, P., Savovic, J., Higgins, J. P., Caldwell, D. M. (2016): Reeves BC, Shea B, Davies P, Leijnen J, Chruchill R. ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. J Clin Epidemiol 2016; 69: 225-234.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)

Prädiktoren der nachhaltigen Reintegration ins Erwerbsleben bei psychischen Erkrankungen

Elena Andreeva; Tatjana Wassermann

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Aktuelle Forschungsergebnisse erkennen Wechselwirkungen zwischen der psychischen Gesundheit und der beruflichen Teilhabe: während psychische Beeinträchtigungen mit einem höheren Risiko der beruflichen Exklusion einhergehen, führt die berufliche Exklusion zu schlechterer psychischer Gesundheit. Das Ausmaß dieser Exklusion ist groß: mit 41% sind psychische Störungen die häufigste Ursache der Frühverrentung (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2021). Auffallend hoch ist der Anteil der Menschen mit psychischen Erkrankungen unter Langzeitarbeitslosen. Auch wenn es nach längeren Pausen in der Berufstätigkeit gelingt, eine Beschäftigung aufzunehmen, erweist sich diese oft als instabil (Umkehrer, 2020). Die aktuelle Studie stellt Teilergebnisse des Modellprojekts

JobProtection im Rahmen des bundesweiten Förderprogramms rehapro vor. Die inhaltlich individuelle selbstgesteuerte Nachsorge im Anschluss an eine berufliche Rehabilitation soll Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen im Arbeitsalltag und in schwierigen beruflichen Situationen unterstützen. Es stellt sich die Frage, welche personbezogene und Umweltfaktoren mit einer nachhaltigen Beschäftigung von Personen mit psychischen Erkrankungen auf dem ersten Arbeitsmarkt einhergehen.

Methoden

Der hier vorgestellte Teil dieser Studie betrifft eine historische Kontrollgruppe, die die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zwischen 2015 und 2017 ohne anschließende Nachsorge abgeschlossen und eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen hat. Ausgewertet wurden anonymisierte Kontendaten der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Die Stichprobe umfasste 688 Personen im erwerbsfähigen Alter (22-60 Jahre) mit Hauptdiagnosen psychischer Erkrankungen, Krankheiten des Nervensystems und neurologischer Ausfälle bei Schlaganfallfolgen. Personen mit sonstigen Hauptdiagnosen wurden bei Nebendiagnosen der psychischen und Verhaltensstörungen eingeschlossen. Als Outcome-Parameter wurde die Dauer der aktuellen Beschäftigung laut Daten zu sozialversicherungspflichtigen Beiträgen definiert (≥24 Monate ja/nein). Mittels multivariater logistischer Regressionsanalyse wurden Prädiktoren der erfolgreichen Wiedereingliederung in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung über mindestens 24 Monate ermittelt. Folgende unabhängige Variablen wurden in das Modell aufgenommen: (1) Arbeitsintegration vor dem LTA-Beginn, operationalisiert als Summe des Jahresentgelts in den letzten 5 Jahren vor dem Maßnahmenbeginn; (2) Dauer der LTA-Maßnahmen in Tagen, (3) LTA-Leistungsformen: private Arbeitsvermittlung als Referenzkategorie, berufliche Integrationsmaßnahmen, vorbereitende und eigentliche Maßnahmen aus den Bereichen der Qualifizierung, Aus(Weiter-)Bildung; (4) Daten zu Rentenanträgen: keine Antragstellung als Referenzkategorie, Ablehnung, teilweise Erwerbsminderungsrente und volle Erwerbsminderungsrente; (5) Form der Rehabilitationseinrichtung mit Berufsförderungswerken als Referenzkategorie, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen und neuropsychologische Rehabilitation. Als Kontrollvariablen gingen in das Modell Alter (in Jahren), Geschlecht (m/w), Migrationshintergrund (nichtdeutsche Staatsangehörigkeit ja/nein, Geburtsort nicht in Deutschland ja/nein), Gruppen der Hauptdiagnosen und das Jahr des LTA-Abschlusses ein. Alle Auswertungen erfolgten mit der Statistiksoftware Stata MP 14.2.

Ergebnisse

Die Personen in der Stichprobe waren im Durchschnitt etwa 45 Jahre alt (Mittelwert 45,6, Standardabweichung 8,3) und etwa zu 2/3 männlich (68,3%). Hinsichtlich der Reintegration im Beruf zeichnete sich ab, dass nur 28,5% der Versicherten ihre Pflichtbeiträge über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren nach dem LTA-Abschluss einzahlten. In 39,7% der Fälle wurden die Pflichtbeiträge über kürzere Zeiträume entrichtet. Bei knapp einem Drittel (31,8%) blieben die Zahlungen der Pflichtbeiträge nach der LTA- Beendigung komplett aus. Circa ein Drittel der Rehabilitand:innen stellten Anträge auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung (32%), weitere 1,6% beantragten Renten wegen

teilweiser Erwerbsminderung, knapp 1% beantragten oder bezogen sonstige, vor allem Erziehungs- und Altersrenten.

Eine längere Dauer der LTA-Maßnahmen erwies sich als positiver Prädiktor der erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung (OR 1,004; 95% KI 1,001-1,006). Weiterhin sind die LTA- Maßnahmen in einer Einrichtung der neuropsychologischen Rehabilitation (OR 15,23; 95% KI 2,19-106,06) und der Bezug einer Rente wegen einer teilweisen Erwerbsminderung (OR 7,80; 95% KI 1,29- 47,13) deutlich mit Erfolg assoziiert. Die Beantragung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung erwies sich als starker negativer Prädiktor (OR 0,07; 95% KI 0,03-0,18). LTA-Leistungsformen, Arbeitsintegration vor dem LTA-Beginn, Hauptdiagnosen, Jahr der LTA-Beendigung und soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund) zeigten keine bedeutsamen Effekte.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse liefern Hinweise, dass die berufliche Reintegration bei einer teilweisen Erwerbsminderung wegen psychischer Erkrankungen erfolgreich sein kann. Die Effekte sind wahrscheinlich auf leidensgerechte Bedingungen für die nachhaltige Beschäftigung zurückzuführen, z.B. eine Entlastung durch Tätigkeit in Teilzeit. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Dauer der beruflichen Rehabilitation mit höheren Chancen der nachhaltigen Reintegration im Beruf einhergeht. In diesem Zusammenhang sind positive Nachsorgeeffekte zu erwarten. Weiterführende Analysen sollen klären, inwiefern die Unterstützung durch die JobProtection-Nachsorge den Verbleib im Erwerbsleben beeinflusst.

Take-Home-Message

Eine längere Unterstützung durch LTA-Maßnahmen fördert die nachhaltige Beschäftigung bei psychischen Erkrankungen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2021): Rentenversicherung in Zeitreihen. DRV- Schriften, Band 22.

Umkehrer, M. (2020): Wiedereinstieg nach Langzeitarbeitslosigkeit: Welche Arbeitsverhältnisse sind stabil, welche nicht? IAB-Kurzbericht: Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 15/2020.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Soziodemografische und klinische Eigenschaften von Ratsuchenden in Krebsberatungsstellen mit Beratungsbedarf zu arbeitsbezogenen Themen

Clara Breidenbach[1]; Nicole Ernstmann[2]; Paula Heidkamp[3]; Kati Hiltrop[2]; Lina Heier[3]; Sophie Schellack[1]; Johannes Soff[1]; Christoph Kowalski[1]

[1] Deutsche Krebsgesellschaft e.V.; [2] Universität zu Köln; [3] Universitätsklinikum Bonn

Hintergrund und Zielstellung

Krebsüberlebende sind mit zahlreichen psychosozialen Problemen konfrontiert, insbesondere auch im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz (Mehnert et al., 2018; Singer et al., 2014). Krebsberatungsstellen (KBS) stellen wichtige Strukturen dar, in denen Krebspatient*innen bei psychosozialen und sozialrechtlichen Herausforderungen unterstützt werden können. Noch nicht ausreichend bekannt ist jedoch, wer die Beratungsstellen aufsucht. Im Folgenden werden klinische und soziodemografische Merkmale beschrieben und zentrale Belastungsparameter von Ratsuchenden mit Beratungsbedarf zu arbeitsbezogenen Themen in KBS vorgestellt.

Methoden

Die Daten wurden im Rahmen der von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten CARES-Studie (Hiltrop et al., 2023) zwischen Mai und Juli 2022 in 18 Krebsberatungsstellen mittels Fragebogen und Dokumentation durch die Berater*innen erhoben. Das Ziel der CARES-Studie ist die Entwicklung und Evaluation eines intensivierten Beratungsprogramms zur Unterstützung von Krebsbetroffenen bei der Wiedereingliederung in den Beruf durch Berufslots*innen in Krebsberatungsstellen. In dieser Auswertung wurden Daten von Ratsuchenden mit Beratungsbedarf zu arbeitsbezogenen Themen (Einschlusskriterium) ohne Intervention zu Beginn der Beratung mithilfe von R deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse

Die 293 befragten Ratsuchenden waren im Durchschnitt 50 Jahre alt, überwiegend weiblich (77%) und an Brustkrebs erkrankt (47%). Die Erstdiagnose lag zu Beginn der Beratung durchschnittlich 2 Jahre zurück. Die Befragten hatten mehrheitlich Abitur (42%) und rund 20% verfügten über ein abgeschlossenes Fachhochschul- oder Universitätsstudium. Die Ratsuchenden waren in 83% der Fälle gesetzlich versichert. In 69% der Fälle gaben die Befragten an, in einer Partnerschaft zu sein, 76% waren nicht alleinlebend und 66% hatten Kinder, wovon 21% alleinerziehend waren. Auf einer Skala von 0 (äußerst unzufrieden) bis 10 (äußerst zufrieden) bewerteten die Ratsuchenden ihre allgemeine Lebenszufriedenheit und der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation mit durchschnittlich 5. Auf dem Distress- Thermometer wurde die Belastung im Durchschnitt mit 7 (0 gar nicht belastet - 10 extrem belastet) angegeben. Rund 83% waren erwerbstätig und ca. 70% zum Zeitpunkt der Befragung krankgeschrieben. Über 90% wollten wahrscheinlich oder ganz sicher in Zukunft berufstätig sein. 60% nahmen bereits eine Reha in Anspruch. Die Befragten wurden mehrheitlich durch das Krankenhaus oder Fachärzt*innen auf die KBS aufmerksam gemacht.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere Frauen mit Brustkrebs und einem hohen sozioökonomischen Status die Beratung zu arbeitsbezogenen Themen in Krebsberatungsstellen in Anspruch nehmen. Es wird zudem deutlich, dass die Befragten höher belastet und unzufriedener sind als die deutsche Allgemeinbevölkerung. Die Ergebnisse können genutzt werden, um eine bedarfsgerechte Beratung in den KBS zu gewährleisten sowie weitere Zielgruppen anzusprechen.

Take-Home-Message

Ratsuchende in Krebsberatungsstellen mit Beratungsbedarf zu arbeitsbezogenen Themen sind insbesondere Frauen mit Brustkrebsdiagnose und hohem sozioökonomischen Status.

Literatur

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. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067868.

Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K. & Weis, J. (2018): One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. Psycho-oncology, 27(1), 75–82.

Singer, S., Meyer, A., Wienholz, S., Briest, S., Brown, A., Dietz, A., Binder, H., Jonas, S., Papsdorf, K., Stolzenburg, J.-U., Köhler, U., Raßler, J., Zwerenz, R., Schröter, K., Mehnert, A., Löbner, M., König, H.-H. & Riedel-Heller, S. G. (2014): Early retirement in cancer patients with or without comorbid mental health conditions: A prospective cohort study. Cancer, 120(14), 2199–2206. https://doi.org/10.1002/cncr.28716.

Förderung: Deutsche Rentenverischerung Bund

START – stufenweise Wiedereingliederung mit Assistenz des Reha-Teams: Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Lisa Hertrich[1]; Rainer Kaluscha[1]; Eva Rauscher[2]

[1] Institut für Rehabilitationsmedinische Forschung an der Universität Ulm;
[2] Reha-Zentrum Hess

Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland scheiden jährlich rund 18.000 Menschen frühzeitig aufgrund einer neurologischen Erkrankung aus dem Erwerbsleben aus. Die Komplexität neurologischer Schäden und damit einhergehender Funktionseinschränkungen verhindern oftmals eine (direkte) Rückkehr in den Beruf, was sich in einer vergleichsweisen geringen Return- to- Work- Quote zeigt (Wendel, 2003). Die Chance auf eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung kann dabei durch eine „Stufenweise Wiedereingliederung“ (StWE) erhöht werden (Bürger, 2017). Dabei wird die tägliche Arbeitszeit in Stufen von z.B. zwei

Stunden auf die volle Belastung gesteigert, um nach längerer Arbeitsunfähigkeit den beruflichen Wiedereinstieg zu erleichtern.

Je nach Schwere der neurologischen Beeinträchtigungen ist es für Patienten oft nicht möglich, eine klassische StWE zu absolvieren. Das liegt an bestehenden arbeitsplatzrelevanten Defiziten wie Konzentrationsstörungen, motorischen Einschränkungen und Sprachproblemen. Das Modellprojekt START schließt diese Lücke durch Anpassungen der herkömmlichen StWE. Die StWE wird durch Reha-Tage ergänzt, um den Gesundheitszustand und arbeitsplatzrelevante Fähigkeiten weiter zu verbessern. Gleichzeitig kann sie flexibel an die individuelle Leistungsfähigkeit des Patienten gestaltet und angepasst werden.

Methoden

Im Rahmen der Prozessevaluation wurden die START-Teilnehmenden zu drei Zeitpunkten befragt: Zu Beginn (t0), zum Abschluss (t1) sowie ein Jahr nach Beendigung der START- Intervention (t2). Dabei wurden mittels standardisierter Fragebögen u.a. soziodemographische Merkmale, der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit erfasst. Zusätzlich lag ein besonderes Augenmerk auf der Akzeptanz und Zufriedenheit der Teilnehmenden im Hinblick auf die START-Maßnahme.

Aufgrund der geringen Fallzahl wurden die Ergebnisse der Befragungen ausschließlich deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse

Bei insgesamt 32 eingeschlossenen Personen lagen zu Beginn von START (t0) Daten von 27 Teilnehmenden vor, nach Abschluss (t1) von 28 Personen und ein Jahr später (t2) noch von 13 Teilnehmenden. Von zwölf Teilnehmenden lagen zu allen drei Zeitpunkten ausgefüllte Fragebögen vor.

Sowohl zu t1 als auch t2 bewertete die Mehrheit der Teilnehmenden ihren aktuellen Gesundheitszustand meist sehr positiv. Sowohl die subjektive Arbeitsfähigkeit (WAI-Index; Mittelwerte ± Standardabweichung: t0 = 31,2 ± 4,1; t1 = 35,4 ± 2,0 ; t2 = 35,9 ± 2,9) als auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12) verbesserten sich zu beiden Befragungszeitpunkten (körperliche Summenskala: t1 = 44,4 ± 10,1; t2 = 48,9 ± 6,9) gegenüber dem Beginn von START (t0 = 42,7 ± 9,2). Auch hinsichtlich des sozialmedizinischen Verlaufs gab es Fortschritte: Zu t2 waren nahezu alle Teilnehmenden in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung tätig und keiner der Teilnehmenden stellte einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente.

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden war mit der Maßnahme sehr zufrieden (siehe Tab. 1). Die Erwartungen, die im Vorfeld geäußert wurden, konnten im Allgemeinen erfüllt werden. Insbesondere die Reha-Tage stießen auf eine positive Resonanz. Im Vergleich dazu gab es einige Rückmeldungen, dass die Zufriedenheit mit den Arbeitstagen geringer war. Acht von elf Teilnehmenden gaben an, dass die positiven Effekte der Maßnahme auch noch ein Jahr später anhielten.

Tab. 1: Beispielfragen mit Antworten der Teilnehmenden zu t1 (n=27)

Wie zufrieden sind Sie mit der START-Maßnahme im Allgemeinen?	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
	16	11	-	-	-
Würden Sie die START-Maßnahme wieder in Anspruch nehmen?	Eindeutig ja	Ich glaube ja	Ich glaube nicht	Eindeutig nicht	
	20	5	2	-	
Haben die Reha-Tage Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?	Ja, sie halfen eine ganze Menge	Ja, sie halfen etwas	Nein, sie halfen eigentlich nichts	Nein, sie haben mir die Dinge schwerer gemacht	
	23	3	1	-	

Diskussion und Fazit

Es zeigte sich – zumindest aus subjektiver Sicht der Befragten –, dass die modifizierte StWE für Personen mit neurologischen Defiziten erfolgsversprechend sein kann. Leider fiel die Durchführung der Studie genau in den Zeitraum der Covid-19-Pandemie. Aufgrund dessen wurden sehr viel weniger Teilnehmende rekrutiert, als zu Beginn der Studie geplant waren. Folglich konnten keine belastbaren Schlussfolgerungen gezogen werden. Möglicherweise haben an den Arbeitstagen die anhaltenden Auswirkungen der Covid-19-Pandemie eine Rolle gespielt. Durch die damit verbundenen Maßnahmen wie Abstandsgebote oder Kurzarbeit gestaltete sich die Integration am Arbeitsplatz eventuell schwieriger.

Die subjektive Sichtweise der Teilnehmenden verdeutlichte, dass die modifizierte stufenweise Wiedereingliederung bei Personen mit neurologischen Defiziten zu einem besseren Behandlungserfolg beitragen kann.

Angesichts der pandemiebedingt kleinen Fallzahl in dieser Studie besteht aber weiterer Forschungsbedarf, auch hinsichtlich einer Übertragbarkeit des Ansatzes auf andere Indikationen wie z.B. Psychosomatik.

Take-Home-Message

Die START-Maßnahme bot den Teilnehmenden die Chance, eine individuelle und auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete stufenweise Wiedereingliederung durchzuführen, die ohne START nicht realisierbar gewesen wäre.

Literatur

Bürger, W. (2017): Stufenweise Wiedereingliederung - Wann sind sie effizient? Fachtagung: „Ganztägige ambulante Rehabilitation“. Forschung und Beratung im Gesundheitswesen Karlsruhe. Berlin, 2017.

Wendel, C. (2003): Berufliche Reintegration nach Hirnschädigung. Dissertation, Universität Bremen. URL: https://elib.suub.uni-bremen.de//publications/dissertations/E-Diss531_wendel.pdf, Abruf: 30.10.2023.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Anpassung an neue Arbeitsabläufe am Beispiel der Einführung der E-Akte: Persönlichkeit und digitaler Stress

Anke Eisenhauer; Axel Kobelt-Pönicke

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Die Arbeits- und Produktionsprozesse werden durch die Digitalisierung anspruchsvoller, vernetzter und komplexer Die Veränderung der Arbeitsabläufe am Arbeitsplatz stellt neue Anforderungen an die Mitarbeitenden, die die Bewältigungsmöglichkeiten einzelner Mitarbeiter:innen überfordern und als Stress empfunden werden. Riedl (2022) benennt zehn verantwortliche Komponenten, die digitalen Stress auslösen können, z.B. Komplexität, Informationsüberlastung, unbegrenzte Erreichbarkeit und Leistungsüberwachung.

Digitaler Stress (DS) geht mit einer Zunahme an gesundheitlichen Beschwerden und einer Verringerung der beruflichen Leistungsfähigkeit und Arbeitsproduktivität einher (Gimpel, et al., 2018). So scheint das Risiko für psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Verdauungs- und Muskel-Skelettsystem mit digitalem Stress (DS) zuzunehmen. Gleichzeitig gestaltet sich der Wiedereingliederungsprozess vor dem Hintergrund der Sorge, die Anforderungen des Arbeitsplatzes, die durch die Digitalisierung gestellt werden, bewältigen zu können, unterschiedlich schwierig. So gelingt es manchen Mitarbeitern deutlich besser, mit den Veränderungen der Arbeitsabläufe umzugehen als anderen.

Ziel

Folgende Hypothesen sollten untersucht werden:

- Hypothese 1: Männer haben mehr DS als Frauen.
- Hypothese 2: Mit zunehmendem Alter sinkt der DS.
- Hypothese 3: Je ausgeprägter der Neurotizismus ist, desto höher ist der DS.
- Hypothese 4: Je höher das subjektive Selbstwirksamkeitsempfinden ist, desto niedriger ist der DS.
- Hypothese 5: Je höher die Arbeitszufriedenheit ist, desto niedriger ist der DS.
- Hypothese 6: Je ausgeprägter die Technikaffinität ist, desto niedriger ist der DS.

Methoden

Als Hintergrund der Befragung wurde die vollständige Umstellung der Aktenbearbeitung von Papier auf digitale Arbeitsabläufe in einer Behörde genutzt. Die Mitarbeiter:innen (n=975) wurden um freiwillige und anonyme Teilnahme an einer digitalen Befragung gebeten. Neben soziodemographischen Angaben wurden Belastungsfaktoren der digitalen Arbeit (Riedl et al., 2022), die Arbeitszufriedenheit, das Selbstwirksamkeitsempfinden

(Schwarzer, Jerusalem, 2003), Persönlichkeitsmerkmale (Rammstedt et al., 2014) sowie die Technikaffinität (Franke et al., 2019) abgefragt.

Es wurden Mittelwertvergleiche mittels T-Tests und Korrelationen berechnet.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote lag bei 18,9% (n=185, 68% Frauen). Folgende Faktoren und Eigenschaften waren mit erhöhtem digitalem Stressempfinden verknüpft: höheres Alter (Komplexität (r=.44, p < .001), Überlastung (r=.23, p < .01), mangelnde Nützlichkeit (r=.30, p < .001)), geringe Konflikt- und Spannungstoleranz (mangelnder Support(r=.17, p=.03), Unzuverlässigkeit (r=15, p=.04)), gesteigerter Neurotizismus (Komplexität (r=.18, p=.02), Überlastung (r=.21, p < .01), Unzuverlässigkeit (r=.21, p < .01)), geringes Selbstwirksamkeitsgefühl (Komplexität (r=.45, p < .001), Angst (r=.24, p < .001), Überlastung (r=.45, p < .001)), eingeschränkte Technikaffinität (r=.38, p < .001), Überlastung (r=26, p < .001), mangelnder Support (r=.17, p=.02)) sowie generelle Unzufriedenheit mit der Arbeitsplatzsituation (Technikaffinität (t-2,7(df=177), p=.01), Selbstwirksamkeit (t=- 6,5 (df=177), p < .001), Komplexität (t=5,9 (df=173, p < .001), Angst (t=3.0 (df=169), p < .01), Überlastung (t=6,2 (df=166), p < .001)).

Diskussion und Fazit

Persönlichkeitsfaktoren sowie die Generationszugehörigkeit erschweren die Anpassung an Veränderungen des Arbeitsplatzes, die durch die Digitalisierung veränderten Arbeitsabläufe werden in Abhängigkeit vom Grad der subjektiven Selbstwirksamkeit oder auch vom Grad persönlichen psychischen Belastungsgrenze unterschiedlich gut toleriert.

Riedl (2022) konnte einen Zusammenhang zwischen einem hohen Grad an Neurotizismus und hohem digitalen Stressempfinden belegen. Die erhöhte Verletzlichkeit und emotionale Instabilität wirken sich negativ auf das Empfinden von digitalem Stress aus. Hat eine Person eine positive Selbstwirksamkeitserwartung, wird der digitale Stress geringer empfunden.

Take-Home-Message

Auch wenn oder gerade weil keine kausalen Zusammenhänge angenommen werden können – die Unzufriedenheit oder die erhöhte emotionale Belastung kann ja auch durch die nicht gemessenen Arbeitsplatzverhältnisse bedingt sein - sind die Voraussetzungen für ein BEM- Verfahren erschwert, da sich in der Praxis zeigt, dass eine Wiedereingliederung auf den alten Arbeitsplatz nach einer längeren Erkrankung unter diesen Bedingungen deutlich erschwert ist.

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. International Journal of Human–Computer Interaction , 35.456-467.

Gimpel, H. Lanzl, J. Manner-Romberg, T. Nüske, N. (2018): Digitaler Stress in Deutschland. Eine Befragung von Erwerbstätigen zu Belastung und Beanspruchung durch Arbeit mit digitalen Technologien. Abrufbar unter: https://fim-rc.de/wp- content/uploads/2020/01/Gimpel_et_al_2018_Digitaler_Stress_in_Deutschland_final.pdf.

Rammstedt, B., Kemper, C. J., Klein, M. C., Beierlein, C., & Kovaleva, A. (2014): Big Five Inventory (BFI-10): Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS): https://doi.org/10.6102/zis76.

Riedl, R., Fischer, T., Reuter, M. (2022): Fragebogen zur Messung von digitalem Stress im Arbeitskontext. Wirtschaftsinformatik und Management, 4. 262-272.

Schwarzer, R., Jerusalem, M. (2003): SWE. Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (Verfahrensdokumentation, Autorenbeschreibung und Fragebogen): In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID. Verfügbar unter: https://doi.org/10.23668/psycharchives.4515.

Arbeit gesund und alter(n)sgerecht gestalten – Ergebnisse der arbeitsweltlichen Gesundheitsberichterstattung der Betriebskrankenkassen

Dirk Rennert; Karin Kliner; Matthias Richter

BKK Dachverband e.V.

Hintergrund und Zielstellung

Die Bundesregierung hat in ihrem aktuellen Koalitionsvertrag den Aktionsplan Gesunde Arbeit ins Leben gerufen und die Stärkung des Grundsatzes Prävention vor Reha vor Rente postuliert. Zudem soll ein gesellschaftlicher Dialog über einen flexiblen Renteneintritt nach skandinavischem Vorbild unter Berücksichtigung besonders belasteter Berufsgruppen angestoßen werden (Koalitionsvertrag 2021 – 2025).

Der Gesundheitsreport der Betriebskrankenkassen (Knieps, Pfaff, 2023) beschäftigt sich bereits seit über vier Jahrzehnten mit dem Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeit und der Frage, welche Ableitungen daraus für die Prävention und gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit für die Beschäftigten gezogen werden können. Dabei können auf Basis der Routinedatenanalysen besonders belastete Berufsgruppen identifiziert werden. Durch regelmäßige Beschäftigtenbefragungen werden weitere Aspekte des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und Arbeit erhoben, welche die Routinedatenanalysen ergänzen. Die hier vorgestellten Ergebnisse bieten Impulse für eine Diskussion zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeit, zu Identifikation besonders vulnerablen Beschäftigtengruppen mit Reha-Bedarf sowie zum flexiblen Renteneintrittsalter.

Methoden

Basis der folgenden Darstellung sind zum einen die Routinedatenanalysen aus dem Bereich des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (AU-Geschehen) der ca. 4,6 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die Mitglied einer Betriebskrankenkasse (BKK) sind. Berichtet werden dabei Mittelwerte bzw. Prozentanteile in Bezug auf das jeweilige Kalenderjahr hinsichtlich der AU-Fälle, AU-Tage und der Falldauer (Tage je Fall), welche zusätzlich nach weiteren Merkmalen (bspw. Alter, Geschlecht, ICD-10-Diagnosen und Berufsgruppen) differenziert werden. Zum anderen werden ergänzend Ergebnisse der

Beschäftigtenbefragung 2023 (N= 3.000) vorgestellt, welche die Analysen der Routinedaten u.a. mit der Arbeitsfähigkeit (WAI: Hasselhorn & Freude, 2007), der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE: Mittag, Raspe, 2003) sowie einer Frage zum gewünschten Renteneintritt ergänzen.

Ergebnisse

Die unterschiedliche berufsspezifische Arbeitsbelastung spiegelt sich deutlich in den AU- Kennzahlen wider, wobei die Gesamtwerte zwischen 11,8 AU-Tagen je Beschäftigten für IT-Berufe bis zu 31,7 AU-Tagen je Beschäftigten für Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten schwanken. Beschäftigte mit körperlich besonders beanspruchenden Berufen weisen überdurchschnittlich hohe Fehlzeiten aufgrund von Muskel- Skelett- Erkrankungen (bspw. Metallerzeugung: 9,8 AU-Tage je Beschäftigten) auf. Berufstätige, deren hauptsächlicher Arbeitsinhalt in der Interaktion mit Menschen liegt, weisen überdurchschnittlich hohe Fehlzeiten wegen psychischer Störungen (bspw. Altenpflege: 7,3 AU-Tage je Beschäftigten) auf. Mit zunehmendem Alter steigt die Anzahl der AU-Tage (unter 20 Jahre: 18,3 AU-Tage je Beschäftigten; 60-64 Jahre: 37,2 AU-Tage je Beschäftigten) sukzessive an, um dann bei den Beschäftigten ab dem 65. Lebensjahr rapide abzufallen (21,3 AU-Tage je Beschäftigten), was auf den healthy worker effect (McMichael, 1976) zurückzuführen ist.

In der Beschäftigtenbefragung 2023 zeigen sich sowohl bei der Arbeitsfähigkeit (WAI: $\chi 2=78,53$; $p<.001$) als auch bei der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE: $\chi 2=111,91$; $p<.001$) signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen, wobei das berufsspezifische Muster im Wesentlichen dem des AU-Geschehens entspricht. Insgesamt geben 65,7% der befragten Beschäftigten an, vor ihrem regulären Renteneintrittsalter in Rente gehen zu wollen. Dieser Wert variiert zwar zwischen den einzelnen Berufsgruppen (56,3% - 71,0%), allerdings ist dieser Unterschied nicht signifikant ($\chi 2= 28,42$; $p=.442$).

Diskussion und Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Gesundheit von unterschiedlichen Faktoren, wie bspw. der konkreten beruflichen Tätigkeit im Zusammenhang mit dem Lebensalter beeinflusst wird. Besonders tritt dabei der Zusammenhang von körperlichen und/oder psychisch fordernden Tätigkeiten mit hohen AU-Kennzahlen bezogen auf somatische bzw. psychische Erkrankungen zutage. Zudem spiegeln sich diese unterschiedlichen berufsspezifischen Belastungen auch in den unterschiedlichen Altersverläufen wider. Ähnliche berufsspezifische Muster zeigen sich in der Beschäftigtenbefragung bei der Arbeitsfähigkeit (WAI) und der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE). Bei der Frage nach dem gewünschten Renteneintritt spielt der berufliche Hintergrund allerdings keine statistisch bedeutsame Rolle. Die Mehrheit aller Befragten wünscht sich, vor der Regelaltersgrenze in Rente zu gehen. Daraus resultiert die Notwendigkeit, Prävention und Rehabilitation mehr auf die spezifischen Bedürfnisse der Beschäftigten auszurichten, was die Wahrscheinlichkeit eines längeren und gesunden Verbleibs im Erwerbsleben erhöht. Bei der Diskussion zu einem flexiblen Renteneintritt sollten die vorliegenden Ergebnisse zu den berufsspezifischen Belastungen einbezogen werden.

Take-Home-Message

Unterschiedliche berufsspezifische Belastungen und Beanspruchungen zeigen sich in Fehlzeiten und wahrgenommener Arbeitsfähigkeit und verdeutlichen die Notwendigkeit, entsprechend spezifische Angebote für Prävention und Rehabilitation sowie flexiblere Renteneintrittsmodelle anzubieten.

Literatur

Hasselhorn, H. M. & Freude, G. (2007): Der Work Ability Index - ein Leitfaden. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Knieps, F., Pfaff, H. (Hrsg.) (2023): BKK Gesundheitsreport 2023 – Gesunder Start ins Berufsleben, Berlin, MWV – Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP).

McMichael, A. J. (1976): Standardized mortality ratios and the “healthy worker effect”: Scratching beneath the surface. Journal of Occupational Medicine, 18, 165–168.

Mittag, O., Raspe, H. (2003): Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit. Die Rehabilitation, 42, 169-174.

„Blaufeuer“ für psychisch belastete Erwerbstätige – Was geschieht und was verändert sich?

Michael Schuler[1]; Lorenz Leven[2]; Christian Gerlich[3]; Uwe Krähnke[4]; Ina Pamperin[5]; Nadine Vorsatz[5]; Heiner Vogel[3]

[1] Hochschule für Gesundheit Bochum; [2] Universität Würzburg;
[3] Zentrum für Psychische Gesundheit, Universität und Universitätsklinikum Würzburg;
[4] Medical School Berlin; [5] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

In dem rehapro-geförderten Projekt SEMpsych („Systemisches Eingliederungsmanagement bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“) wurde für Personen mit psychischen Belastungen bei gleichzeitiger Arbeitsproblematik die Fallmanagement- und Beratungsmaßnahme „Blaufeuer“ in drei Modellregionen (Berlin, Köln und Nürnberg) implementiert. Die Kernaufgabe von Blaufeuer ist die Beratung, Begleitung und gegebenenfalls Vermittlung Betroffener mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, psychosoziale Belastungen zu reduzieren und Lebensqualität zu steigern (Leven et al., 2022).

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und untergliedert sich in 4 Phasen: (1) Konzeptentwicklung, (2) Implementierungsphase mit begleitender formativer Evaluation, (3) Bewährungsphase mit begleitender summativer Evaluation und (4) Transferphase. Gegenwärtig ist Phase 2 beendet. In der formativen Evaluation wurden Zugang, Prozess und Ergebnisverlauf geprüft. Es konnte gezeigt, dass in der Implementierungsphase Teilnehmer aus der Zielpopulation - hohe psychische Belastung und bestehende Arbeitsplatzproblematik

– erreicht werden (Zugangsevaluation; Gerlich et al., 2023). In diesem Beitrag werden Ergebnisse zur Prozessevaluation und Ergebnisevaluation berichtet.

Methoden

Eingeschlossen wurden Personen, die zwischen 1.9.2020 und 30.6.2022 eine Blaufeuer-Beratung erhalten haben. Standardisierte Fragebögen wurden zu Beginn (T0) sowie nach 3/6/9/12 und 18 Monaten (T1-T5) ausgefüllt, die Datenerhebung bis einschließlich T4 ist abgeschlossen. Erfasst wurden neben sozidemografischen und sozialmedizinischen Angaben psychische Belastung (Depressivität: PHQ-9, Ängstlichkeit: GAD-2, Burnout: MBI, körperliche Symptome: SSS-8), subjektive Arbeitsfähigkeit (WAS), Arbeitszufriedenheit (KAFA) und Erholungsfähigkeit (REQ). Zur Ergebnisevaluation wurden Mittelwertsdifferenzen sowie Standardized Response Mean (SRM) berechnet. SRM von 0,2/0,5/0,8 werden als klein/mittel/groß interpretiert. Zur Auswertung der Prozessevaluation wurden dokumentierte Ziele und Handlungsschritte in der Beratung qualitativ analysiert.

Ergebnisse

Von N=482 Teilnehmenden (66,4% weiblich, M = 45,5, SD = 10,2 Jahre) waren 50,3% aktuell arbeitsunfähig. Sie zeigten zu Maßnahmenbeginn hohe psychische Beeinträchtigung und geringe subjektive Arbeitsfähigkeit (siehe Tabelle 1).

Prozessevaluation

Von den vereinbarten Zielen lassen sich 41,7% den beruflichen Kontext und 34,1% dem Bereich der psychischen Gesundheit zuordnen (15,0% körperliche Gesundheit, 9,2% sozialer Bereich). Von 1.739 dokumentierten Handlungsschritten sind 46% mit konkreten Verhaltensänderungen der Teilnehmenden assoziiert (z.B. „Ich achte auf Zeichen von Stress und Überforderung“), während 54% sich auf die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten (z.B. Inanspruchnahme berufliches Training) beziehen.

Ergebnisevaluation

Tab. 1 enthält Ergebnisse zu T0-T4 und Effektstärken T0-T2/T0-T4 in ausgewählten Outcomes. In der subjektiven Arbeitsfähigkeit und in einigen Indikatoren der psychischen Belastung (v.a. PHQ-9, GAD-2, SF-12 psychisch, MBI/Belastung) finden sich bis T4 hohe Prä- Post-Effekte. Effekte im mittleren Bereich finden sich SSS-8/körperliche Symptome sowie in den Fähigkeiten zu entspannen und von der Arbeit abzuschalten. In weiteren Outcomes zeigen sich kleine oder keine relevanten Prä-Post-Effekte.

Tab. 1: Mittelwerte und Standardabweichung in ausgewählten Outcomes zu T0-T4 (Missing Pairwise) und Effektstärke T0-T2 und T0-T4

	M (SD)					SRM [95% Konfidenzintervall]	
	T0 (N=482)	T1 (N=368)	T2 (N=337)	T3 (N=310)	T4 (N=296)	T0-T2[a]	T0-T4[b]
PHQ9	14,6 (5,4)	11,9 (5,7)	10,6 (5,8)	10,0 (5,7)	9,6 (5,9)	0,65 [0,54; 0,77]	0,80 [0,66; 0,94]
GAD-2	3,92 (1,62)	3,04 (1,71)	2,67 (1,87)	2,61 (1,84)	2,35 (1,77)	0,69 [0,56; 0,82]	0,93 [0,77; 1,09]
SSS-8	13,99 (6,05)	12,04 (6,31)	11,12 (6,63)	10,69 (6,71)	10,31 (6,26)	0,39 [0,28; 0,49]	0,53 [0,41; 0,64}
SF-12 psychisch	28,3 (8,3)	34,4 (10,6)	36,7 (11,6)	36,4 (11,7)	37,9 (12,0)	0,71 [0,56; 0,86]	0,82 (0,65; 1,01)
SF-12 körperlich	45,1 (10,1)	45,6 (10,1)	45,0 (10,1)	45,4 (10,4)	44,6 (9,8)	0,09 [-0,02; 0,20]	0,01 [-0,12; 0,12]
WAS	3,2 (2,5)	4,3 (2,7)	4,9 (2,8)	5,2 (2,8)	5,5 (2,8)	0,58 [0,45; 0,71]	0,88 [0,72; 0,11]
MBI BEL	35,5 (10,4)	33,6 (12,1)	30,5 (13,2)	28,7 (13,3)	26,9 (12,8)	0,36 [0,26; 0,47]	0,70 [0,54; 0,85]
MBI DEP	9,2 (6,9)	9,3 (6,7)	8,2 (6,5)	7,5 (6,1)	7,9 (6,6)	0,05 [-0,06; 0,15]	0,11 [-0,02; 0,24]
MBI EL	23,0 (8,5)	24,2 (8,7)	25,0 (9,0)	25,6 (9,2)	25,7 (9,1)	0,13 [-0,04; 0,22]	0,25 [0,13; 0,37]
REQ Entspann	2,80 (0,74)	2,92 (0,81)	3,03 (0,81)	3,10 (0,83)	3,15 (0,83)	0,32 [0,23; 0,42]	0,41 [0,29; 0,53]
REQ Abschalten	2,28 (0,93)	2,44 (0,99)	2,64 (0,99)	2,72 (0,98)	2,85 (1,08)	0,37 [0,27; 0,47]	0,49 [0,35; 0,63]
REQ Mastery	2,79 (0,88)	2,73 (0,84)	2,80 (0,83)	2,79 (0,80)	2,86 (0,82)	0,09 [-0,01; 0,18]	0,09 [-0,02; 0,20]
REQ Kontrolle	3,48 (0,93)	3,52 (0,95)	3,58 (0,87)	3,67 (0,88)	3,69 (0,89)	0,16 [0,06; 0,25]	0,20 (0,10; 0,31)
KAFA	3,13 (0,94)	3,28 (0,90)	3,37 (0,90)	3,45 (0,89)	3,46 (0,94)	0,20 [0,09; 0,32]	0,27 [0,13; 0,40]

Anm.: SRM: Standardized Response Mean, Mittelwertsdifferenz relativiert an der Standardabweichung der Differenzen, positive Werte zeigen Verbesserungen im Zustand an; [a]Nur Personen mit Daten zu T0 und T2; [b]Nur Personen mit Daten zu T0 und T4.

Diskussion und Fazit

Die Prozessevaluation zeigt, dass die meisten verfolget Ziele die Kernbereiche (Beruf/ psychische Gesundheit) von Blaufeuer betreffen. Die vereinbarten Handlungsschritte sind individuell, können jedoch zur Hälfte der Vermittlung in ein Angebot des Versorgungssystem zugeordnet werden. Darüber hinaus werden in der Beratung auch Verhaltensänderungen angeregt.

Große Veränderungen zeigen sich in den Hauptzielparametern subjektive Arbeitsfähigkeit und psychischen Gesundheit. Die Veränderungen sind in der Höhe mit intensiven Maßnahmen wie psychosomatischer Rehabilitation (Steffanowski, 2007) vergleichbar. Dass die Bedingungen am Arbeitsplatz (erwartungsgemäß) kaum veränderbar sind, zeigt sich an der eher unverändert geringen Arbeitszufriedenheit. Die offensichtlich verbesserte Fähigkeit, in der Freizeit von der Arbeit ‚abzuschalten', dürfte zu positiven Effekten bei der psychischen Gesundheit und subjektiven Arbeitsfähigkeit beitragen.

Zusammengefasst zeigen die Analysen der formativen Evaluation, dass nicht nur die anvisierte Zielgruppe erreicht wird (Gerlich et. al., 2023), sondern das umgesetzte Konzept mit den Bedürfnissen der Teilnehmenden korrespondiert und klinisch relevante Veränderungen in zentralen Outcomes zu beobachten sind. In welchem Ausmaß diese Veränderungen kausal auf die Blaufeuermaßnahme zurückgeführt werden können, wird gegenwärtig in der summativen Evaluation geprüft.

Take-Home-Message

Mit Teilnehmenden der Beratungsmaßnahme Blaufeuer werden primär Ziele im beruflichen Kontext oder der psychischen Gesundheit verfolgt und im Jahr nach Maßnahmenbeginn werden klinisch relevante Veränderungen in psychischer Belastung und subjektiver Arbeitsfähigkeit beobachtet.

Literatur

Gerlich, C., Leven, L., Pamperin, I., Vorsatz, N., Vogel, H. & Schuler, M. (2023): Ein „Blaufeuer“ für psychisch belastete Erwerbstätige – wird die Zielgruppe erreicht? DRV- Schriften 130, S. 363-364.

Leven, L., Schuler, M., Gerlich, C., Kemter, H., Pamperin, I. & Vogel, H. (2022): Das Blaufeuer-Beratungsangebot für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und beruflichen Belastungen. In: Stein, R. & Kramert, H.-W. (Hrsg.): Psychische Belastungen in der Berufsbiographie (S. 223-231): Bielefeld: wbv.

Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007): Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Mesta-Studie (Vol. 48): Bern: Huber.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Die Bedeutung beruflicher Resilienz für arbeitsbezogenes Erleben und persönliches Wohlbefinden von Beschäftigten

Jens Knispel; Veneta Slavchova; Fee Kahlhofer; Viktoria Arling

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Gesundes bzw. stressbelastetes Arbeiten ist durch die persönlichen Voraussetzungen des Arbeitnehmenden und die ihn umgebenden Arbeitsbedingungen gekennzeichnet. Beruflicher Stress kann seine Ursache in unterschiedlichen Bereichen haben: Betriebsklima, die wahrgenommene Führungsqualität vom Vorgesetzten und die subjektiv empfundene Arbeitsbelastung können relevante Einflussgrößen sein. In diesem Rahmen gewinnt die berufliche Resilienz als psychische Widerstands- bzw. Anpassungsfähigkeit eine besondere Bedeutung (Liu et al. 2020).

Ziel dieses Beitrages ist es, die Relevanz der beruflichen Resilienz für das arbeitsbezogene Erleben und das persönliche Wohlbefinden von Beschäftigten zu untersuchen.

Fragestellung 1: Welche Zusammenhänge zeigen sich zwischen der beruflichen Resilienz und der wahrgenommenen Führungsqualität bei Kontakterfahrungen mit Vorgesetzten, Arbeitsbelastung und Betriebsklima? (arbeitsbezogenes Erleben)

Fragestellung 2: Wie hängt berufliche Resilienz mit dem Wohlbefinden von Beschäftigten zusammen?

Methoden

An der Online-Befragung nahmen 243 berufstätige Personen teil (Geschlecht: 178 Frauen, 62 Männer, 3 diverse Personen; durchschnittliches Alter: 34.77 Jahre, SD = 13.85 Jahre). Zur Beantwortung der Fragestellungen kamen validierte Messinstrumente zum Einsatz. Tabelle 1 sind Skalierungen, Beispielitems und die Reliabilitäten aller Skalen zu entnehmen.

Zur Erfassung der beruflichen Resilienz kam eine von der Autorengruppe validierte Skala mit 30 Items zum Einsatz (RB-30, Knispel et al., submitted). Diese unterscheidet mit Optimismus, Akzeptanz, Lösungsorientierung, Selbstfürsorge, Netzwerkorientierung, Verantwortung übernehmen und Zukunftsplanung sieben Facetten der beruflichen Resilienz.

In Bezug auf das arbeitsbezogene Erleben wurde die „Führungsqualität“ mittels einer Subskala aus dem COPSOQ-3 erfasst (Lincke et al., 2021). Darüber hinaus wurden die „positiven Kontakterfahrungen“ und „negativen Kontakterfahrungen“ mit Führungskräften mit zwei Subskalen der CDP-D erfasst (Slavchova et al., 2023). Für das „Betriebsklima“ und die „Berufs- und Arbeitsbelastungen“ kamen zwei Subskalen des Instrumentes Subjektive Zufriedenheit und Belastung von Arbeit und Beruf zum Einsatz (Weyer et al., 1997). Das persönliche „Wohlbefinden“ wurde mit der WHO-5 erfasst (Brähler et al., 2015)

Ergebnisse

Die Deskriptionen und Zusammenhänge zwischen der beruflichen Resilienz und dem arbeitsbezogenen Erleben und dem Wohlbefinden sind Tabelle 1 zu entnehmen. Es zeigten sich bedeutsame, kleine bis mittlere Korrelationen.

Tab. 1: Deskriptionen und Zusammenhänge (Pearson-Korrelationen) zwischen der beruflichen Resilienz und dem arbeitsbezogenen Erleben und dem Wohlbefinden.

			Berufliche Resilienz (RB-30)[1]						
Konstrukt	**Skala**	**AM (SD)**	Optimismus	Akzeptanz	Lösungsorientierung	Selbstfürsorge	Netzwerkorientierung	Verantwortungsübernahme	Zukunftsplanung
Wahrgenommene Führungsqualität	COPSOQ[2]	53.19 (24.13)	.278***	.285***	.239***	.333***	.435***	.113	.089
Positive Kontakterfahrungen mit Führungskräften	CDP-D[3]	3.29 (0.89)	.374***	.330***	.322***	.264***	.446***	.181**	.190**
Negative Kontakterfahrungen mit Führungskräften (-)		2.62 (1.05)	-388***	-298***	-.247***	-.349***	-.390***	-.117	-.067
Betriebsklima	ZBAB[4]	5.43 (2.68)	.223***	.235***	.104	.194**	.359***	.068	-.040
Berufs- & Arbeitsbelastung (-)		4.73 (3.36)	-.382***	-.304***	-.322***	-.504***	-.381***	-.152*	-.078
Wohlbefinden	WHO-5[5]	51.84 (21.07)	.475***	.336***	.457***	.368***	.336***	.249***	.249***
		AM (SD)	4.14 (1.09)	3.95 (1.07)	4.29 (0.81)	4.03 (1.15)	4.18 (1.24)	5.02 (0.74)	3.72 (1.25)

Anmerkungen: N = 242 – 243; Pearson-Korrelation (zweiseitig): **** p ≤ .001, ** p ≤ .01; * p ≤ .05;*
[1]*RB-30:* (1) „stimme überhaupt nicht zu“ bis (6) „stimme voll und ganz zu“; Beispielitem Selbstfürsorge: „Ich höre auf meinen Körper und gönne ihm Ruhepausen vom Beruf“ [2]COPSOQ-3, Subskala Führungsqualität: Abfrage von 1: „in sehr geringem Maß“ bis 5: „in sehr hohem Maß“; Beispielitem: Bitte schätzen Sie ein, in welchem Maß Ihre unmittelbare Führungskraft für gute Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeiter:innen sorgt?“
[3]CDP-D (Subskala positiver & negativer Kontakt); Häufigkeitsabfrage von 1: „nie“ bis 5: „sehr oft“; Beispielitem positiver Kontakt: „Wie oft haben Sie eine Führungskraft getroffen, die Sie mochten?“, Beispielitem negativer Kontakt: „Wie oft hatten Sie unerfreuliche Erfahrungen mit einer Führungskraft?“.
[4]ZBAB: dichotome Abfrage mit „stimmt nicht“ und „stimmt“; Beispielitem Betriebsklima: „Auf meine Arbeitskollegen/kolleginnen kann ich mich in jeder Beziehung verlassen“; Beispielitem Berufs- und Arbeitsbelastung: „Manchmal denke ich, dass ich mir mit meiner Arbeit zu viel zumute“
[5]WHO-5: 6-stufige Abfrage von „zu keinem Zeitpunkt“ bis „die ganze Zeit“; Beispielitem: In den letzten zwei Wochen habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt“

Je höher die berufliche Resilienz ausgeprägt war, desto positiver fiel die wahrgenommene Führungsqualität aus, desto mehr positive Kontakterfahrungen mit Vorgesetzten wurden berichtet, desto angenehmer wurde das Betriebsklima empfunden und desto höher war das Wohlbefinden ausgeprägt. Demgegenüber ging ein geringeres Maß an Resilienz mit mehr negativen Kontakterfahrungen mit Vorgesetzten und einer höheren Berufs- und Arbeitsbelastung einher.

Darüber hinaus gilt, dass sich in Bezug auf die Höhe der Korrelation differenzierte Effekte zu den sieben Facetten der Resilienz zeigten: So fiel der Zusammenhang zwischen der Führungsqualität sowie positiven Kontakterfahrungen zu Vorgesetzten besonders deutlich zur

Netzwerkorientierung aus. Die Verantwortungsübernahme und Zukunftsplanung dagegen waren primär mit dem Wohlbefinden assoziiert.

Diskussion und Fazit

Die vorliegende Studie gibt Hinweis darauf, dass berufliche Resilienz in einem Zusammenspiel mit dem arbeitsbezogenen Erleben und dem persönlichen Wohlbefinden von Beschäftigten steht. Hieraus ergeben sich für die Praxis konkrete Implikationen: Zur Schaffung gesunder Arbeitswelten sollte die Ursache des beruflichen Stresses als solches identifiziert und zum Gegenstand einer Handlungsmaßnahme werden als auch die individuelle berufliche Resilienz verbessert werden. Die sieben Facetten der beruflichen Resilienz bieten in diesem Rahmen konkrete Ansatzpunkte für ein passgenaues Training zur Steigerung der psychischen Widerstandskraft.

Aus wissenschaftlicher Sicht sollte darüber hinaus in einem längsschnittlichen Studiendesign die Frage nach der Ursache-Wirkung-Beziehung geklärt werden. Zu prüfen gilt, ob die Arbeitsbedingungen die berufliche Resilienz beeinflussen oder ob die berufliche Resilienz die Bewertung der Arbeitsbedingungen beeinflusst.

Take-Home-Message

Berufliche Resilienz interagiert mit Facetten des arbeitsbezogenen Erlebens sowie dem persönlichen Wohlbefinden und sollte daher in Kombination mit denselbigen im Arbeitsleben Berücksichtigung finden.

Literatur

Kemper, C. J., Brähler, E. & Zenger, M. (2015): Psychologische und sozialwissenschaftliche Kurzskalen: Standardisierte Erhebungsinstrumente für Wissenschaft und Praxis. MWV, S. 344.

Knispel, J., Slavchova, V., Kahlhofer, F., Arling, V. (submitted): 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.

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, 16, 50.

Slavchova, V., Heßhaus, V., Knispel, J. & Arling, V. (2023): Entwicklung und Validierung einer deutschsprachigen Skala zur Erfassung von Kontakterfahrungen gegenüber gesundheitlich eingeschränkten Menschen (CDP-D): Diagnostica.

Wer nimmt an der Maßnahme Blaufeuer teil? – eine latente Profilanalyse der mitgeteilten Arbeitsplatzprobleme im RehaPro-Projekt SEMpsych

Onur Erdem Ucar[1]; Michael Schuler[2]; Christian Gerlich[3]; Lorenz Leven[1]; Uwe Krähnke[4]; Ina Pamperin[5]; Nadine Vorsatz[5]; Heiner Vogel[3]

[1] Universität Würzburg; [2] Hochschule für Gesundheit Bochum;
[3] Zentrum für Psychische Gesundheit, Universität und Universitätsklinikum Würzburg;
[4] Medical School Berlin; [5] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Im Projekt SEMpsych („Systemisches Eingliederungsmanagement bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“), das im Bundesprogramm rehapro gefördert wird, wurde für Personen mit psychischen Belastungen bei gleichzeitiger Arbeitsproblematik die Fallmanagement- und Beratungsmaßnahme „Blaufeuer“ in 3 Modellregionen (Berlin, Köln und Nürnberg) implementiert. Die Kernaufgabe von Blaufeuer ist die Beratung, Begleitung und gegebenenfalls Vermittlung Betroffener mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, psychosoziale Belastungen zu reduzieren und Lebensqualität zu steigern (Leven et al., 2022).

Es konnte gezeigt werden, dass mit der Blaufeuer-Beratung die Zielgruppe – Personen mit psychischen Belastungen bei bestehender Arbeitsplatzproblematik - erreicht wird (Gerlich et al., 2023). Schwierigkeiten am Arbeitsplatz können jedoch sehr unterschiedlich aussehen und zum Beispiel in Über- / Unterforderung, Schwierigkeiten mit Kolleg*innen und/ oder Vorgesetzten oder Mobbing bestehen. Je nach Arbeitsplatzproblematik könnten unterschiedliche Interventionen angebracht sein.

Vanroelen et al. (2010) zeigen, dass Arbeitsplatzproblematiken in verschiedene Typen unterteilt werden können. Bislang ist jedoch unklar, ob sich bei den Teilnehmenden von Blaufeuer qualitativ unterschiedliche Typen von Arbeitsplatzproblematiken zeigen oder ob sich die Teilnehmenden nur in Anzahl und Höhe der Belastungen unterscheiden. Dies soll in dieser Sekundärdatenanalyse untersucht werden. Des Weiteren soll geprüft werden, ob unterschiedliche Typen sich bezüglich soziodemografischer Variablen sowie der psychischen Belastung/ subjektiver Arbeitsfähigkeit unterscheiden.

Methoden

In die Analysen wurden Personen eingeschlossen, die zwischen 1.9.2020 und 30.6.2022 eine Blaufeuer-Beratung erhalten haben und zwischen dem ersten und zweiten Beratungstermin einen standardisierten Fragebogen ausgefüllt haben. Die Latente Profilanalyse wurde auf Basis eines Fragebogens zu bestehenden Arbeitsplatzproblemen (Eigenkonstruktion, 10 Items) durchgeführt. Auf je einer 5-stufigen Likertskala („trifft nicht zu“ bis „trifft stark zu“) wurden folgende Arbeitsplatzprobleme erfasst: Überforderung, Unterforderung, Arbeitsplatzunsicherheit, fehlende Identifikation, fehlender Handlungsspielraum, Unzufriedenheit mit Rahmenbedingungen, Fehlende Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten, Konflikte/ Unzufriedenheit mit Kolleg:innen, Konflikte/ Unzufriedenheit mit Vorgesetzten, Ausgrenzung/ Mobbing/ sexuelle Belästigung.

Die psychische Belastung wurde mittels PHQ-9 (Depressivität) erfasst, die subjektive Arbeitsfähigkeit mittels des WAS.

Ergebnisse

In Profil 3 (hohe Überlastung, Konflikte mit Vorgesetzten, keine Erfahrung von Ausgrenzung) war der Frauenanteil am höchsten (73,3%), in Profil 7 (Unterforderung, fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten, Konflikte mit Vorgesetzten, keine Erfahrung von Ausgrenzung) am geringsten (53,3%). Das niedrigste mittlere Alter fand sich in den Profilen 3 [M(Alter)=43,3] und 7 [M(Alter)=43,3), das höchste in den Profilen 1 [M(Alter)=50,0] und 6 [M(Alter)=49,9]. Die geringste psychische Belastung [M(PHQ-9)=12,8] findet sich in Profil 4 (hohe Überforderung, in allen anderen Items geringe Ausprägung), die höchste in Profil 1 [M(PHQ- 9)=15,7], Profil 2 [M(PHQ-9)=16,1; Unterforderung, hohe Werte in allen anderen Items) und Profil 6 [M(PHQ-9) = 16.0, Überforderung, hohe Werte in allen anderen Items). Die geringste subjektiver Arbeitsfähigkeit weisen die Profile 1 [M(WAS)=2,0) und 6 [M(WAS)=1,78] auf, die höchste Profil 4 [M(WAS)=4,01].

Tab. 1: Anzahl Personen pro Profil

Profilnummer	N	%
1	44	9,6
2	39	8,5
3	116	25,4
4	102	22,3
5	66	14,4
6	45	9,9
7	45	9,9
Total	457	100

Diskussion und Fazit

Die Analyse hat ergeben, dass sich die Teilnehmenden an der Blaufeuer-Beratung nicht nur in Höhe und Anzahl an Belastungen durch Arbeitsplatzprobleme unterscheiden, sondern auch im qualitativen Profil. So weisen beispielsweise Profile 2 und 7 vergleichbare Werte in fast allen Items auf, mit Ausnahme des Items „Ausgrenzung/ Mobbing/ sexuelle Belästigung“. In diesem Item haben Mitglieder des Profils 2 sehr hohe, die des Profils 7 sehr niedrige Werte aufweisen. Die Klienten der Blaufeuer-Beratung sind nach dieser Analyse also keine homogene Gruppe bezüglich der vorliegenden Arbeitsplatzprobleme. Unterstützt wird dieses Ergebnis durch unterschiedliche Zusammensetzungen der Gruppen bezüglich soziodemografischer Variablen sowie Unterschiede bei den Variablen psychische Belastung und subjektive Arbeitsfähigkeit.

In weiteren Analysen soll im Projektverlauf die Validität und Nützlichkeit der Profile geprüft werden. Zum Beispiel soll geprüft werden, ob die Typenzugehörigkeit den Verlauf der Outcomes (psychische Belastung, subjektive Arbeitsfähigkeit) prädizieren kann und ob die Typenzugehörigkeit mit unterschiedlichen Zielen und Handlungsmaßnahmen in der Blaufeuerberatung assoziiert sind. Gegebenenfalls können gezielte Beratungsempfehlungen für unterschiedliche Profile entwickelt werden.

Take-Home-Message

Teilnehmende der Maßnahme Blaufeuer können bezüglich berichteter Arbeitsplatzproblematiken in 7 unterschiedliche Profile eingeordnet werden und die Profile sind mit soziodemografischen Variablen sowie mit psychischer Belastung und subjektiver Arbeitsfähigkeit assoziiert.

Literatur

Gerlich, C., Leven, L., Pamperin, I., Vorsatz, N., Vogel, H. & Schuler, M. (2023): Ein „Blaufeuer“ für psychisch belastete Erwerbstätige – wird die Zielgruppe erreicht? DRV- Schriften 130, S. 363-364.

Leven, L., Schuler, M., Gerlich, C., Kemter, H., Pamperin, I. & Vogel, H. (2022): Das Blaufeuer-Beratungsangebot für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und beruflichen Belastungen. In: Stein, R. & Kramert, Hans-Walter (Hrsg.): Psychische Belastungen in der Berufsbiographie (S. 223-231): Bielefeld: wbv.

Vanroelen, C., Louckx, F., Moors, G. & Levecque, K. (2010): The clustering of health-related occupational stressors among contemporary wage-earners. European Journal of Work and Organizational Psychology, 19(6), 654–674. https://doi.org/10.1080/13594320903043393.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Einführung Teilhabestärkungsgesetz: Erfahrungen der Deutschen Rentenversicherung, Jobcenter und Arbeitsagenturen in Rheinland-Pfalz und Saarland

Lukas M. Horstmeier[1]; Vanessa Bernhard[2]; Karoline Hölscher[3]; Danielle Konz[1]; Luisa Mertiny[2]; Cosima Nuszbaum[1]; Franziska Praznovszky[1]; Rebekka Schlemmermeyer-Schoenfeld[3]; Erik Farin-Glattacker[1]

[1] Universitätsklinikum Freiburg; [2] Deutsche Rentenversicherung Saarland; [3] Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Hintergrund und Zielstellung

Bis Inkrafttreten des Teilhabestärkungsgesetzes (THSG) im Januar 2022 gab es ein Leistungsverbot zwischen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), den Jobcentern (JC) und den Agenturen für Arbeit (AA). Dies hatte sich in Deutschland auf die Qualität der re-integrativen Versorgung von gesundheitsbedingt betroffenen arbeitssuchenden oder arbeitsgefährdeten Versicherten ausgewirkt (siehe z.B. Vergleich der Leistungserbringen 2011-2015: Nivorozhkin et al., 2018). Das vom Bundesprogramm rehapro geförderte Projekt Wabe-Net beschäftigte sich bereits vor Einführung des THSG mit rechtskreisübergreifendem Datenaustausch der Leistungserbringer DRV und JC/AA in trägerübergreifenden Fallbesprechungen sowie der Erarbeitung gemeinsamer Re-integrationsvorschläge in Fallkonferenzen und der partizipativen Entscheidungsfindung mit den Versicherten.

Mit Inkrafttreten des Teilhabestärkungsgesetzes (THSG) wurde – unter anderem - das Leistungsverbot zwischen DRV und JC/AA aufgehoben, ein Informationsaustausch der Träger angeregt und den betroffenen Versicherten einen größeren Katalog von Sozialleistungen zugänglich gemacht (BMAS, 2021). Entsprechend wurde das Projekt WABE-Net durch eine Interviewerhebung ergänzt, deren Ziel es war, den Stand der Implementierung der gesetzlichen Maßnahmen mittels Befragung betroffener Stakeholder auf Seiten der DRV wie auch der JC/AA zu der Einführung und dem aktuellen Stand der Umsetzung des THSG zu bewerten.

Methoden

In einer telefonbasierten, semi-strukturierten Interviewstudie wurden im Mai und Juni 2023 N=11 Rehafachberater*innen der DRV sowie Integrationsfachkräfte der JC und ein*e Teamleiter*in der AA aus Rheinland-Pfalz und Saarland zu ihren Erfahrungen seit der Einführung des THSG befragt. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen des rehapro-Projektes Wabe-Net. Die Aussagen wurden mithilfe von qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2022) in einem deduktiv-induktiven Verfahren analysiert.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass die befragten Stakeholder sowohl in den DRVen wie auch bei den JC/AA der Grundidee des THSG positiv gegenüberstehen und seine Einführung

begrüßen. Hierbei hervorgehoben wurde vor allem der Mehrwert für die Versicherten, der durch eine vertiefte Kommunikation zwischen DRV und JC/AA entstehen kann. Allerdings wurden auch eine Reihe von Problemen in der Umsetzung beschrieben: Primär benannten die Befragten fehlende Strukturen und Verfahrensabsprachen, sowie ungeklärte Zuständigkeiten. Neun der elf Teilnehmenden berichteten, dass das Gesetz nicht wirklich angewendet werde. Hierbei wurden Vermutungen genannt, dass es von relevanten übergeordneten Gremien beider Träger (erst auf Bundesebene, jetzt auf regionaler Ebene) zu keiner Einigung über die konkrete Umsetzung kam. Ohne ein abgestimmtes Vorgehen zwischen den Institutionen fehle den Stakeholdern vor Ort eine einheitliche Struktur zur Umsetzung des Teilhabeplans, also ein rechtsverbindlicher Rahmen, wie das Gesetz anzuwenden sei. Die Teilnehmenden berichten entsprechend, dass sie nicht eigenständig über die Umsetzung des Gesetzes entscheiden können. Ein Beispiel dafür, wie die fehlenden Verfahrensabsprachen die Versorgung der Versicherten erschweren, sei der Datenschutz, da nicht geklärt sei, wie und welche Informationen in der Kooperation geteilt werden dürfen und wie der Datenschutz sichergestellt werde. Zusätzlich wurde auch von fehlenden Kapazitäten wie beispielsweise unzureichende finanzielle Mittel sowie begrenzte personal- und zeitliche Ressourcen berichtet, wodurch die nun rechtlich zur Verfügung stehenden Leistungen nicht erbracht werden können. Insgesamt wurde die Implementierung des THSG beiderseitig – also sowohl von den Rehafachberater*innen der DRVen wie auch von den Integrationsfachkräften der JC – bisher nicht als Erfolg beschrieben.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zur Einführung des THSG sind ernüchternd, vor allem, da hierdurch bedürftigen Versicherten potenziell Leistungen, auf die sie laut Gesetz Anspruch haben, nur bedingt bereitgestellt werden können. Einschränkend ist zu sagen, dass die Resultate der Befragung auf einer kleinen, regional begrenzten Stichprobe basieren und somit nur einen ersten qualitativen Einblick in die Problemlage liefern können. Zukünftige Forschung sollte die Umsetzung des THSG evaluativ weiterverfolgen (z.B. auch mit einem quantitativen Ansatz an einer größeren Stichprobe) und ein besonderes Augenmerk darauflegen, ob die angesprochenen Probleme gelöst werden konnten, beziehungsweise Vorschläge entwickeln, wie die Umsetzung des THSG besser gelingen kann.

Take-Home-Message

Die Einführung des THSG wurde zwar in seiner Idee von den Befragten DRV und JC/AA begrüßt, wird aber in seiner gegenwärtigen Umsetzung aufgrund u.a. mangelnder Strukturen und Verfahrensabsprachen nicht als Erfolg bewertet.

Literatur

BMAS (2021): Teilhabestärkungsgesetz: Gesetz zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sowie zur landesrechtlichen Bestimmung der Träger der Sozialhilfe. Online verfügbar unter: https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze-und-Gesetzesvorhaben/teilhabestaerkungsgesetz.html [11.10.2021].

Mayring, P. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (13., aktualisierte und überarb. Aufl.). Beltz Pädagogik. Beltz.

Nivorozhkin, A., Reims, N., Zollmann, P. & Bethge, M. (2018): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben - Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Rentenversicherung im Vergleich. Rehabilitation, 57, 149-156. https://doi.org/10.1055/a- 0608-8879.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Jeder Schritt zählt – Förderung der Arbeitsmarktnähe im rehapro-Projekt GUIDE

Kerstin Guhlemann; Christina Meyn

Technische Universität Dortmund

Hintergrund und Zielstellung

Die Frage nach der Mobilisierbarkeit ungenutzten Erwerbspotenzials von Langzeiterwerbslosen stellt sich in Zeiten des Fachkräftemangels mit erhöhter Dringlichkeit. Damit Integrationsbemühungen eine nachhaltige Wirkung zeigen, muss das Integrationspotenzial der erwerbslosen Personen in all seinen Facetten betrachtet und nach individuellen Bedarfen gefördert werden. Gleichwohl die der Förderpolitik zugrundeliegenden Konzepte von Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit Gesundheit als elementare Voraussetzung zur Anwendung arbeitsmarktrelevanter Kompetenzen entwerfen und auch im wissenschaftlichen Diskurs ein stärkerer Ansatz an individuellen Hemmnissen der Teilhabe empfohlen wird (u. a. Kerschbaumer, 2020), nehmen gängige Integrationsmaßnahmen noch immer hauptsächlich die qualifikatorische Dimension in den Blick (Knuth, 2021).

Das rehapro-Projekt GUIDE (Koordination Jobcenter im Kreis Unna) setzt demgegenüber bei den Voraussetzungen für die Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit – den gesundheitlichen und sozialen Dimensionen – an. Der Beitrag geht auf Basis der Projektempirie der Frage nach, welche Elemente die Erwerbsfähigkeit aus der Sicht der Erwerbslosen einschränken und inwieweit diese durch gezielte Maßnahmen verbessert werden können. Die Teilnehmenden im Projekt GUIDE sind aufgrund ihrer verminderten körperlichen und / oder psychischen Gesundheit und Einschränkungen in der sozialen Teilhabe zum Großteil als Personen mit geminderter Erwerbsfähigkeit einzustufen.

Methoden

Empirische Basis ist eine inhaltlich umfangreiche quantitative Erhebung, die im Projekt zu bislang 3 Zeitpunkten durchgeführt wurde. Neben Skalen zu Gesundheit, Selbstwirksamkeit, sozialer Teilhabe und Gesundheitsverhalten wurden ebenso Integrationshemmnisse und - potenziale erhoben. Für den Beitrag werden Querschnittsergebnisse von 62 verschiedenen Teilnehmenden und erste Längsschnittergebnisse von 14 Teilnehmenden ausgewertet.

Ergebnisse

Von den Befragten haben 90% einen Schulabschluss, aber nur 59% eine berufliche oder Hochschul-Ausbildung angeschlossen. Dieser vergleichsweise niedrige Wert legt zwar

augenscheinlich qualifikatorische Maßnahmen nahe, ist aber u. E. eher als biografisches Symptom verminderter Erwerbsfähigkeit denn als direkter Ansatzpunkt für Integrationsbemühungen zu sehen. Die Auswertungen zeigen, dass die Skalenwerte für körperliche und psychische Gesundheit sowie für soziale Beziehungen weit unterhalb der jeweiligen Normwerte liegen; besonders hohe Spannbreiten fallen im Bereich der psychischen Gesundheit auf. Im Bereich soziale Unterstützung erreicht die Stichprobe im Mittel lediglich einen Prozentrang von 12, d. h. 88% der Normstichprobe kommen hier auf höhere Werte. Es verwundert daher nicht, dass die Mehrheit der Befragten mit ihrer körperlichen und seelischen Verfassung unzufrieden ist. Auch im Bereich des Gesundheitsverhaltens zeigen sich vergleichsweise ungünstige Angewohnheiten in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Schlaf und Tabakkonsum. Die Erwerbsfähigkeit wird in der Selbsteinschätzung nur bei einem geringen Teil (3%) von fehlenden Qualifikationen vermindert, die größten Hemmnisse nehmen die Befragten durch ihre gesundheitlichen Einschränkungen wahr. Dennoch sind die Befragten nicht passiv, sondern äußern eine Vielzahl von Veränderungswünschen – sowie die Einschätzung, dass ihnen die Angebote im Projekt GUIDE, besonders die psychologische und ergotherapeutische Beratung, aber auch das erweiterte Fallmanagement im Jobcenter, die Arbeitserprobungsmaßnahme, Schuldnerberatung und alltagsstrukturierende Gruppenangebote große Unterstützung bieten. Auch wenn sich die Teilnehmenden in ihrer Selbsteinschätzung zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht überwiegend auf den beruflichen (Wieder)Einstieg vorbereitet fühlen, lassen sich deutliche Empowerment-Effekte feststellen. Neben sozialen Skills haben sie an Selbstwertgefühl gewonnen, können ihren Alltag besser bewältigen und trauen sich mehr zu. In den vorläufigen Ergebnissen der Längsschnittuntersuchungen zeichnet sich ab, dass besonders Probleme mit der Wohnsituation sowie die körperliche Gesundheit verbessert werden konnten und die Teilnehmenden weniger Barrieren bzgl. ihrer Veränderungswünsche wahrnehmen, also insgesamt an Selbstwirksamkeitserwartung gewonnen haben.

Trotz oder gerade wegen des Fokus auf gesundheitliche Stabilisierung und individuelle Problematiken kann das Projekt nach 2 Jahren eine Vermittlungsquote in Arbeit oder Ausbildung von 16% vorweisen (35 von 214 aufgenommenen Personen). Von diesen zwischen 2020 und 2022 in Arbeit übergegangenen Personen gehen nur 6 der Tätigkeit nicht mehr nach, was im Vergleich mit anderweitigen Drop-Out-Raten als nachhaltig bewertet werden kann.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass über den Ansatz der gesundheitlichen Stabilisierung als Grundlage von Erwerbsfähigkeit nach dem Grundprinzip „Prävention vor Rehabilitation“ eine nachhaltigere Annäherung an den Arbeitsmarkt hergestellt werden kann. Über die Stabilisierung und Verringerung körperlicher Einschränkungen sowie psychosozialer Problematiken können Barrieren auf dem Weg in den Arbeitsmarkt abgebaut werden.

Take-Home-Message

Den Qualifizierungs- und Vermittlungsbemühungen bei Langzeiterwerbslosen eine Phase der gesundheitlichen Stabilisierung voranzustellen, kann die Arbeitsmarktnähe längerfristig erhöhen und gleichzeitig Drop-Out-Raten nach Arbeitsaufnahme vorbeugen.

Literatur

Kerschbaumer, L. (2020): Mehr als nur objektive individuelle Attribute: Arbeitsmarktrelevante Hemmnisse bei Langzeitarbeitslosigkeit. Sozialer Fortschritt, 69(1), 21-44. https://doi.org/10.3790/sfo.69.1.21.

Knuth, M. (2021): Transformative Arbeitsmarktpolitik Herausforderungen der Arbeitsmarktpolitik unter den Bedingungen der „konfluenten Digitalisierung“. HBS Working Paper Nr. 219, https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-008052/p_fofoe_WP_219_2021.pdf (30.10.2023).

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Modellprojekt LIPSY: leicht bis schwer psychisch Erkrankte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – Herausforderungen und Chancen

Mathias Alberti[1]; Maria Koschig[2]; Felix Hussenoeder[2]; Ines Conrad[2]; Christian Thänert[3]; Lisa Reinisch[3]; Katarina Stengler[1]; Steffi Riedel-Heller[2]

[1] Helios Park-Klinikum Leipzig; [2] Universität Leipzig; [3] Jobcenter Leipzig

Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland sind psychische Erkrankungen der zweithäufigste Grund für Krankschreibungen und Frühverrentungen. Es wird davon ausgegangen, dass viele von Langzeitarbeitslosigkeit betroffene Menschen eine unerkannte psychiatrische Erkrankung haben und keine adäquate Behandlung erhalten. Gleichzeitig nehmen Arbeit und Beschäftigung einen hohen Stellenwert bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ein (Gühne et al., 2017, Riedel-Heller, Gühne, 2015). Das etablierte System erreicht mit seinen bisherigen Möglichkeiten keine hinreichende Inklusion psychisch erkrankter Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt.

Das rehapro-geförderte Kooperationsprojekt LIPSY bietet die Möglichkeit zur niedrigschwelligen Teilnahme an einer psychologischen Diagnostik mit Beratung sowie die Chance auf eine berufliche Reintegration nach dem IPS-Ansatz (Individual Placement and Support) (Hussenoeder et al., 2021). Eine Umsetzungsempfehlung im deutschen Versorgungskontext findet sich im Positionspapier einer Task Force der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Stengler et al., 2021). Ziel der vorliegenden Zwischenauswertung ist die Beschreibung der LIPSY-Stichprobe hinsichtlich Demographie, Behandlungsbedarf und Arbeitswunsch.

Methoden

Die reguläre Rekrutierung erfolgt über im Projekt geschulte Integrationsfachkräfte (IFK) im Jobcenter. Vorgeschaltet ist ein 2-seitiger Screeningbogen, um Menschen in Grundsicherung mit psychischer Belastung zu identifizieren. Alle Interessierten können anschließend zeitnah - innerhalb des Jobcenters - an einer psychologischen Diagnostik teilnehmen und münden auf diese Weise in das Projekt ein. Die Diagnostik schließt mit einer personenzentrierten Empfehlung und Beratung bezüglich passender Hilfen ab. Zur Übersicht siehe Abb. 1.

Abb. 1: Projektübersicht LIPSY

Zur beruflichen Unterstützung werden Teilnehmende mit einer leichten bis mittelschweren Symptomatik durch LIPSY-IFKs weiterbetreut. Teilnehmende mit einer schweren Erkrankung werden in das SGB V-Regelbehandlungssystem navigiert und erhalten bei Eignung, Teilnahmewunsch und entsprechender Randomisierung im ambulanten klinischen Kontext des PKL die Möglichkeit, an einem manualisierten, IPS-getreuen Jobcoaching-Angebot teilzunehmen, welches berufliche Teilhabe auf den allgemeinen Arbeitsmarkt adressiert.

Voraussetzung für die Teilnahme am Modellprojekt ist ein Mindestalter von 18 Jahren, Erhalt von Grundsicherung sowie das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung. Selbstbeurteilungsfragebögen geben zu vier Messzeitpunkten u .a. Auskunft über die allgemeine Symptombelastung, Lebensqualität, Erwerbsbiografie, Soziodemografie und über den Stand der beruflichen Reintegration.

Ergebnisse

Im Data Freeze waren 377 Probanden zu Projekteintritt (t0) überwiegend weiblich (54.3%) und durchschnittlich 35 Jahre (Range: 19-62). Der Großteil war ledig (81.9%) und alleinlebend (80.1%). Ohne Berufsausbildung zeigten sich 46.3%. In der Diagnose ergaben sich Schwerpunkte bei affektiven Störungen (43.6%) und bei neurotischen sowie Belastungs- und somatoformen Störungen (30.6%). Trotz der hohen Belastung gaben im Screening 45.2% an, dass sie noch nie in psychiatrischer, psychologischer, psychotherapeutischer oder nervenärztlicher Behandlung waren (n=352). Dennoch äußerten 81% der Befragten einen mittleren bis hohen Wunsch nach bezahlter Arbeit.

An der psychologischen Diagnostik konnten bereits 656 Projektinteressierte teilnehmen. Nahezu jede/r erfüllte die Kriterien mdst. einer psychischen Erkrankung. Davon waren 64.5% ohne Behandlung. Die Wartelisten für das Projekt erstrecken sich seit Beginn auf durchschnittlich ein bis zwei Monate, wobei bereits 1282 Haltekontakte durchgeführt wurden. Detailliertere Informationen sind der Abb. 2 zu entnehmen.

Erste Ergebnisse aus der Begleitevaluation (Stand: 09/2023; N = 337) [1]:				
Geschlecht	weiblich	55%	männlich	45%
Familienstand	ledig	81,9%	**Alleinerziehende Frauen**	24,1%
Wohnsituation	eigenständig	80,1%	**Schulden**	52,1%
Schulabschluss	ohne	11,2%	**Ohne Ausbildung**	46,3%
Erwerbslosigkeit zuletzt	im Mittel	>5 Jahre	**Noch nie >15h/Wo. gearbeitet**	26,7%
Häufigste Diagnosen	Affektive Störungen	44%	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	31%
Behandlung	noch nie	45,2%	davon nach 18 Mon. (n=23)	22,2%
Gesundheit	GAF	49,2 (Mittel)	EQ-VAS	42,6
Wunsch nach einer bezahlten Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt: ca. 80%				
Lotsung in weiterführende Hilfen in Leipziger Versorgungsangebote (Stand: 09/2023; N= 656) [2]:				
Ambulante Psychotherapie (471), **Fachärztliche Versorgung** (193), **(teil)stationäre psychiatrische Versorgung** (85), **PIA-Empfehlungen** (143), **Psychosoziale Gemeindezentren** (146), **Familienberatung** (38), **Selbsthilfegruppen** (122) **u.a.**				

[1]ISAP, Begleitevaluation des Modellprojekts LIPSY; [2]Park-Klinikum Leipzig, Modellprojekt LIPSY, Begleitdokumentation

Abb. 2: Erste Ergebnisse der Begleitevaluation

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass psychisch erkrankte Langzeitarbeitslose durch LIPSY erreicht werden. Bislang unentdeckte Behandlungsbedarfe werden aufgezeigt. Psychologische Angebote den LIPSY-Projektes (im Jobcenter) werden hochfrequentiert wahrgenommen. Trotz hoher Symptombelastung gab ein erheblicher Teil einen Arbeitswunsch an, was den Stellenwert von Arbeit für psychisch Erkrankte verdeutlicht. Zu diskutieren sind in diesem Zusammenhang Aspekte von sozialer Erwünschtheit im Antwortverhalten. Besonders hervorzuheben im Kontrast zur Regelversorgung und -vermittlung sind die Niedrigschwelligkeit sowie die Zusammenarbeit verschiedener Akteure im Projekt.

Take-Home-Message

Langzeitarbeitslose, die am Projekt teilnehmen, haben häufig eine bislang unerkannte psychische Erkrankung mit umfassenden Unterstützungsbedarfen.

Literatur

Gühne, U., Stein, J., Schwarzbach, M. & Riedel-Heller, S. G. (2017): Der Stellenwert von Arbeit und beruflicher Beschäftigung in der Behandlung psychisch kranker Menschen [Importance of Work and Employment in the Treatment of People with Mental Illness]. Psychother Psychosom Med Psychol, 67(11), 457-464. https://doi.org/10.1055/s-0043-104855.

Hussenoeder, F. S., Koschig, M., Conrad, I., Gühne, U., Pabst, A., Kühne, S.-E., Alberti, M., Stengler, K. & Riedel-Heller, S. G. (2021): Leipzig - Individual Placement and Support for people with mental illnesses (LIPSY): Study protocol of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry, 21(1), 410. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03416-7.

Riedel-Heller, S. G., Gühne, U. (2015): Teilhabe psychisch Kranker am Arbeitsleben-Forschungs-und Handlungsbedarf? Psychother Psych Med, 65, 383-386.

Stengler, K., Bechdolf, A., Becker, T., Döring, A., Höhl, W., Jäckel, D., Kilian, H., Theißing, A., Torhorst, A., Wirtz, G., Zeidler, R., Riedel-Heller, S. (2021): Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland, Positionspapier einer Task-Force der DGPPN., 92, pages955–962 https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-020-01038-0.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Varianten von Arbeitserprobungen und ihre Eignung für verschiedene Zielgruppen – Konzeption und Anwendungserfahrungen im Modellprojekt LAUT

Stefan Zapfel; Thomas Roßnagel

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hintergrund und Zielstellung

Arbeitserprobungen tragen dazu bei, den (Wieder-)Eingliederungsprozess in der beruflichen Rehabilitation besser zu planen, Beschäftigungsverhältnisse anzubahnen und/oder die Rehabilitand*innen auf die Berufsausübung vorzubereiten. Im (rehapro-)Modellprojekt „Leben, Arbeiten und Teilhaben in einer inklusiven Gesellschaft“ (LAUT) kommen sie in der (Wieder-)Eingliederung von Jobcenter-Kund*innen mit dauerhaften, insbesondere psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen in drei Varianten zum Einsatz. Die erste hat eine vorwiegend tagesstrukturierende Funktion und findet in Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) statt. In der zweiten Form gilt es, praxisnah die Eignung der Rehabilitand*innen für ein bestimmtes Betätigungsfeld zu ermitteln, ihre Selbsteinschätzung zu verbessern bzw. festzustellen, welche Fähigkeiten für ein interessierendes Tätigkeitsgebiet noch entwickelt werden müssen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2021). Dies geschieht in LAUT ebenfalls in WfbM. Die dritte Variante wird in Betrieben des ersten Arbeitsmarktes durchgeführt. Sie hilft dabei, den Teilnehmenden einen besseren Eindruck vom Zielberuf zu geben, Fähigkeiten unmittelbar am allgemeinen Arbeitsmarkt zu testen und ggf. bestehende Arbeitgebervorbehalte abzubauen (Weissinger et al., 2015). Welche Funktionen diese drei Formen von Arbeitserprobungen in LAUT im Einzelnen erfüllen und für welche Zielgruppen sie sich am besten eignen, ist Gegenstand dieses Beitrags.

Methoden

In LAUT wurde ein Teil der Arbeitserprobungen teilnehmend beobachtet (n=22). Im Anschluss fanden Kurzinterviews (n=46) mit den Teilnehmenden und dem Betreuungspersonal statt. Die Arbeitserprobungen wurden zudem in sechs Fokusgruppendiskussionen mit Vertreter*innen von Jobcentern, einem Inklusionsdienst und WfbM sowie in Leitfadeninterviews mit Maßnahmenteilnehmer*innen (n=70) und Einrichtungspersonal (n=32) thematisiert.

Von den qualitativen Interviews und Fokusgruppendiskussionen wurden Transkripte erstellt, die mit der Software MaxQDA einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen wurden (Kuckartz, 2018). Die teilnehmenden Beobachtungen, für die Beobachtungsbögen genutzt

wurden, ermöglichten es, ergänzende (etwa interaktive) Teilaspekte zu registrieren, die über Befragungen alleine kaum zu ermitteln gewesen wären.

Ergebnisse

Die verschiedenen Varianten von Arbeitserprobungen eignen sich für verschiedene Zielgruppen und Aufgaben in unterschiedlichem Maße. In tagesstrukturierendem Zuschnitt haben sie das Ziel, Rehabilitand*innen allmählich wieder an den Berufsalltag zu gewöhnen, ihnen basale Kompetenzen wie Pünktlichkeit oder Zuverlässigkeit zu vermitteln und sie dabei zu unterstützen, Selbstvertrauen für das Berufsleben zu sammeln. Dabei werden die Teilnehmenden intensiv von sozial- bzw. arbeitspädagogischem Personal betreut. Diese Form eignet sich besonders für Personen, die über lange Zeit nicht mehr am Arbeitsleben teilgenommen haben, wenig berufliches Selbstvertrauen besitzen und sich durch eine große Distanz zum allgemeinen Arbeitsmarkt auszeichnen.

Die zweite Form der Arbeitserprobung in WfbM, die einen stärkeren Testcharakter aufweist, setzt eine größere Arbeitsmarktnähe und klarere Berufsvorstellungen voraus. Sie dient dazu festzustellen, ob ein interessierender Tätigkeitsbereich für die Teilnehmer*innen tatsächlich in Frage kommt und welche Fähigkeiten hierfür ggf. noch entwickelt werden müssen. Sie trägt auch zu einer verbesserten beruflichen Selbsteinschätzung der Klient*innen und der Entwicklung von erwerbsbezogenem Selbstvertrauen bei. Sie hilft, Kompetenzen, die im Berufsleben benötigt werden, weiterzuentwickeln und das Leistungsvermögen schrittweise zu erhöhen. Bei dieser Erprobungsform werden die Teilnehmer*innen ebenfalls entsprechend ihres Unterstützungsbedarfs arbeits- bzw. sozialpädagogisch begleitet.

In Fällen, in denen die Rehabilitand*innen weniger auf eine regelmäßige und intensive Begleitung angewiesen sind oder sie (z.B. aus Stigmatisierungssorgen) eine Erprobung in einer WfbM ablehnen, empfiehlt sich eine Arbeitserprobung am ersten Arbeitsmarkt. Diese Variante ist besonders für Kandidat*innen geeignet, die eine geringere Distanz zum allgemeinen Arbeitsmarkt aufweisen, einen Arbeitsbereich nahe den üblichen Realbedingungen kennenlernen möchten bzw. bei denen es darum geht, den Zugang zu Beschäftigung zu erleichtern, etwa indem etwaige Arbeitgebervorbehalte abgebaut werden.

Diskussion und Fazit

Alle drei Arbeitserprobungsvarianten tragen dazu bei, den beruflichen (Wieder-) Eingliederungsprozess zu planen und Beschäftigungschancen zu verbessern. Je nach Distanz zum allgemeinen Arbeitsmarkt sind sie für die Zielgruppen jedoch in unterschiedlichem Maße geeignet. Möglich ist es, ggf. verschiedene Erprobungsformen miteinander zu kombinieren bzw. diese aufeinanderfolgend durchzuführen, um damit der Einwicklung der Rehabilitand*innen im (Wieder-)Eingliederungsprozess Rechnung zu tragen.

Take-Home-Message

Unterschiedliche Varianten der Arbeitserprobung sind für verschiedene Zielgruppen abhängig von ihrer jeweiligen Arbeitsmarktdistanz unterschiedlich geeignet, letztlich nach Einzelfallkonstellation zu bewerten und bei Bedarf miteinander kombinierbar.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2021): Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: DRV Bund.

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

Weissinger, V., Schneider, R. (2015): Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben – Erfordernisse für ein organisationsübergreifendes Schnittstellenmanagement. In: Weber, A., Peschkes, L., Boer, W. (Hrsg.): Return to Work – Arbeit für alle. Stuttgart: Gentner Verlag. 622-656.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Zwischen Exklusion, beruflicher Rehabilitation und sozialer Teilhabe – Perspektiven nachhaltiger Förderung langzeitarbeitsloser Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen

Sebastian Ixmeier

Universität Duisburg-Essen

Hintergrund und Zielstellung

Die Teilhabeförderung beeinträchtigter Menschen stellt ein wichtiges sozialpolitisches Interventionsfeld dar. Einerseits steht dies im Einklang mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie im Kontext der „Agenda 2030“ (BMAS, 2019). Andererseits bildet diese Gruppe ein bedeutendes Arbeitskräftereservoir (BA, 2023). Langzeitarbeitslose Personen mit Beeinträchtigungen (LPBs‘) sind ganz besonders von sozialer Ausgrenzung betroffen. Denn dieser Status stellt eine doppelte Hürde bei der Wiederaufnahme einer bedarfsdeckenden Tätigkeit dar (Beste, Trappmann, 2016). Hinzukommt, dass zwischen Langzeitarbeitslosigkeit und gesundheitlicher Einschränkung ein Zusammenhang besteht (Kaps et al., 2019). Bemühungen zur Durchbrechung dieser Abwärtsspirale und dem Abbau von Langzeitarbeitslosigkeit greifen oftmals ins Leere (BMAS, 2021). Um die Förderinstrumente zur beruflichen Rehabilitation von LPBs‘ weiterzuentwickeln, hat der Gesetzgeber mit dem Bundesprogramm rehapro einen Rahmen zur Erprobung innovativer Ansätze im Bereich der Grundsicherung sowie der gesetzlichen Rentenversicherung geschaffen. Das rehapro-Modellprojekt Essen.Pro.Teilhabe (EPT) läuft seit dem Jahr 2020. Ziel ist die Verbesserung der Fördersituation für LPBs‘. Innovative Elemente in EPT sind insbesondere die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Träger sowie der langfristige und ganzheitliche Betreuungsansatz in einem adaptiven, sanktionsfreien Setting. Das Projekt wird durch die Universität Duisburg-Essen wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Der Beitrag erörtert die Gelingensbedingungen der innovativen Förderstrategie und verweist auf konkretes Verstetigungspotential.

Methoden

Die methodische Basis ist ein Mixed-Methods-Untersuchungsdesign. Die hier vorzustellenden Analyseergebnisse basieren auf EPT-Teilnehmendenbefragungen zu Beginn ihrer Projektteilnahme (n=116) und nach mindestens 9 Monaten Projektlaufzeit (n=54). Die Daten wurden zwischen August 2020 und November 2022 erhoben und mit statistischen Methoden

ausgewertet. Die Befunde wurden durch die Analyse von Projektverlaufsdaten (n=200) sowie einer inhaltsanalytischen Auswertung von Interviews (n=42) mit Projektakteur*innen sowie von Beobachtungsprotokollen (n=44) ergänzt.

Ergebnisse

Im Erhebungszeitraum sind 200 Teilnehmende (19 bis 62 Jahre) in das Projekt eingemündet. Multimorbidität stellt eine große Herausforderung dar: 76,6% haben mehr als drei Krankheitsbilder vorzuweisen. Diese liegen zu 93,2% im körperlichen, zu 79,8% im psychischen und zu 74% in beiden Bereichen verortet. Entsprechend liegt in der Verbesserung des eigenen Gesundheitszustands für 80% der Teilnehmenden auch ein zentrales Teilhabeziel. Daneben stellen die berufliche Orientierung und die Arbeit an übergeordneten Kompetenzen (insb. Selbstbewusstsein) für jeweils über die Hälfte der Befragten individuelle Teilhabeziele dar. Im Rahmen des Förderprozesses gilt es daher zunächst, gesundheitliche Teilhabehürden abzubauen und individuelle Barrieren zu überwinden, bevor die berufliche Teilhabesituation wieder in den Fokus rücken kann. In diesem Kontext kommen den innovativen Projektbestandteilen (s.o.) zentrale Bedeutung zu. Allerdings erfordert eine erfolgreiche Teilnahme eine gewisse Maßnahmefähigkeit (u.a. Gesundheitszustand) und bestimmte Verhaltensbezogene Attribute (Akzeptanz der Förderstrategie/ Grundmotivation zur aktiven Teilnahme). Vor diesem Hintergrund haben von den bislang 127 ausgeschiedenen Teilnehmenden rund 50% (n=64) vorzeitig abgebrochen. Bei den anderen Teilnehmenden (n=63) lassen sich Verbesserungen der individuellen Teilhabesituation verzeichnen. So sind etwa zwei Drittel (n=42) in den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt bzw. in Weiterbildungsmaßnahmen eingemündet. Dies gelang signifikant häufiger bei jüngeren oder arbeitsfähigeren Menschen. Allerdings brachen diese Gruppen das Projekt auch häufiger ab. Bei allen Teilnehmenden ist die Lebenszufriedenheit als auch die Arbeitsfähigkeit (WAI) im Projektverlauf signifikant gestiegen.

Diskussion und Fazit

Die in EPT zum Einsatz kommende Förderstrategie eröffnet LPBs‘ neue Teilhabeperspektiven. Gerade die Möglichkeit einer langfristigen und ganzheitlichen Betreuung durch Fachexpert*innen, in der zunächst auch gesundheitliche und soziale Barrieren Berücksichtigung finden können, verweisen auf Verstetigungspotential. Die Freiwilligkeit der Teilnahme setzt jedoch eine gute Selektionsstrategie voraus. Auch wenn vor diesem Hintergrund Exklusionsmechanismen entstehen, liefert EPT für die verbliebene Klientel neuartige Teilhabeperspektiven im Sinne einer sozial wie ökonomisch nachhaltigeren Rehabilitationslandschaft.

Take-Home-Message

Sofern die entsprechenden Teilnahmevoraussetzungen vorliegen, ermöglicht der längerfristige Einsatz einer ganzheitlichen Förderstrategie durch qualifiziertes Fachpersonal langzeitarbeitslosen Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen neuartige Teilhabeperspektiven.

Literatur

BA (Bundesagentur für Arbeit) (2023): Blickpunkt Arbeitsmarkt - Arbeitsmarktsituation schwerbehinderter Menschen 2022, Nürnberg.

Beste, J., Trappmann, M. (2016): Erwerbsbedingte Abgänge aus der Grundsicherung: Der Abbau von Hemmnissen macht's möglich. IAB-Kurzbericht Nr. 21/2016.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (Hrsg.) (2019): Nachhaltigkeitsbericht 2019 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Bonn.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Prognos AG im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Bonn.

Kaps, P., Oschmiansky, F., Ebach, M., Popp, S., Berthold, J. (2019): „Was benötigen und wie gelingen Wiedereinstiege von exkludierten Personen in soziale und arbeitsmarktliche Zusammenhänge?“: Abschlussbericht. Berlin.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Akzeptanz der dualen Rehabilitation und Zugangswege aus Perspektive der Rehabilitand*innen – Ergebnisse qualitativer Interviews

Natascha Fahmer[1]; Sophia Fiedler[1]; Klaus Herrmann[2]; Sabine Jendrosch[3]; Volker Köllner[4]; Jördis Kroll[5]; Christoph Reichel[6]; Gerhard Sütfels[7]; Karin Meng[1]

[1] Universitätsklinikum Würzburg; [2] Reha-Zentrum Bad Kissingen; [3] Reha-Zentrum Borkum; [4] Reha-Zentrum Seehof; [5] Reha-Zentrum Bad Frankenhausen; [6] Reha-Zentrum Bad Brückenau; [7] Reha-Zentrum Todtmoos, Klinik Wehrawald

Hintergrund und Zielstellung

Für die Rehabilitation multimorbider Patient*innen mit körperlichen und psychischen Erkrankungen bestehen unterschiedliche Rehabilitationsansätze. Von einer psychologischen Mitbetreuung während einer somatischen Rehabilitation oder einer verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation ist die duale Rehabilitation zu unterscheiden, welche die psychische und somatische Indikation gleichwertig berücksichtigt. Diese integrierte Versorgung von Rehabilitand*innen mit zwei Reha-bedürftigen Erkrankungen findet an Rehabilitationseinrichtungen mit zwei Fachabteilungen (somatische Indikation und Psychosomatik) statt und befindet sich aktuell in einer Modellphase. Gemäß dem dafür entwickelten Rahmenkonzept der Deutsche Rentenversicherung Bund (2020) kennzeichnet sich die duale Rehabilitation unter anderem durch einen doppelten Facharztstandard, abteilungsübergreifende Aufnahmen, Fallbesprechungen und Visiten, psychotherapeutische Einzelgespräche und Bezugsgruppen sowie eine Bewilligungsdauer von 5 Wochen.

Als Teil des multi-methodalen Projektes „Formative Evaluation einer dualen Rehabilitation in verschiedenen Indikationsbereichen“ wurde der duale Rehabilitationsansatz aus der Teilnehmendenperspektive exploriert. Folgende Fragestellungen wurden untersucht:

Wie ist die Akzeptanz hinsichtlich der dualen Rehabilitationsbehandlung?

Wie wird der Zugang zur dualen Rehabilitation wahrgenommen?

Methoden

Es wurden teilstrukturierte, leitfadengestützte Interviews mit Rehabilitand*innen unterschiedlicher Indikationsbereiche (Psycho-Gastroenterologie, Psycho-Dermatologie, Psycho-Orthopädie, Psycho-Diabetologie, Psycho-Kardiologie, Psycho-Pneumologie) in sechs Rehabilitationskliniken am Ende ihres Aufenthaltes geführt.

Unter Akzeptanz wurde die subjektive Zufriedenheit mit allen Bestandteilen und Akteuren der dualen Rehabilitation definiert, welche anhand von berichteten Beurteilungen und Wissen über das Versorgungangebot sowie konkreten Erfahrungen mit der dualen Rehabilitation erfasst wurde (Petermann, 2014). Der Interviewleitfaden umfasste Leitfragen zu: Zugangs-/Informationswege, Erwartungen der Rehabilitand*innen an die duale Rehabilitation, Erfahrungen mit Therapiebestandteilen (u.a. abteilungsübergreifende Aufnahmen, Visiten,

Zusammenarbeit), Gesamtbewertung des Angebots. Ebenso erfragt wurden Verbesserungsvorschläge oder Unterstützungsbedürfnisse, die gegebenenfalls der Akzeptanz entgegenstehen.

Die Interviews wurden mittels Videoplattform durchgeführt, aufgezeichnet und transkribiert (Dauer: 18-56 Minuten). Die Datenanalyse erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) mit Atlas.ti.

Die Stichprobe umfasste 36 Rehabilitandinnen (je 5-7 pro Indikationsbereich), davon 21 Frauen. Das Durchschnittsalter war 53.9 Jahre (SD=10.4). 2 Teilnehmende hatten einen Volks-/Hauptschulabschluss, 12 die Mittlere Reife/Polytechnische Oberschule, 21 (Fach-)Abitur. 21 befanden sich in einer Partnerschaft. Die Erkrankungsdauer betrug bei zwei Drittel mehr als 5 Jahre.

Ergebnisse

Ein Kategoriensystem mit drei Ebenen wurde definiert. Oberkategorien (Akzeptanz, Zugang) wurden deduktiv nach den Fragestellungen festgelegt, die Kategorien induktiv aus den Kodierungen im Textmaterial abgeleitet. Aus den 419 Kodierungen ergaben sich durch schrittweise Zusammenfassung 102 Subkategorien und 27 Hauptkategorien.

Hinsichtlich der Akzeptanz wurden unter anderem folgende Aspekte berichtet: förderliche Erwartungen im Vorfeld der dualen Rehabilitation (z.B. Besserung beider Problembereiche, offene Erwartungshaltung); abschließend positive Gesamtbeurteilung; förderliche und hinderliche Erfahrungen bzw. Wünsche hinsichtlich der abteilungsübergreifenden Aufnahme (z.B. wahrgenommener/fehlender Bezug zwischen ärztlicher und psychotherapeutischer Aufnahme), Visite (z.B. Gelegenheit zum Austausch mit beiden Fachbereichen, mangelnde Interdisziplinarität) und Zusammenarbeit, (z.B. wahrgenommene/mangelnde Abstimmung der Fachbereiche), psychotherapeutischen Einzelgespräche, Bezugsgruppe (z.B. hilfreicher Austausch mit Rückmeldungen/Impulsen, hinderliche strukturelle Aspekte), Therapie- /Nachsorgeplanung und des dualen Behandlungskonzepts (z.B. mangelnde Individualisierung, hilfreich erlebte Multimodalität, Behandlung beider Erkrankungen aufgrund psychosomatischer Wechselwirkung). Weitere förderliche Erfahrungen betrafen den hilfreichen Kontakt zu Mitpatienten, das Therapeutenverhalten (z.B. patientenorientierte, empathische Gesprächsführung) sowie angebotene Beratung/Wissensvermittlung (z.B. Beratung/Schulungen fördern Krankheitsverständnis/-bewältigung).

Die Rehabilitand*innen berichteten unterschiedliche Zugangs- und Informationswege zur dualen Rehabilitation: Antragsstellung aufgrund einer oder beider Indikationen (z.B. Antrag auf psychosomatische Rehabilitation auf Anraten des niedergelassenen Behandlers); variierende Zuweiser (z.B. DRV, Rehaklinik) sowie Informationskanäle/Informiertheit im Vorfeld (z.B. Erstinformation über duale Rehabilitation durch niedergelassene Ärzte oder über Bescheid, Eigenrecherche, mangelnde Vorinformation).

Diskussion und Fazit

Die explorative Studie liefert Ergebnisse zu förderlichen und hinderlichen Aspekten der Akzeptanz einer dualen Rehabilitation bei Rehabilitand*innen mit körperlicher und psychischer Rehabilitationsindikation. Insbesondere passende Erwartungshaltungen, positive Beurteilungen und förderliche Erfahrungen mit den übergreifenden und multimodalen

Therapiebestandteilen sowie hilfreiche Kontakte mit Mitpatient*innen und Therapeut*innen unterstützen die subjektive Zufriedenheit mit dem fachübergreifenden Behandlungsansatz. Hinderliche Erfahrungen und Wünsche liefern Hinweise darauf, welchen Hürden, u. a. durch eine stärkere Interdisziplinarität und vernetzte Zusammenarbeit der Fachbereiche, begegnet werden kann.

Zudem zeigen sich unterschiedliche Zugangswege und Kenntnisse zum dualen Rehabilitationsangebot. Dabei kann der Zeitpunkt von Erstinformation und finaler Zuweisung deutlich variieren (z.B. Eigenrecherche/gezielter Antrag auf duale Rehabilitation vs. Information/Angebot einer dualen Behandlung bei Aufnahme in der Klinik). Durch ausreichend Information und Wissen über das Versorgungsangebot bei niedergelassenen Behandelnden und Patient*innen kann die Akzeptanz und Patientenbeteiligung weiter unterstützt werden.

Take-Home-Message

Positive Erfahrungen und Beurteilungen lassen auf eine hohe Akzeptanz der dualen Rehabilitation schließen und überwiegen wahrgenommenen Hürden und Verbesserungswünsche.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2020): Duale Rehabilitation. Rahmenkonzept für die Modellphase. Berlin: Hrsg.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (12. Aufl.): Weinheim: Beltz.

Petermann, F. (2014): Implementationsforschung: Grundbegriffe und Konzepte. Psychologische Rundschau, 65. 122-128.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Kurzantrag Rehabilitation (KUR) – Sicherstellung eines niedrigschwelligen Reha-Zugangs und ICF-orientierte Inhalte

Silke Jankowiak[1]; Rainer Kaluscha[1]; Heike Lauer[2]

[1] Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm;
[2] Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Hintergrund und Zielstellung

Patienten/Patientinnen mit chronischen Erkrankungen erhalten Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen über den Rehabilitationsantrag. Seit langer Zeit besteht jedoch der Vorwurf, dass das Antragsverfahren zu aufwendig, bürokratisch und kompliziert sei. Da die Antragsformulare zudem wenig Raum für die Darstellung individueller Problemlagen bieten und die Vorstellungen sowie die Erwartungen niedergelassener Ärzte/Ärztinnen bezüglich der Rehabilitationsmaßnahme zu wenig einbezogen werden, stehen diese dem Antragsverfahren sowie der Rehabilitationsmaßnahme teilweise kritisch gegenüber (Deck et al., 2012; Schubert

et al., 2012). Folgen sind eine Nichtinanspruchnahme oder eine verspätete Einleitung der Rehabilitationsmaßnahme aufgrund ausbleibender oder verzögerter Antragstellung.

Daher soll im Rahmen dieses rehapro-Modellprojekts unter Federführung der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV BW) ein Kurzantrag Rehabilitation (KUR) entwickelt, erprobt und evaluiert werden. Dabei soll ein vereinfachtes und verschlanktes Antragsformular einen niedrigschwelligen Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen über die Hausarztpraxis gewährleisten. Zudem soll der ärztliche Befundbericht stärker auf die individuellen Bedarfe (funktionelle Beeinträchtigungen, Rehabilitationsziele) ausgerichtet werden. Die Rehabilitationsmaßnahme kann so bedarfsgerechter durchgeführt und passgenauer in den Behandlungsprozess („Reha-Kette“) eingebettet werden.

Methoden

Voraussetzung für die Entwicklung eines Kurzantrags inkl. Befundbericht sind Kenntnisse über den Ist-Zustand sowie über die Veränderungsbedarfe. Daher wurden Interviews mit jeweils fünf Hausärzten/Hausärztinnen und medizinischen Fachangestellten, drei Rehabilitationsmedizinern sowie jeweils einem Mitarbeitenden der Sachbearbeitung und des sozialmedizinischen Dienstes der DRV BW durchgeführt. Im Fokus der qualitativen Datenerhebung standen die jeweiligen Einschätzungen und Erfahrungen mit den bisherigen Strukturen und Prozessen des Standardantragverfahrens sowie die Anpassungsbedarfe.

Ergebnisse

Im Gespräch mit der Sachbearbeitung wurden verzichtbare Inhalte identifiziert. So sind Merkmale, die der DRV bereits routinemäßig vorliegen (z.B. Beiträge, EM-/BU-Rentenbezug), in den Formularen überflüssig. Zudem gibt es Merkmale, die nur in Fällen bewilligter Rehabilitationsanträge erforderlich sind und damit im späteren Verlauf erhoben werden können.

Die Rehabilitationsmediziner stellten heraus, dass eine detaillierte und an der ICF orientierte Beschreibung des Patienten-/Patientinnenzustands erfolgen sollte. Hierdurch können bereits vor Anreise nicht nur die therapeutischen Schwerpunkte für den Rehabilitationsaufenthalt besser geplant, sondern auch besondere Bedürfnisse, wie bspw. ein MBOR- bzw. VMOR-Bedarf, besser identifiziert werden.

Im Rahmen der Interviews mit den Hausärzten/Hausärztinnen und dem sozialmedizinischen Dienst bestätigte sich, dass für die Beschreibung der individuellen Funktionseinschränkungen im Befundbericht bisher zu wenig Raum vorhanden ist. Hausärzte/Hausärztinnen beurteilten zudem die standardisierte Erfassung der Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe anhand vorgegebener Kategorien und Ausprägungen negativ, da diese keinen Spielraum zur Darstellung der individuellen Einschränkungen lässt. Demgegenüber sei die ausführliche Anamnese nicht hilfreich und mit erheblichem Aufwand verbunden.

Angaben zu gewünschten therapeutischen Schwerpunkten durch Hausärzte/Hausärztinnen werden sowohl von Rehabilitationsmedizinern als auch von Hausärzten/Hausärztinnen selbst für nicht sinnvoll erachtet. Die Expertise hinsichtlich der bedarfsgerechten Gestaltung der Rehabilitation und der Auswahl der therapeutischen Inhalte läge bei der Rehabilitationsklinik. In diesem Zusammenhang sind Informationen zu den bisherigen Behandlungen und der jeweiligen Wirksamkeit für den Rehabilitationsmediziner unabdingbar.

Diskussion und Fazit

Die Interviewergebnisse dienten im Rahmen einer Fokusgruppe der Ausgestaltung des Kurzantrags inkl. Befundberichts. An dieser nahmen Hausärzten/Hausärztinnen, Rehabilitationsmediziner sowie die Sachbearbeitung und der sozialmedizinische Dienst der DRV teil.

Das Antragsformular beinhaltet nun ausschließlich Merkmale, die zur Prüfung der sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen erforderlich sind, wobei auf redundante Informationen sowie Merkmale, die nur im Falle einer Bewilligung zu erheben sind, verzichtet wird. Ärztlicher Befundbericht und Selbsteinschätzungsbogen erlauben eine ICF-basierte medizinische Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs sowie die Prüfung der Rehabilitationsfähigkeit und -prognose. So werden im Befundbericht die relevanten Funktionseinschränkungen aus hausärztlicher Sicht und im Selbsteinschätzungsbogen die Beschwerden sowie die daraus resultierenden Beeinträchtigungen aus Patienten-/Patientinnensicht erhoben. Ebenso werden Einschränkungen in den Bereichen Aktivitäten und Teilhabe sowie Kontextfaktoren aus den jeweiligen Perspektiven erfasst. So machen Hausärzte/Hausärztinnen Angaben zu Risikofaktoren und Patienten/Patientinnen äußern sich zu besonderen Lebensumständen und ggf. vorhandenen Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe. Letztlich werden dadurch die Rehabilitationsprognose und -ziele sowie Erwartungen aus beiden Perspektiven erhoben.

Im weiteren Projektverlauf werden die neu entwickelten KUR-Formulare erprobt und aus Sicht aller am Antragsprozess beteiligten Professionen evaluiert.

Take-Home-Message

Mit Hilfe der Einbindung aller an der Antragstellung beteiligten Professionen konnte ein deutlich verkürzter Rehabilitationsantrag inklusive Befundbericht, der eine Zeitersparnis darstellt sowie eine ICF-basierte Einschätzung des Patienten-/Patientinnenzustands erlaubt, entwickelt werden.

Literatur

Deck, R., Scherer, M., Träder, J.-M., Pohontsch, N. (2012): Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung. Projekt-Nr. 146, Lübeck. Institut für Sozialmedizin.

Schubert, M., Fiala, K., Grundke, S., Parthier, K., Behrens, J., Klement, A., Mau, W. (2012): Der Zugang zu medizinischer Rehabilitation aus Perspektive niedergelassener Ärzte – Probleme und Optimierungsmöglichkeiten. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 22(05): 264-270.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Machbarkeit einer flächendeckenden Implementation des Ü45-Checks aus Sicht der Rentenversicherungsträger und der Untersuchungsstellen

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

Pädagogische Hochschule Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

Nach § 14 Abs. 3 SGB VI haben die Rentenversicherungsträger (RV-Träger) seit 2017 darauf hinzuwirken, dass eine freiwillige, individuelle, berufsbezogene Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab 45 Jahren (Ü45-Check) in Modellprojekten trägerübergreifend erprobt wird. Bundesweit gibt es acht Modellprojekte, von denen sieben den Ü45-Check mittels dezidierter Untersuchungsstellen durchführen (z. B. Rehabilitationszentren). Die Anzahl der Untersuchungsstellen pro Modellprojekt variiert zwischen einer und vier (insgesamt: n=16). In der Erprobungsphase unterscheidet sich der Ü45-Check zwischen den Modellprojekten u.a. im Untersuchungsumfang, der Dauer (60 bis 300 Minuten) und der Vergütung (75 bis 275 Euro). Die Gesamtevaluation widmet sich u. a. der Einschätzung der Machbarkeit der flächendeckenden Implementierung des Ü45-Checks aus Perspektive der RV-Träger und der Untersuchungsstellen.

Methoden

Das Vorgehen umfasste leitfadengestützte Einzelinterviews per Zoom bzw. Telefon mit verantwortlichen Mitarbeitenden der RV-Träger und der Untersuchungsstellen. Die zielgruppenspezifischen Interviewleitfäden adressierten die Haltung zum grundlegenden Konzept des Ü45-Checks, zu Abläufen in den RV-Trägern bzw. Untersuchungsstellen sowie eine Machbarkeitseinschätzung zur Überführung des Ü45-Checks in die Routineversorgung unter Berücksichtigung erforderlicher Ressourcen. Zur Erhebung von Daten zu den Modellprojekten, den Untersuchungsstellen und der Soziodemographie der Befragten dienten standardisierte Kurzfragebögen. Die Dokumentation von Rahmenbedingungen und Besonderheiten der einzelnen Interviews erfolgte in Protokollbögen. Die Transkription und die Auswertung fanden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2022) mit MAXQDA, f4x und f4transcript statt. Für die deskriptive Auswertung der soziodemographischen Angaben diente IBM SPSS Statistics® Version 28.

Ergebnisse

Zur Analyse liegen neun Interviews mit sieben RV-Trägern vor, die Aussagen zu allen Modellprojekten beinhalten. Zudem bestehen 18 Interviews mit Mitarbeitenden aus dezidierten Untersuchungsstellen von fünf Modellprojekten. Die Befragten beider Zielgruppen gehören therapeutischen, medizinischen, juristischen oder verwaltungstechnischen Berufen an.

Die RV-Träger schätzen die Idee des Ü45-Checks positiv ein. Schwierigkeiten sehen sie in dem hohen Organisationsaufwand, der u. a. durch das Einladungsverfahren zum Ü45-Check entsteht. Weiter nennen die RV-Träger die begrenzte Verfügbarkeit geeigneter und gut erreichbarer Untersuchungsstellen sowie deren mangelnde Personalressourcen als Erschwernis. Die realisierten Teilnahmequoten (zwischen 4 bis 20 % der eingeladenen

Versicherten) nehmen sie überwiegend als gering wahr und führen dies u.a. auf die geringe Bekanntheit des Leistungsangebots der DRV zurück. Die Kosten des Ü45-Checks selbst sind nur vereinzelt Thema. Deswegen schätzen die RV-Träger die flächendeckende Implementierung des Ü45-Checks, in der in ihren Modellprojekten praktizierten Form, sehr zurückhaltend ein. Als Verbesserungsmöglichkeiten schlagen sie u. a. vor, den Ü45-Check primär als Online-Fragebogen anzubieten, hausärztliche Praxen einzubeziehen, mit den Krankenkassen zu kooperieren und die Check-Einladungen der Renteninformation beizulegen.

Die Untersuchungsstellen stehen dem Ü45-Check grundsätzlich positiv gegenüber. Als herausfordernd beschreiben sie ebenfalls den organisatorischen Aufwand (z. B. papierbasierte Dokumentation und Übermittlung von Untersuchungsunterlagen an den RV-Träger), die niedrigen Teilnahmequoten und die mangelnde Bekanntheit des Angebots. Teilweise berichten die Untersuchungsstellen von Personal- und Zeitmangel und über Herausforderungen während des Ü45-Checks (z. B. Ausfüllprobleme der Versicherten bei Fragebögen) und mangelnden Schnittstellen zur Befundübermittlung in das reguläre Versorgungssystem (z. B. hausärztliche Praxen). Die Untersuchungen selbst werden als geeignet erachtet, um Bedarf an präventiven oder rehabilitativen Leistungen zu erkennen. Sie berichten zudem, dass die teilnehmenden Versicherten den Ü45-Check als positiv empfinden. Die Untersuchungsstellen befürworten ein flächendeckendes Angebot, würden dafür aber mehr Ressourcen benötigen und regen an, Dokumentations- und Übermittlungsprozesse zu digitalisieren, Schnittstellen zu niedergelassenen Arztpraxen zu schaffen sowie den Zugang zu Anschlussmaßnahmen sicherzustellen. Ferner schlagen Sie vor, den Untersuchungsumfang zu erweitern.

Diskussion und Fazit

Die Mitarbeitenden der Rentenversicherungsträger und der Untersuchungsstellen würden eine flächendeckende Implementation des Ü45-Checks in der Form, wie sie sie ihn aus den Modelprojekten kennen, zwar begrüßen, stufen diesen jedoch aufgrund des hohen personellen, zeitlichen und organisatorischen Aufwandes als eher nicht realisierbar ein. Zur Implementierung benötige es höhere zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen sowie die Etablierung von Standardverfahren. Weder die RV-Träger noch die dezidierten Untersuchungsstellen hinterfragen kritisch die Wirksamkeit des Ü45-Checks und adressieren nur vereinzelt weitere Aspekte, die bei der Entscheidung zur Einführung von bevölkerungsbezogenen Früherkennungsmaßnahmen in Betracht gezogen werden sollten (z. B. Überdiagnostik, Interessenskonflikte).

Take-Home-Message

Die RV-Träger und die Untersuchungsstellen schätzen die flächendeckende Implementierung des Ü45-Checks in der Form, wie er in den hier einbezogenen Modellprojekten umgesetzt wurde (d. h. mittels dezidierter Untersuchungsstellen), aufgrund des hohen Aufwands zurückhaltend ein.

Literatur

-

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Prävalenz des Bedarfs an Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung in der hausärztlichen Versorgung

Jennifer Marie Burchardi[1]; Susanne Rossek[1]; Christin Lissat[1]; Martin Brünger[1]; Maja A. Hofmann[2]; Karla Spyra[1]

[1] Charité - Universitätsmedizin Berlin; [2] Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Hintergrund und Zielstellung

Präventions- und Rehabilitationsbedarfe bei Personen im erwerbsfähigen Alter werden bislang oft zu spät erkannt. Etwa die Hälfte der Erwerbsminderungsrentenbeziehenden erhielt zuvor keine medizinische Rehabilitationsleistung (Mittag et al., 2014). Es bedarf daher einer frühzeitigeren Erkennung von Präventions- und Rehabilitationsbedarfen und einer Steigerung der Anträge auf Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Das Flexirentengesetz sieht daher vor, dass Rentenversicherungsträger „die Einführung einer freiwilligen, individuellen, berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge für Versicherte“ ab 45 Jahren erproben (§ 14 SGB VI). Hausärzt:innen werden von der Bevölkerung als zentrale Anlaufstelle für Prävention und Rehabilitation gesehen (Golla et al., 2023). Zugleich wurden Informationsdefizite bezüglich Präventionsleistungen („RV Fit“) und medizinischer Rehabilitation seitens Patient:innen und Hausärzt:innen festgestellt (Walther et al., 2018).

Daher wurde im Rahmen der sog. Ü45-Check-Modellprojekte eine Studie konzipiert mit dem Ziel, den Bedarf an Teilhabeleistungen in der hausärztlichen Versorgung mithilfe des sog. Ü45-Screenings strukturiert zu erfassen und bei vorliegendem Bedarf Informations- und Antragsunterlagen auszuhändigen (Burchardi et al., 2023). Dieser Beitrag stellt die Prävalenz von Präventions- und Rehabilitationsbedarfen in der hausärztlichen Versorgung vor.

Methoden

Es wurde eine randomisiert kontrollierte Studie in 26 Hausarztpraxen in Berlin und Brandenburg durchgeführt (DRKS00028303). Einschlusskriterien waren Alter 45-59 Jahre, Versicherung bei der DRV Berlin-Brandenburg oder DRV Bund sowie ein Wohnort in Berlin oder Brandenburg. Die Rekrutierung erfolgte am Empfang. Die Kontrollgruppe erhielt ausschließlich einen Fragebogen zu soziodemografischen und berufsbezogenen Merkmalen. Die Interventionsgruppe füllte im Wartezimmer zusätzlich das zweiseitige Ü45-Screening aus, welches in fünf Dimensionen Präventions- und Rehabilitationsbedarf erfasst. Anschließend wurde dieses durch das Praxispersonal ausgewertet (Rehabilitationsbedarf, Präventionsleistungsbedarf, kein Bedarf an DRV-Teilhabeleistungen). Die Praxis hatte die Möglichkeit, die Bedarfseinschätzung des Ü45-Screenings anzupassen. Daneben wurden soziodemografische und erwerbsbezogene Angaben sowie subjektive Gesundheit erhoben. Die Bedarfsprävalenzen werden deskriptiv für die gesamte Interventionsgruppe und stratifiziert für verschiedene Merkmale berichtet.

Ergebnisse

In die Analyse wurden 797 Hausarzt-Patient:innen eingeschlossen (61,1% Frauen, mittleres Alter 52,2 Jahre (SD 4,3)). Knapp ein Zehntel (9,2%) wies einen schlechten subjektiven Gesundheitszustand auf, ein weiteres Drittel einen mittelmäßigen (31,7%). 29,7% hatten

bereits eine Rehabilitation absolviert. Jeweils gut ein Viertel bewertete die subjektive Arbeitsfähigkeit (Work Ability Score) als moderat (28,4%) bzw. schlecht (27,1%).

Das Ü45-Screening ergab eine Prävalenz von 9,3% für Rehabilitationsbedarf, 27,6% für Präventionsbedarf und 63,1% für keinen Präventions- oder Rehabilitationsbedarf. In den meisten Fällen folgten die Hausarztpraxen dieser Bedarfseinschätzung (83,1%). Bei 15,3% der Patient:innen stuften die Praxen den Bedarf höher und bei 1,6% niedriger ein. Betrachtet man die abschließende hausärztliche Bewertung des Bedarfs, wiesen 18,3% der Patient:innen einen Rehabilitationsbedarf auf, 26,1% Präventionsbedarf und 55,6% keinen Bedarf an DRV-Teilhabeleistungen.

Die Subgruppenanalysen der Ü45-Screening-Bedarfseinschätzungen zeigten bei Frauen etwas höhere Rehabilitations- bzw. Präventionsbedarfe (10,7% bzw. 30,6%) im Vergleich zu Männern (7,1% bzw. 22,9%). 55-59-Jährige wiesen etwa doppelt so häufig einen Rehabilitationsbedarf auf (11,2%) als zehn Jahre jüngere Patient:innen (6,1%). Auch der Präventionsbedarf lag hier höher (29,1% vs. 22,9%). Personen mit niedrigem Bildungsabschluss zeigten häufiger Rehabilitations- und Präventionsbedarfe (17,6% bzw. 36,5%) als solche mit hohem Bildungsabschluss (6,4% bzw. 24,4%). Personen mit schlechter subjektiver Arbeitsfähigkeit wiesen erheblich häufiger höhere Rehabilitations- und Präventionsbedarfe (30,1% bzw. 49,5%) im Vergleich zu Personen mit guter subjektiver Arbeitsfähigkeit auf (0,6% bzw. 11,3%).

Diskussion und Fazit

Die Prävalenz von Präventions- und Rehabilitationsbedarfen in der hausärztlichen Versorgung gemäß Ü45-Screening liegt im Vergleich zur gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung höher. Für einzelne Subgruppen zeigten sich erhebliche Unterschiede in der Prävalenz. Zum Großteil folgten die Hausarztpraxen der Bedarfseinschätzung des Ü45-Screenings. Bei etwa einem Sechstel wurde der Bedarf höher eingeschätzt als im Screening. Bei der Interpretation der Bedarfsbewertung durch die Hausarztpraxen sollte bedacht werden, dass die Reha-Antragstellung in der Studie durch Verzicht auf den sonst erforderlichen ärztlichen Befundbericht erleichtert war, sodass potenziell ein Anreiz zur Feststellung von Rehabilitationsbedarf bestand.

Take-Home-Message

Die strukturierte Erfassung mithilfe des Ü45-Screenings könnte dazu beitragen, Präventions- und Rehabilitationsbedarf frühzeitig und niedrigschwellig festzustellen, Hausärzt:innen für DRV-Teilhabeleistungen zu sensibilisieren und die bedarfsgerechte Antragstellung zu steigern.

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.

Mittag, O., Reese, C., Meffert, C. (2014): (Keine) Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005-2009. WSI-Mitteilungen, 67(2): 149-155.

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

Prozessevaluation einer innovativen Teilhabestrategie für Menschen mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung zur Verbesserung der Rehabilitationsversorgung

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

Erwerbsarbeit ist eine zentrale Ressource für gesellschaftliche Teilhabe (WHO, 2011). Sind Menschen aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage, langfristig ihre berufliche Tätigkeit auszuüben, kann eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderungsrente drohen. Das Spektrum von Unterstützungsleistungen zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit oder des beruflichen Wiedereinstiegs ist im deutschen Sozialrecht breit gefächert. Die Inanspruchnahme und Finanzierung der vielfältigen Leistungen erfordert ein umfassendes Verständnis über bestehende Angebote und ein hohes Maß an Kommunikation mit den entsprechenden Akteur*innen. Dies ist für betroffene Personen nicht selten eine enorme Vernetzungsaufgabe.

Das Modellvorhaben „Aktiver Zugang, Beratung und Fallmanagement bei Versicherten mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung (AktiFAME)“ greift Ansätze koordinierender Interventionen zur Bewältigung dieser Herausforderungen auf und erprobt ein Fallmanagement für Menschen mit hohem Risiko eines Erwerbsminderungsrentenbezugs. AktiFAME zielt u. a. auf die Beratung zur und die Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen, um so langfristig berufliche Teilhabe zu ermöglichen.

Unsere Prozessevaluation untersucht die Umsetzung der innovativen Mehrkomponenten-strategie bestehend aus vier Modulen: Screening und postalischer Kontakt, telefonische Beratung, ein erstes persönliches Gespräch und ein Fallmanagement.

Methoden

Mithilfe von administrativen Daten der Deutschen Rentenversicherung Nord wurden Personen aus Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern mit potenziellem Unterstützungsbedarf anhand eines Risikoindex ermittelt (Bethge et al., 2021). Diese Personen wurden postalisch über die Option eines Fallmanagements informiert und aufgefordert, bei Unterstützungsbedarf ihre*n regionale*n Fallmanager*in anzurufen. Die Teilnehmenden wurden am Beginn und Ende des Fallmanagements zu ihrem Wissen über Teilhabeleistungen und Inhalte des Fallmanagements schriftlich befragt. Es wurden u. a. die

erreichte Population, die verabreichte Dosis, die Behandlungstreue, die erhaltene Dosis und die Zufriedenheit mit der Intervention erhoben.

Ergebnisse

Zwischen dem 25.06.2021 und dem 03.02.2023 wurden 5300 Personen mit hohen Risikowerten kontaktiert. Daraus ergaben sich 570 Anrufe von potenziellen Teilnehmenden (10,8 % aller kontaktierten Personen), 359 Erstgespräche (63,2 % der Anrufe) und 277 Fallmanagements (76,9 % der Erstgespräche, 5,2 % aller kontaktierten Personen). Die erste Befragung zu Beginn des Fallmanagements ist seit dem 30.06.2023 abgeschlossen. Hierzu liegen uns Daten von 250 am Fallmanagement teilnehmenden Personen vor. Im Oktober 2023 wurden von den 277 Fallmanagements bereits 227 (81,9 %) erfolgreich beendet. Von diesen abgeschlossenen Fällen liegen uns zur Auswertung 152 Fragebögen (67,0 % der abgeschlossenen Fallmanagements) vor.

Die zweite Befragung endet mit dem Auslaufen der übrigen Fallmanagements im Dezember 2023.

Von den 250 Teilnehmenden der ersten Befragung waren 48,8 % weiblich. Das mittlere Alter betrug 51,6 Jahre (SD = 7,3). Die Teilnehmer*innen gaben insbesondere Muskel- Skelett- Erkrankungen (80,4 %) und psychischen Störungen (59,6 %) an. Zu Beginn der Maßnahme waren 74,8 % der Personen erwerbstätig. Die subjektiv eingeschätzte Arbeitsfähigkeit (Work Ability Score) lag bei durchschnittlich 4,4 von 10 Punkten. 61,2 % erreichten einen Score von maximal fünf Punkten (schlechte Arbeitsfähigkeit).

Für den telefonischen Erstkontakt (83,9 %) und das Erstgespräch (91,6 %) konnten wir eine hohe Genauigkeit der Umsetzung der Interventionsinhalte durch unsere Fallmanager*innen verzeichnen. Für die 227 abgeschlossenen Fallmanagements liegt die Umsetzungsgenauigkeit bei durchschnittlich 79,7 %. Die teilnehmenden Personen bewerteten die verschiedenen Komponenten und Inhalte der Intervention als sehr zufriedenstellend. Die Informiertheit über die verschiedenen Teilhabeleistungen stieg während des Fallmanagements um einen Skalenpunkt oder mehr (0 bis 5 Punkte; alle $p < 0{,}001$). 134 der 227 Teilnehmenden (59,0 %) stellten einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe, davon 116 Anträge auf medizinische Rehabilitation mit einer Bewilligungsquote von 76,7 %.

Diskussion und Fazit

Das Modellvorhaben AktiFAME hat eine neue vielversprechende Strategie implementiert, um Personen mit hohem Risiko eines Erwerbminderungsrentenbezuges bei der Teilhabe und Sicherung ihrer Beschäftigung zu unterstützen. Die Teilnehmenden empfanden das Fallmanagement als lohnenswert und waren nach Abschluss der Intervention deutlich informierter über Teilhabeleistungen.

Für mehr als die Hälfte der teilnehmenden Personen wurde eine Teilhabeleistung (medizinische oder berufliche Rehabilitation) bewilligt. Die Modellkomponenten wurden sehr genau umgesetzt. Die einzelnen Komponenten des Fallmanagements sind aufgrund der durchgeführten Prozessevaluation in Zukunft auf andere Regionen übertragbar. Die Prozessevaluation ergänzt unsere aktuell laufende randomisierte kontrollierte Studie, welche die Wirksamkeit der Gesamtstrategie testet (DRKS00024648).

Take-Home-Message

Unsere Prozessevaluation des implementierten Modellvorhabens zeigt, dass eine stark in ihrer beruflichen Teilhabe gefährdete Zielgruppe erreicht wird, welche das Fallmanagement am Ende als sehr lohnenswert bewerten und deutlich informierter über Teilhabeleistungen sind.

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.

World Health Organization (2011): World Report on Disability. Geneva: World Health Organization.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord mit Mitteln aus dem Bundesprogramm rehapro des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS)

Screenings zur Erfassung des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs bei Arbeitnehmer:innen im Alter von 45–59 Jahren (Ü45-Check)

Linda Kalski[1,2]; Tilman J. Pulst Caliman[2]; Franziska Greiß[2]; Lorena Hafermann[2]; Laura Völkel[2]; Charleen Pächter[1]; Maja A. Hofmann[3]; Bernd Wolfarth[1,2]

[1] Humboldt-Universität zu Berlin; [2] Charité - Universitätsmedizin Berlin; [3] Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Hintergrund und Zielstellung

Die frühzeitige Erkennung gesundheitsbezogener Risikofaktoren ist für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit von großer Bedeutung. Im Sozialrecht gilt der Grundsatz ‚Prävention vor Reha vor Rente'. Im Rahmen des Präventionsgesetzes und durch Nennung des Ü45-Checks im Koalitionsvertrag 2021-2025 soll die Umsetzbarkeit einer Gesundheitsvorsorge-untersuchung erprobt werden.

Methoden

Die Rekrutierung der Proband:innen erfolgt durch die DRV Berlin-Brandenburg. Versicherte werden anhand des Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR) (Bethge et al., 2011) schriftlich kontaktiert und zum Ü45-Check in die Charité Abteilung Sportmedizin eingeladen.

In einer Querschnittsstudie werden n > 1000, im Alter von 45-59 Jahren, ärztlich untersucht. Anhand der Befunde wird der Gesundheitszustand in ein Ampelsystem (grün = kein Handlungsbedarf, gelb = Präventionsbedarf, rot = Rehabilitationsbedarf) eingestuft (Kalski et al., 2023). Vergleichend dazu wird ein validierter Fragebogen zur Erfassung von Präventions- und Rehabilitationsbedarf (Ü45-Screening) (Brünger et al., 2021) ausgefüllt. Die Auswertung des Fragebogens stellt ebenfalls den Gesundheitszustand in den genannten Kategorien dar, sodass die Ergebnisse gegenübergestellt werden können.

Ergebnisse

811 (8 %) von 9800 kontaktierten Personen haben den Ü45-Check in Anspruch genommen (09/2023). Eine vorläufige Auswertung von 700 Proband:innen liegt vor: w = 285, m = 415, Alter = 52.3 ± 4.1 J., BMI = 27.2 ± 5.1 kg/m². Die Ergebnisse in Hinblick auf das Ampelsystem weisen erhebliche Differenzen auf, klinische Untersuchung: grün = 74 (10 %), gelb = 488 (70 %), rot = 137 (20 %) vs. Ü45-Screening: grün = 472 (67 %), gelb = 151 (22 %), rot = 76 (11 %). Die Proband:innen haben laut dem RI-EMR folgendes Risiko in Rente zu gehen: grün (niedrig) = 303 (43 %), gelb (moderat) = 244 (35 %), rot (hoch) = 152 (22 %).

Diskussion und Fazit

Der Präventions- und Rehabilitationsbedarf wird im Ü45-Screening-Fragebogen verglichen zur klinischen Untersuchung geringer eingestuft (48 % bzw. 9 %). Der Fragebogen scheint den klinischen Präventionsbedarf zu unterschätzen. Die höhere Anzahl an Präventionsempfehlungen könnte durch die objektiv gemessenen wie bspw. der anthropometrischen und laborchemischen Parameter zu erklären sein. Klinische Untersuchungen können bei vorerst symptomlosen Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Fettstoffwechselstörungen aufgrund von z.B. auffälliger apparativer Diagnostik und Laborparametern frühzeitige Präventionsbedarfe detektieren.

Take-Home-Message

Die Zusammenarbeit innerhalb verschiedener Fachbereiche und Disziplinen, wie bspw. Medizin, Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, ist notwendig, um erfolgreiche Screening-Untersuchungen zu entwickeln.

Literatur

Bethge, M., Egner, U., Streibelt, M., Radoschewski, F. M., Spyra, K. (2011): Risk index disability pension (RI-DP): A register-based case-control study with 8,500 men and 8,405 women. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. (2011) 54:1221–8. doi: 10.1007/s00103-011-1366-2.

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 (2021).

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. 2023;11.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Soziodemographische Unterschiede im Kenntnisstand über die Reha-Antragstellung bei älteren Beschäftigten

Jean-Baptist du Prel

Bergische Universität Wuppertal

Hintergrund und Zielstellung

Der medizinischen Rehabilitation kommt im Zuge des demographischen Wandels ein großer Stellenwert bei der Erwerbsteilhabe einer alternden Arbeitnehmerschaft zu. Nach dem Inanspruchnahme-Modell von Andersen (1995) bedarf es bezüglich der befähigenden individuellen Faktoren neben den Ressourcen (Versicherungsstatus, Einkommen) auch der Kenntnis der Betroffenen über die Wege Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen zu können. Im Falle der medizinischen Rehabilitation ist die Informiertheit über Ansprechpartner, Adressaten und benötigte Unterlagen eine Grundvoraussetzung für eine Reha-Antragstellung in Deutschland, da diese durch die Betroffenen selbst erfolgen muss. In diesem Zusammenhang stellte sich die Frage, ob sich der Kenntnisstand über die Reha-Antragstellung bei älteren Beschäftigten nach soziodemographischer Gruppenzugehörigkeit unter Berücksichtigung gesundheitsbezogener Faktoren unterscheidet.

Methoden

In die Analyse gingen Angaben von 7514 sozialversicherten Beschäftigten der Jahrgänge 1959, 1965 und 1971 aus der 4. Welle der prospektiven lidA (leben in der Arbeit)- Kohortenstudie 2022/2023 ein. Bivariate Unterschiede in den Parametern der Informiertheit über die Reha-Antragstellung bezüglich Alter, Geschlecht, Bildung, beruflichem Anforderungsniveau, Migrationshintergrund, subjektiver Gesundheit und Teilhabe an einer Rehabilitationsmaßnahme in den letzten vier Jahren wurden mit 95%-Konfidenzintervallen dargestellt und mittels Chiquadrat-Test analysiert. Mittels multipler logistischer Regression wurden zudem Chancenverhältnisse in Bezug auf die Informiertheit berechnet.

Ergebnisse

Im Kenntnisstand über die Reha-Antragstellung zeigen sich Unterschiede zwischen soziodemographischen Gruppen. So sind weibliche und ältere Beschäftigte signifikant besser über Ansprechpartner, Adressaten und einzureichende Unterlagen für einen Reha-Antrag informiert als männliche und jüngere. Deutliche Lücken im Kenntnisstand zeigen sich diesbezüglich bei älteren Beschäftigten mit Migrationshintergrund in der ersten Generation (G1). Hier wusste jeweils nur rund jeder zweite wer Ansprechpartner und Adressat für einen Reha-Antrag ist. Nur zwei von fünf wussten welche Unterlagen für einen Reha-Antrag einzureichen wären. Auch nach Adjustierung für andere soziodemographische und gesundheitsbezogene Faktoren zeigen sich in der Gruppe mit G1-Migrationshintergrund signifikant geringere Chancen für die Kenntnis über diese Aspekte eines Reha-Antrages im Vergleich zu denen ohne Migrationshintergrund. Bei Beschäftigten mit Migrationshintergrund in der zweiten Generation zeigen sich diesbezüglich hingegen keine signifikanten Unterschiede. Am besten informiert sind ältere Beschäftigte, die bereits innerhalb der letzten vier Jahren eine Rehabilitationsleistung in Anspruch genommen hatten. Hier gaben jeweils über 85% an einen Ansprechpartner und Adressaten für einen Reha-Antrag zu kennen.

Diskussion und Fazit

Erwartungsgemäß sind Beschäftigte mit bereits stattgehabter Rehabilitation am besten über Aspekte der Reha-Antragstellung informiert. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen allerdings einen unterschiedlichen Kenntnisstand in Abhängigkeit der soziodemographischen Gruppenzugehörigkeit auf. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Kenntnisstand über die Reha-Antragstellung decken sich mit der Beobachtung eines Geschlechtsunterschiedes im gesundheitsbezogenen Kenntnisstand auch in anderen Gesundheitsbereichen zu Gunsten von weiblichen älteren Beschäftigten (du Prel, Borchart, 2020). Mit zunehmendem Alter zeigt sich auch unabhängig vom Gesundheitszustand und bereits stattgehabter Rehabilitation eine bessere Informiertheit über die Reha-Antragstellung. Hinsichtlich der deutlichen Lücken im Kenntnisstand bei älteren Beschäftigten mit G1-Migrationshintergrund besteht bei ihnen der größte Bedarf über Adressaten, Ansprechpartner und einzureichende Unterlagen zu informieren. Die Verbesserung der Informiertheit über die Reha-Antragstellung in unterschiedlichen soziodemographischen Gruppen kann sich positiv auf die Reha-Inanspruchnahme und damit letztendlich auf die Erwerbsteilhabe älterer Beschäftigter auswirken. Dem kommt unter sozialen und ökonomischen Gesichtspunkten, sowie unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit in einer alternden Gesellschaft Bedeutung zu.

Take-Home-Message

Bei älteren sozialversicherten Beschäftigten bestehen soziodemographische Gruppen-unterschiede im Kenntnisstand über die Reha-Antragstellung, wobei sich die größten Informationslücken in der Gruppe mit G1-Migrationshintergrund zeigen.

Literatur

Andersen, R. M. (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav. 1995 Mar;36(1):1-10. PMID: 7738325.

du Prel, J. B., Borchart, D. (2020) Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Beschäftigten im Geschlechtervergleich. In H. Jürges, J. Siegrist, M. Stiehler (Hrsg.): Männer und der Übergang in die Rente. Vierter Deutscher Männergesundheitsbericht der Stiftung Männergesundheit. Psychosozial-Verlag, Gießen 2020, S. 107-121. ISBN-13: 978-3-8379-3023-8. doi: 10.30820/9783837977042-107.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Warum nicht immer Reha vor Rente? Sozialmedizinische Sicht basierend auf einer Datenanalyse des DRV Statistikportals

Christian Wuchter-Czerwony; Maren Gehring; Susanne Weinbrenner; Andrea Bratfisch

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Gemäß dem Grundsatz „Reha vor Rente“ sind Rehabilitationsleistungen gegenüber einer Berentung vorrangig. Bei durchschnittlich circa 40% der durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) jährlich neu bewilligten Erwerbsminderungsrenten (EMR) erfolgt jedoch in den fünf Jahren vor Gewährung keine medizinische bzw. berufliche Rehabilitationsmaßnahme (Märtin, Zollmann, 2013; Mittag et al., 2014). Im Großteil dieser Fälle ist von einem erheblich beeinträchtigen Gesundheitszustand auszugehen: In einer diesbezüglichen Versichertenbefragung kam für drei Viertel der Teilnehmenden eine Rehabilitation nicht in Frage, weil die Krankheit plötzlich auftrat, sich der Gesundheitszustand drastisch verschlechtert hatte oder eine Rehabilitation keine Besserung der Beschwerden versprach (Märtin, Zollmann, 2013).

Eine weitergehende medizinische Charakterisierung von EMR-Bewilligungen in Bezug auf vorhergehende medizinische Rehabilitationsleistungen (ML) liegt nicht vor und wird deshalb in dieser Studie untersucht.

Methoden

Basierend auf Daten des DRV Statistikportals wurden die EMR-Neuzugänge in 2022 hinsichtlich der ICD-10 Diagnosecodes und der ML in den 5 Jahren vor EMR- Bewilligung untersucht:

- Zunächst wurden die EMR-Neuzugänge gemäß ICD-10 (Krankheits-)Kapiteln gruppiert und hinsichtlich der Anzahl der ML (keine versus mindestens eine) vergleichend dargestellt. Dabei wurde auf die Kapitel mit >1.000 EMR-Neuzugängen fokussiert.
- Nachfolgend wurden innerhalb dieser Kapitel die spezifischen Erkrankungen (basierend auf den ICD-10 Diagnosecodes) hinsichtlich der Anzahl der ML vergleichend charakterisiert.

Ergebnisse

Von allen EMR-Neuzugängen in 2022 (n=163.907) hatten 40% keine und 60% mindestens eine ML. Zwischen den einzelnen Kapiteln zeigten sich diesbezüglich deutliche Unterschiede (s. Tab. 1; Erläuterung: Bedingt durch ein formales Kodierungsvorgehen der DRV reflektieren die Fälle im Kapitel R00-R99 primär WfbM-EMR-Bewilligungen über die Wartezeitregelung).

Tabelle 1: ICD 10-Kapitel (mit >1000 EMR-Neuzugängen in 2022)

		Anzahl	KEINE ML	>=1 ML
C00-D48	Neubildungen	23.989	41%	59%
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2.672	57%	43%
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	69.297	38%	62%
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	11.862	38%	62%
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1.019	66%	34%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	15.040	36%	64%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	5.406	40%	60%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	2.656	51%	49%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	18.180	28%	72%
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1.678	63%	37%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	5.783	77%	23%
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte Folgen äußerer Ursachen	2.464	48%	52%

Hinsichtlich der einzelnen Erkrankungen innerhalb der Kapitel wurden ebenfalls wiederkehrend klare Unterschiede erkennbar: Beispielsweise hatten im Kapitel F00-F99 die Fälle der Diagnosen F20-F29 („Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“, gesamt n=4.553) in 70% keine ML während dies nur in 28% der Fälle mit F32 bzw. F33 („Rezidivierende] Depressive Episode“, gesamt n=33.886) der Fall war. Solche Unterschiede zwischen einzelnen Erkrankungen zeigten sich auch innerhalb der Kapitel C00- D48, G00-G99, K00-K93 und S00-T98.

Diskussion und Fazit

Wie aus medizinischer Sicht erwartbar zeigen die Daten des DRV Statistikportals deutliche Unterschiede zwischen Erkrankungen hinsichtlich der Anzahl vorhergehender ML. Bei vielen chronisch-irreversibel verlaufenden Krankheiten ist zum Zeitpunkt der Diagnosestellung eine relevante Besserung im Sinne einer (teilweise) wiederhergestellten Erwerbsfähigkeit durch ML nicht erreichbar (z.B. fortgeschrittene Tumorerkrankungen, degenerative neurologische Erkrankungen). Auch die Akuität und Schwere einer Erkrankung (z.B. schwere Schädel- Hirn- Traumata, ausgeprägte manische Phasen oder schwere depressive Episoden) bedingt oftmals eine zumindest temporäre Erwerbsminderung, die durch ML mittelfristig (innerhalb der nächsten 6 Monate) nicht wiederhergestellt werden kann. Im Gegensatz dazu zeigen sich bei phasenhaft verlaufenden Erkrankungen (z.B. rezidivierende depressive Störung) vor einer durch eine weitergehende Chronifizierung/Verschlechterung bedingten Berentung im langjährigen Verlauf häufig mehrere ML.

Aus dieser sozialmedizinischen Analyse wird deutlich, dass der Grundsatz „Reha (im Sinne der Tertiärprävention) vor (Erwerbsminderungs-)Rente“ für die oben charakterisierten Krankheiten bei ungünstiger Erwerbsprognose oft nicht anwendbar ist. Es ist zu vermuten, dass bei diesen Erkrankungen die Zahl der EMR-Neuzugänge insbesondere von Entwicklungen in der Primär- (z.B. neue Impfungen) und Sekundärprävention (z.B. verbesserte Diagnostik, neue Therapieoptionen) beeinflusst wird.

Take-Home-Message

Die Schwere und der klinisch-therapeutische Verlauf von Erkrankungen haben einen relevanten Einfluss auf die Rehabilitationsprognose und dadurch auf die sozialmedizinische Anwendbarkeit des Grundsatzes „Reha vor (Erwerbsminderungs-)Rente“.

Literatur

Märtin, St., Zollmann, P. (2013); 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2013, DRV-Schriften Band 101, Seite 109ff.

Mittag, Reese, Meffert (2014); WSI Mitteilungen 2/2014, Seite 149ff.

Welche Effekte hat die Projektteilnahme auf die psychosoziale Gesundheit? Ergebnisse aus der ersten Erhebungsphase SEMPRE

Elena Brushinski[1]; Natalie Schüz[2]; Aike Hessel[2]; Anna Levke Brütt[1]

[1] Carl von Ossietzky Universität Oldenburg;
[2] Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Hintergrund und Zielstellung

Psychische Erkrankungen sind häufig und gehen mit hohen Lebensqualitäts- und Teilhabeeinschränkungen einher (Jacobi e. al., 2014). Entsprechende Behandlungsangebote werden häufig zu spät in Anspruch genommen (Kivelitz et al., 2015). Das Modellprojekt SEMPRE der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen zielt darauf ab, einen rechtzeitigen Zugang in die psychosomatische Rehabilitation ermöglichen. Betroffene werden durch kooperierende Akteur:innen angesprochen, durch DRV-Lots:innen beraten und in ein zweitägiges ambulantes Angebot (Psychosomatischer Rehakompass: PRK) innerhalb einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik vermittelt. Das Projekt besteht aus zwei Phasen.

Im Rahmen der Evaluation durch die Universität Oldenburg werden folgende Fragestellungen bearbeitet:

1. Werden psychisch belastete Personen entsprechend der Zielgruppendefinition frühzeitig erreicht und in die psychosomatische Rehabilitation gesteuert?
2. Ist sechs Monate nach dem ersten Lots:innenkontakt eine Verbesserung der psychosozialen Gesundheit zu verzeichnen?

Methoden

In einer Längsschnittstudie werden Teilnehmende zu Interventionsbeginn (T0) sowie sechs Monate später (T1) schriftlich befragt. Der Erhebungszeitraum der ersten Phase liegt zwischen 04/2021 und 12/2022. Der auswertbare Datensatz beinhaltet zu T0 n=118 Fälle und zu T1 n=87 Fälle. Für die erste Fragestellung wird der auswertbare Datensatz zu T0 und T1 einbezogen. Zur Bearbeitung der zweiten Frage werden Personen eingeschlossen, die zu T1 eine Teilnahme an der Lost:innenberatung und am PRK bestätigt haben (n=76). Psychosoziale Gesundheit wird mit dem HEALTH-49 (Rabung et al., 2009) gemessen. Zur

Analyse der Zielgruppenerreichung werden die Skalenwerte der Studienpopulation mit entsprechenden Referenzwerten (Rabung et al., 2016) mittels t-Test für unabhängige Stichproben verglichen. Bezüglich der zweiten Fragestellung werden mögliche Veränderungen in den HEALTH-49 Skalen zwischen T0 und T1 durch t-Tests für abhängige Stichproben analysiert. Die Effektstärken werden mittels Cohen's d bemessen.

Ergebnisse

Der Vergleich der T0-Stichprobe mit den Referenzwerten für gesunde Proband:innen ergibt in allen Skalen signifikant höhere Beeinträchtigungen bei der Studienpopulation. Im Vergleich mit den Referenzwerten von Patient:innen der stationären Rehabilitation liegen in vier Skalen keine signifikanten Unterschiede vor, in den verbleibenden sechs Skalen weist die T0- Stichprobe höhere Beeinträchtigungen auf. Zu T1 gaben 52 Teilnehmende an, eine psychosomatische Rehabilitation in Anspruch genommen zu haben (n=43) bzw. noch in Anspruch zu nehmen (n=9). Zur Auswertung der zweiten Fragestellung liegen je nach Skala n=74-76 Fälle vor. In neun Skalen werden signifikant niedrigere Beeinträchtigungen zu T1 gemessen, in einer Skala wird keine signifikante Veränderung festgestellt. In vier Skalen liegen große, in drei Skalen mittlere und in zwei Skalen kleine Effekte vor.

Diskussion und Fazit

Verglichen mit den Referenzwerten von gesunden Proband:innen zeigt sich eine höhere Beeinträchtigung der psychosozialen Gesundheit bei der Studienpopulation, sodass von einer Belastungssituation ausgegangen werden kann. Der Vergleich der Studienpopulation mit den Referenzwerten von Patient:innen der stationären psychosomatischen Rehabilitation weist auf eine ähnliche bis leicht höhere Beeinträchtigung der psychosozialen Gesundheit der Studienpopulation hin. Dies weist darauf hin, dass die Projektteilnehmenden nicht früher in ihrer psychischen Belastungssituation erreicht wurden. Eine evaluationsgeleitete, konzeptuelle Nachjustierung der Zielgruppenansprache könnte hier ansetzen, um in der zweiten Projektphase gemäß der Zieldefinition Personen früher zu erreichen. Sechs Monate nach Erstkontakt mit den Lots:innen wird eine Verbesserung der psychosozialen Gesundheit berichtet. Dieses Ergebnis könnte darauf hinweisen, dass die Projektteilnahme einen Prozess ausgelöst hat, welcher zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit geführt hat und bei über der Hälfte der Projektteilnehmenden zu einer zeitnahen Inanspruchnahme einer psychosomatischen Rehabilitation geführt hat.

Take-Home-Message

Sechs Monate nach dem ersten Lots:innenkontakt berichten die Projektteilnehmenden von einer höheren psychosozialen Gesundheit und mehr als die Hälfte hat zu diesem Zeitpunkt eine psychosomatische Rehabilitation in Anspruch genommen.

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 Zusatzmo-dul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH): Der Nervenarzt, 85. 77-87.

Kivelitz, L., Watzke, B., Schulz, H., Härter, M., Melchior, H. (2015): Versorgungsbarrieren auf den Behandlungswegen von Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen – Eine qualitative Interviewstudie. Psychiatrische Praxis, 42. 424-429.

Rabung, S., Harfst, T., 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): Z Psychosom Med Psycho-ther, 55. 162-79.

Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Schulz, H. (2016): „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)“ - Referenzdaten zur verkürzten 49-Item-Version „HEALTH-49“ (Stand: 15.01.2007): URL: http://www.hamburger-module.de/download/health-49-normen.pdf, Abruf: 26.10.2023.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Wenn die medizinische Rehabilitation aufgrund gesetzlicher Bestimmungen veranlasst wird: Befürchtungen und Motivation zur Antragsstellung Aufgeforderter

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

Nach § 51 SGB V kann die Krankenkasse Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu stellen haben. Bei Missachtung droht Leistungsentzug. Ähnlich verhält es sich bei Personen, die nach § 145 SGB III von der der Agentur für Arbeit aufgefordert werden, innerhalb eines Monats einen Antrag zu stellen. Auch hier werden Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen eingeleitet und nicht aus Eigenmotivation der betreffenden Person heraus. In der bisherigen Forschung wird darauf hingewiesen, dass das Aufgefordert-Werden die Rehabilitations-motivation, die Einstellung und den Rehaerfolg negativ beeinflussen kann (Bückers et al., 2001). Empirische Untersuchungen dazu gibt es allerdings nur sehr wenige und noch weniger ist über die Motivation dieser aufgeforderten Rehabilitand‘*innen und über die von ihnen wahrgenommenen Barrieren hinsichtlich der Rehabilitation bekannt. Nach Geelen und Soons (1996) hängt (Rehabilitations-)Motivation wesentlich mit den Umständen, Bedürfnissen, Erwartungen und Befürchtungen einer Person zusammen. Um erste Hinweise

für die Entwicklung einer motivationsfördernden Intervention für aufgeforderte zukünftige Rehabilitand*innen geben zu können, war es Ziel der vorliegenden Studie, die Zusammenhänge zwischen Befürchtungen und Motivation in dieser spezifischen Zielgruppe zu analysieren.

Methoden

4000 aufgeforderte Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund, Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, deren Antrag auf medizinische Rehabilitation genehmigt wurde, wurden zu einer anonymen, querschnittlichen Befragung eingeladen. Um zu erfassen, wer die Reha überwiegend extern motiviert antritt, wurde gefragt, ob sie die Rehabilitation antreten würden, wenn sie frei entscheiden könnten. Rehabilitationsmotivation wurde mit der Skepsis-Subskala des PAREMO-20 (Nübling et al., 2005) und Bedenken mit adaptierten Items aus früheren Studien (Giesler et al., 2020; Glattacker et al., 2009) erfasst. Zur Analyse der Zusammenhänge von Befürchtungen und Rehabilitationsmotivation bzw. externer Motivation (ja/nein) wurden Pearson-Korrelationskoeffizienten, Cohen’s d und t-Tests berechnet.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote liegt mit n = 792 bei knapp 20 %. Dabei beträgt der Anteil weiblicher Befragter 64,5 %. Das Durchschnittsalter liegt bei 53 Jahren (SD = 9,91; Range = 19–65). Laut eigner Angabe würden 74,5 % der Gesamtstichprobe die Rehabilitation auch antreten, wenn sie sich frei dazu entscheiden könnten; 22,9 % gaben dagegen an, extern motiviert zu sein. Für alle sind die zentralen Befürchtungen, die im Zusammenhang mit geringer Motivation stehen, dass auf ihre Belastungsgrenzen zu wenig Rücksicht genommen wird, sodass sie während der Rehabilitation überfordert sind und dass ihnen die Rehabilitation langfristig kaum etwas bringen wird. Extern motivierte aufgeforderte Rehabilitand*innen fürchten zudem negative Folgen im privaten Bereich (z. B. zu lange Abwesenheit von der Familie).

Diskussion und Fazit

In Übereinstimmung mit dem Motivationsmodell für die Rehabilitation von Geelen und Soons (1996) besteht eine der wichtigsten Befürchtungen dieser aufgeforderten Rehabilitanden im Zusammenhang mit externer und geringer Motivation darin, dass ihnen die Rehabilitation auf lange Sicht kaum etwas bringen wird. Demgemäß könnte die subjektive Wahrnehmung der Wahrscheinlichkeit eines positiven Rehabilitationsergebnisses von zentraler Bedeutung für die Motivierung der Zielgruppe sein. Die anderen Befürchtungen können unter wahrgenommene Kosten der Rehabilitation gefasst werden. Entsprechend der Theorie bedeutet dies, je höher diese Kosten eingeschätzt werden, desto geringer ist die Motivation. Diese Ergebnisse liefern erste Anhaltspunkte für eine zielgruppenspezifische Entwicklung einer webbasierten Intervention der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen. In dem im Bundesprogramm rehapro geförderten Modellprojekt sollen Versicherte, die zur Beantragung einer medizinischen Rehabilitation aufgefordert wurden, bereits im Vorfeld ihrer Rehabilitation unterstützen werden.

Take-Home-Message

Für zukünftige Rehabilitand*innen, die zur Antragsstellung aufgefordert wurden, sind die zentralen Befürchtungen, die im Zusammenhang mit geringer Motivation stehen, dass die Reha sie überfordern und ihnen langfristig kaum etwas bringen wird.

Literatur

Bückers, R., Kriebel, R., Paar, G. H. (2001): Der "geschickte" Patient in der psychosomatischen Rehabilitation: Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung und Behandlung von fremdmotivierten Patienten. Die Rehabilitation, 40(2), 65–71. https://doi.org/10.1055/s-2001-12483.

Geelen, R. J., Soons, P. H. (1996): Rehabilitation: An 'everyday' motivation model. Patient Education and Counseling, 28(1), 69–77. https://doi.org/10.1016/0738-3991(96)00871-3.

Giesler, J. M., Klindtworth, K., Nebe, A., Glattacker, M. (2020): Medizinische Rehabilitation bei MS: Barrieren und Facilitatoren der Inanspruchnahme aus Patientensicht. Die Rehabilitation, 59(2), 112–119. https://doi.org/10.1055/a-0965-0977.

Glattacker, M., Heyduck, K., Meffert, C. (2009): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des subjektiven Behandlungskonzepts von Rehabilitanden. Die Rehabilitation, 48(6), 345–353. https://doi.org/10.1055/s-0029-1234052.

Nübling, R., Kriz, D., Herwig, J., Wirtz, M., Fuchs, S., Hafen, K., Töns, N., Bengel, J. (2005): Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO-20).

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Chancen für die Übertragbarkeit und Verstetigung von Modellprojektbestandteilen: Befundlage aus dem Projekt „ELAN“

Thomas Roßnagel; Stefan Zapfel; Bartholomäus Zielinski; Bernhard Schrauth

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hintergrund und Zielstellung

Das Modellprojekt „Return to learn“ (ELAN) wird im Rahmen des Bundesprogramms rehapro durchgeführt. Mit ihm sollen die Wiedereingliederungs- und Zugangschancen zur beruflichen Rehabilitation von Jobcenter-Kund*innen mit gesundheitlichen und sozialen Vermittlungshemmnissen im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung verbessert werden. Die Zielgruppe ist besonders vulnerabel, weil bei ihr häufig mehrere Problemlagen zusammentreffen (Kuhnert, 2021). Mit den bestehenden Gesundheits- und Rehabilitationsangeboten wird sie bisher kaum erreicht (Hollederer, 2021).

ELAN beinhaltet mehrere Teilnahmephasen. Nach einem dreistufigen Screening-Verfahren werden in Berufsförderungswerken von den Rehabilitand*innen Qualifizierungsmaßnahmen durchlaufen, die durch Nachbetreuungsangebote ergänzt werden. Gleichzeitig zielt das Modellprojekt darauf ab, die rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit im Zugang zur beruflichen Rehabilitation zwischen Jobcentern und Rentenversicherungsträgern zu verbessern. Der Beitrag befasst sich mit der Frage der Übertragbarkeit des beschriebenen Konzepts in andere Regionen des Bundesgebiets sowie Möglichkeiten der Verstetigung von ELAN.

Methoden

Die Untersuchung der Übertragbarkeit und Verstetigung der verschiedenen Projektbestandteile stützt sich auf qualitatives Datenmaterial. Dieses umfasst drei Fokusgruppengruppendiskussionen mit Fachkräften aus bayerischen Jobcentern und Rentenversicherungsträgern, drei problemzentrierte Einzelinterviews mit Leitungspersonal beider Einrichtungsarten, einen Expertenworkshop mit acht Fachkräften aus dem Bundesgebiet, die mit den Themenfeldern Rehabilitation bzw. SGB II befasst, selbst aber nicht Teil des Modellprojekts sind, und protokollbasierte Dokumentenanalysen eines Verstetigungstreffens zwischen Jobcentern und Deutscher Rentenversicherung (DRV), die in ELAN involviert sind.

Die qualitativen Daten wurden nach dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. z. B. Kuckartz, 2018) mit der Software MAXQDA ausgewertet.

Ergebnisse

Die Zusammenarbeit zwischen Jobcentern und Rentenversicherungsträgern sowie die Begleitung der Teilnehmenden in ELAN wird von den beteiligten Akteuren positiv bewertet, eine Fortsetzung über das Projektende hinaus vor diesem Hintergrund befürwortet und auch

eine Übertragbarkeit in andere Regionen von ihnen als praktikabel angesehen. Eine Änderung des rechtlichen Rahmens sei hierfür nicht erforderlich. Ebenso stehen externe Fachkräfte der Übertragbarkeit des Modellkonzeptes wie auch einer möglichen Verstetigung positiv gegenüber und sehen insbesondere die im Projekt praktizierten, rechtskreisübergreifenden Fallberatungen als ein nützliches Instrument an. Allerdings ist der Durchführungsaufwand sowohl bezüglich der Zusammenarbeit zwischen SGB II- und SGB VI-Institutionen als auch im Hinblick auf die Teilnehmerbegleitung deutlich umfassender als im Regelgeschäft. Speziell in der rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit ergeben sich Herausforderungen vor allem aus der Nutzung unterschiedlicher IT-Systeme, datenschutzrechtlichen Restriktionen wie auch aus unterschiedlichen Organisationskulturen und -zielen. Regelmäßige Abstimmungen zwischen den Akteuren sind wichtig, um diese Herausforderungen zu bewältigen.

Der erhöhte Aufwand spricht aus Sicht der beteiligten Akteure dafür, Teilaspekte wie Abstimmungsgespräche und Fallberatungen zwischen Jobcentern und DRV, wie sie im Screening-Prozess vorgesehen sind, kostenschonender zu gestalten (etwa durch Umwandlung der Präsenzformate in digitale Treffen) und sich in der Begleitung der Versicherten auf eine Auswahl neuer Rehabilitationsmodule zu beschränken. Denkbar ist zudem, sich größere Finanzierungsspielräume bei den Qualifizierungsmaßnahmen und Nachbetreuungsangeboten zu verschaffen, indem ein breiteres Teilnehmerspektrum einbezogen wird, z.B. durch Öffnung der Angebote für Rehabilitand*innen, die sich im Zuständigkeitsbereich der Bundesagentur für Arbeit befinden.

Diskussion und Fazit

„ELAN“ kann in rechtlicher Hinsicht regional- und einrichtungsbezogen als übertragbar angesehen werden. Allerdings gilt es dabei, einerseits institutionelle Herausforderungen (unterschiedliche Arbeitsstrukturen wie auch Organisationskulturen und -aufgaben) zu lösen und andererseits die Finanzierbarkeit angesichts des für die Umsetzung erforderlichen Mehraufwands sicherzustellen. Regelmäßige Abstimmungstreffen sind in diesem Zusammenhang ebenso bedeutend wie eine kostenschonende Umsetzungsgestaltung und die Schaffung zusätzlicher Finanzierungsoptionen, die etwa durch die Einbeziehung weiterer Zielgruppen und Rehabilitationsträger denkbar wären. Die in ELAN involvierten Akteure stehen vor diesem Hintergrund ebenso wie externe Fachkräfte sowohl der Übertragung des Modells als auch der Verstetigung insgesamt positiv gegenüber.

Take-Home-Message

Die Übertragbarkeit des in ELAN erprobten Modells ist prinzipiell ohne rechtliche Änderungen möglich, erfordert jedoch Anpassungen für die Finanzierbarkeit und eine kontinuierliche Abstimmung der involvierten Organisationen.

Literatur

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

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

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

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit im Reha-Prozess von Kindern und Jugendlichen

Martina Schu; Benjamin Görgen; Kim Elaine Singfield

FOGS GmbH - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich

Hintergrund und Zielstellung

Die Anzahl chronischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ist in Deutschland in den letzten Jahren gestiegen bzw. stabilisiert sich auf hohem Niveau (vgl. Neuhauser, Poethko- Müller, 2017; Witte et al., 2022). Um Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen zu verbessern, steigt der Stellenwert von rehabilitativen und präventiven Maßnahmen. Tatsächlich sinkt jedoch die Nachfrage nach stationären Rehabilitationsmaßnahmen von Kindern und Jugendlichen (2007: 85.166; 2019: 57.763; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022), z.T. werden bewilligte Maßnahmen gar nicht erst angetreten.

Um diesem Trend entgegenzuwirken, sollen im Rehapro-Projekt „Kinder im Zentrum (KiZ) – kontinuierliche Teilhabebegleitung und Nachsorge im Reha-Prozess von Kindern und Jugendlichen“ die Zugänglichkeit von Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche verbessert, die Teil-nahme erhöht und die Erfolge der stationären Rehabilitation anschließend gesichert werden. Dafür wird im Rahmen von KiZ eine individuelle Teilhabebegleitung für chronisch erkrankte Kinder und Jugendliche eingerichtet. Dabei sollen sogenannte Rehalots*innen Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien von der Antragstellung an über die gesamte Reha-Kette hinweg begleiten, unterstützen und ihre Teilhabe fördern. Ferner werden mehrere Nachsorgeangebote (als aufsuchende Einzel- und als Gruppen-angebote) entwickelt und implementiert.

Um auf diese Weise eine umfassende Rehakette umzusetzen, arbeiten im Modellprojekt fünf Akteure zusammen: Deutsche Rentenversicherung Schwaben und Deutsche Rentenversicherung Bund, die Katholische Jugendfürsorge (KJF, drei Rehakliniken und ein Nachsorgeangebot), der Bunte Kreis Augsburg (zwei Nachsorgeangebote) sowie das Institut für Sozialmedizin in der Pädiatrie Augsburg (ISPA), wo die Rehalots*innen angesiedelt sind.

Methoden

Das KiZ-Projekt wird von der Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich – FOGS wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Ziele und Vorgehen der Evaluation wurden in gemeinsamen Workshops mit allen Projektbeteiligten abgestimmt. Der Evaluationsge-genstand wird aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und es werden

verschiedene sozialwissenschaftliche Methoden trianguliert (Flick, 2011): Materialanalysen, Auswertung von Reha-Routinedaten, Falldokumentationen für fall- und leistungsbezogene Daten, schriftliche Wiederho-lungsbefragungen von Eltern und Kindern zur Überprüfung von Umsetzung, Zufriedenheit und Zielerreichung sowie Beobachtungen und qualitative Gespräche mit Familien, Netzwerkpartner*innen (Zuweisenden) und Projektvertreter*innen.

Um einen Überblick über die Ausgangslage sowie die Perspektiven der Projektbeteiligten zu erlangen, wurden im Sommer 2023 Auftaktgespräche mit Verantwortlichen der Projektpartner*innen auf Leitungs- und Praxisebene geführt. Die Gespräche sollten einerseits Projektgenese, Ausgangslage und Rahmenbedingungen beleuchten und andererseits konzeptionelle Perspektiven erfassen, erste Erfahrungen im Projekt reflektieren und Erwartungen aufnehmen.

Insgesamt führte FOGS 17 leitfadengestützte Interviews mit 30 Personen und sprach dabei mit allen am Projekt beteiligten Institutionen. Je nach Struktur der Projektteams fanden die Interviews als Einzel- oder Gruppengespräche (mit bis zu fünf Interviewten) statt. Die Gespräche dauerten zwischen einer und mehr als zwei Stunden und wurden sowohl vor Ort als auch digital geführt.

Ergebnisse

Alle Akteure betonen Relevanz und Sinnhaftigkeit des Projekts. Zugleich verweisen sie jedoch auf verschiedene Perspektiven und Erwartungen hinsichtlich der konkreten Projektumsetzung sowie der Rolle und der Zusammenarbeit der beteiligten Akteure im Rahmen von KiZ. Insbesondere die Etablierung einrichtungsübergreifender Abläufe ist in dieser Konstellation nicht einfach. Die Bruchlinien verlaufen dabei teilweise zwischen den beteiligten Organisationen, die jeweils ihre Routinen bzw. Vorgehen schützen wollen. Zum Teil sorgen zudem innerhalb der Organisationen bspw. zwischen Leitungskräften und Praktiker*innen unterschiedliche Akzentsetzungen für Friktionen. Hier geht es beispielsweise darum, dass die Praxisebene eher offen verschiedene Umsetzungsmöglichkeiten erproben will, während die Leitungsebenen stärker an eine Verstetigung der Rehakette denken – innerhalb der derzeit vorgegebenen Regeln.

Diskussion und Fazit

Im Rahmen der Umsetzung von KiZ wird erneut deutlich, dass die Entwicklung gemeinsam gestalteter Versorgungspfade regelmäßig mit Herausforderungen und Abstimmungsbedarfen einhergeht, da eingespielte interne Prozesse und Abläufe berührt werden und angepasst werden müss(t)en.

In der weiteren Projektlaufzeit wird es darum gehen, zwischen und innerhalb der verschiedenen beteiligten Organisationen, die jeweiligen Kulturen, Regeln und Routinen sowie die Binnendiversität in den Organisationen zu berücksichtigen.

Take-Home-Message

Einrichtungs- und rechtskreisübergreifende Vernetzung stellt für die Zusammenarbeit und die Etablierung gemeinsamer Prozesse und Abläufe eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar. Diese sollte in derartigen Projekten aktiv thematisiert und angegangen werden.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2022): Rentenversicherung in Zeitreihen, 28. Aufl. Berlin: DRV.

Flick, U. (2011): Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer.

Neuhauser, H., Poethko-Müller, C. (2017): KiGGS Study Group. Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studien – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: Bundesgesundheitsbl 2014; 57: S. 779 – 788.

Witte, J., Zeitler, A., Diekmannshemke, J., Hasemann, L. (2022): DAK-Kinder- und Jugendreport 2022. Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie. Datenbasis: 2018 bis 2021. Bielefeld: DAK.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Schwaben

Erprobung einer innovativen Strategie zur bedarfsfokussierten Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen

Regina Osranek; Annette Blaudszun-Lahm

Institut für Technologie und Arbeit e.V.

Hintergrund und Zielstellung

Für Menschen mit erworbener Hirnschädigung (MeH) existiert eine Bandbreite an Unterstützungsleistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Diese erreichen die Zielgruppe häufig nur unzureichend. Gründe liegen in der sozialrechtlichen Komplexität der Unterstützungsmöglichkeiten im Prozess der neurologischen Rehabilitation (VDR, 1995) und in den unterschiedlichen Zuständigkeiten im Rehabilitationsverlauf. Beides führt häufig zu Versorgungsbrüchen an den Sektorengrenzen und bedingt Unter- und Fehlversorgungen. Im Rahmen eines Modellprojektes wird eine phasenübergreifende Rehabilitationsstrategie erprobt, um die Rückkehr in die Erwerbstätigkeit (Return to Work, RTW) zu verbessern. Das Projekt läuft vom 01.11.2021 bis 31.10.2026, Antragstellerin ist die Deutsche Rentenversicherung Bund und wird gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“.

Auf Grundlage des APC-Modells (Schwarz et al., 2018) ist davon auszugehen, dass RTW als Zielzustand v. a. davon abhängt, dass alle Akteursgruppen drei Handlungsprinzipien verwirklichen: die Bereitschaft zur Anpassung an die neue Situation der Betroffenen (Adaptiveness), die Ausrichtung des eigenen Handelns am Ziel des RTW (Purposefulness) und die enge Kooperation aller in allen Phasen (Cooperativeness) sowie die von Beginn an multiprofessionell und arbeitsplatzbezogene Leistungsgestaltung.

Die Zielgruppe sind Erwerbstätige mit erworbener Hirnschädigung, die eine stationäre oder ganztägig ambulante Behandlung in Phase D beginnen, deren bisheriger Arbeitsplatz weiterhin besteht und die eine positive Erwerbsprognose haben, bei denen aber die

Notwendigkeit berufsbezogener Interventionen erkennbar ist und deren voraussichtlicher Entlass-Status arbeitsunfähig lautet.

Der neue Ansatz bedeutet eine Flexibilisierung des Rehabilitationsverlaufs: Für die Zeiträume der bisherigen rehaklinischen und betrieblichen Phase werden keine Behandlungsdauern definiert. Ein Wechsel von einem Leistungsraum (Rehaklinik) in einen anderen (z.B. stufenweise Wiedereingliederung) ist vice versa möglich und wird nicht durch separierte Bescheide reglementiert. Arbeitgeber:innen werden bereits von Beginn der Rehabilitation aktiv in die Planung einbezogen. Ein externes Fallmanagement koordiniert den Rehabilitationsprozess und steht auch nach RTW für eine nachgehende Begleitung zur Verfügung. Eine Fachkraft für betriebliche Intervention gewährleistet eine starke Arbeitsplatzorientierung, indem sie Rehabilitand:innen und Arbeitgeber:innen intensiv begleitet und berät. Die Flexibilisierung wird durch ein innovatives System einer Festvergütung ergänzt, welches ein von der gängigen Praxis abweichendes Anreizsystem verfolgt, Rehabilitand:innen so lange wie nötig, aber so kurz wie möglich in einer Teilhabeleistung zu halten.

Methoden

Die zu erprobende Intervention wird als randomisierte kontrollierte Studie mit Parallelgruppendesign auf Machbarkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit evaluiert. Die RTW-Quote soll gegenüber der Kontrollgruppe 18 Monate nach Beginn der Intervention um 20 Prozentpunkte erhöht sein. Sekundäre Zielkriterien als Indikatoren für soziale Nachhaltigkeit sind Arbeitsfähigkeit, Prognose zur Erwerbstätigkeit, Lebensqualität, soziale Unterstützung sowie Depressivität, Angst und mentale Fatigue. Ökonomische Analysen der Leistungserbringung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsstudie berücksichtigen die ökono mische Nachhaltigkeit.

Ergebnisse

Im Frühjahr 2023 wurden in einer Machbarkeitsstudie qualitative Interviews mit Akteuren der Intervention (Rehabilitand*innen, Fachkräfte der Rehaklinik, Fallmanager*innen, Fachkräfte für betriebliche Intervention, Arbeitgeber; n = 9) durchgeführt und festgestellt, dass die Zusammenarbeit der Akteure an den verschiedenen Schnittstellen mehr Zeit (als ursprünglich veranschlagt) braucht. Zusätzliche Abstimmungsprozesse bedeuten im Vergleich zur Regelversorgung eine starke Neuorganisation. Eine frühe Arbeitgebereinbindung ist nicht in allen Fällen umsetzbar. Es hat sich u.a. gezeigt, dass deren erfolgreiche Einbindung stark von der situationssensiblen Anbahnung durch die Interventionsverantwortlichen und von der (guten) Beziehung zwischen Arbeitgeber:in und Rehabilitand:in abhängt. Die Datenbasis muss jedoch verstärkt werden, um diese Schlussfolgerungen weiter prüfen zu können.

Diskussion und Fazit

Auch im Falle zukunftsfähiger Teilhabestrategien spielen sog. Paradoxien (Widersprüche) zwischen den Nachhaltigkeitsdimensionen eine zentrale Rolle (Ehnert, 2009). Bereits erste vorsichtige Ableitungen in der Machbarkeitsstudie zeigen: Prozessverzögerungen an Schnittstellen können die ökonomische Nachhaltigkeit schwächen, deren Auflösung trägt dennoch zu sozialer Nachhaltigkeit bei. Letztlich gilt es, eine Balance zwischen ökonomischer

und sozialer Nachhaltigkeit herzustellen und die Frage wird nicht sein, ob die Intervention wirksam ist, sondern unter welchen Rahmenbedingungen.

Take-Home-Message

Eine innovative Rehastrategie für MeH muss bedarfsorientiert ausgerichtet sein und bedeutet eine Neuorganisation der verschiedenen Schnittstellen im Rehabilitationsprozess. Es gilt herauszufinden, unter welchen Rahmenbedingungen die Intervention sozial und ökonomisch nachhaltig sein kann.

Literatur

Ehnert, I. (2009): Sustainable human resource management: A conceptual and exploratory analysis from a paradox perspective. Berlin, Heidelberg: Physica-Verlag.

Schwarz, B., Claros-Salinas, D., Streibelt, M. (2018): Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilita-tors and Barriers of Return to Work After Stroke. J Occup Rehabil. 2018 Mar;28(1):28-44.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR (1995): Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 34: 119-127.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

IPS-Coaching in Deutschland – Umsetzungserfahrungen und Folgerungen für die Praxis aus dem rehapro-Modellprojekt „IPS-ZIB“

Sarah Jenderny[1]; Juliane Bergdolt[2]; Lorenz Dehn[2]; Vera Kleineke[3]; Julia Schreiter[1]; Ingmar Steinhart[1]

[1] Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.;
[2] Evangelisches Klinikum Bethel; [3] Deutsche Rentenversicherung Nord

Hintergrund und Zielstellung

Die berufliche Tätigkeit stellt für einen Großteil der Menschen in klinischer psychiatrischer Behandlung ein wichtiges Behandlungsziel und einen bedeutsamen Faktor bei der Genesung dar. Gleichzeitig sind psychische Erkrankungen in Deutschland die häufigste Ursache für Erwerbsminderung (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023). In der Praxis zeigen sich insbesondere an der Schnittstelle Klinik und Arbeitswelt Brüche in der Versorgung: Berufstätige kehren nach einer stationär-psychiatrischen Behandlung häufig nicht an ihren Arbeitsplatz zurück (Mernyi et al., 2018). Für die Betroffenen wirkt sich der Eintritt in die Arbeitslosigkeit negativ auf die Lebensführung aus, hingegen beeinflusst der Wiedereintritt in die Beschäftigung die Gesundheit positiv (Gühne, Riedel-Heller, 2015). Das Modellprojekt „IPS-Coaching: Zurück ins Berufsleben“ (IPS-ZIB) setzt an diesem Übergang an und verfolgt das Ziel, psychisch kranke Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf direkt aus der psychiatrischen Krankenhausbehandlung bei der nachhaltigen beruflichen (Wieder-)Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu unterstützen. Im Zuge des Projektes wird ein IPS-Coaching (Individual Placement and Support) in der Region Greifswald, im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte und in der Region Bielefeld erprobt.

Im Hinblick auf eine mögliche reguläre Implementierung des IPS-Ansatzes in Deutschland soll im Rahmen des Beitrages der Frage nachgegangen werden, welche notwendigen Anpassungen des ursprünglich angloamerikanischen Konzeptes (und seiner Qualitätsbewertung in Form der IPS-Fidelity-Scale) dafür notwendig wären.

Methoden

Das im Rahmen des Modellprojektes erprobte IPS-Coaching stellt eine manualisierte Form des international etablierten und evidenzbasierten „Supported Employment"-Konzeptes dar. Dabei handelt es sich um ein sehr individuell zugeschnittenes Rehabilitationsarrangement, das von einem/einer Jobcoach*in begleitet und zusätzlich durch ein flexibles Maßnahme-Budget flankiert wird. Teilnehmende werden direkt in der akutpsychiatrischen Behandlung angesprochen und durch eine/n Jobcoach*in beim (Wieder-)Einstieg in das Berufsleben unterstützt. Ziel ist eine zügige Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit weiterer Begleitung am Arbeitsplatz. Auf der Grundlage einer ersten Analyse von quantitativen Daten der standardisierten Prozessdokumentation sowie systematisch eingeholter Erfahrungsberichte der im Modellprojekt tätigen IPS-Coach*innen sollen Hinweise für eine Adaptation des IPS-Konzeptes bzw. zur Überarbeitung der Fidelity-Scale für den deutschen Gebrauch herausgearbeitet werden.

Ergebnisse

Seit Projektbeginn im Januar 2020 konnten insgesamt n=150 Teilnehmende in den Projektregionen in Bielefeld und Mecklenburg-Vorpommern aufgenommen werden, für die ein individualisiertes, bedarfsorientiertes und langfristiges Jobcoaching nach dem „Individual Placement and Support" (IPS) Ansatz von bis zu n=15 Coach*innen angeboten wurde. Die Erprobung des IPS-Coachings im Rahmen des Modellprojektes endet zum 31.12.2023. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass sich die Kernprinzipien des angloamerikanischen IPS- Konzeptes auch hierzulande umsetzen lassen, es jedoch in der Praxis Anpassungen an die Besonderheiten des deutschen Arbeitsmarktes und dem bestehenden Behandlungs- und Rehabilitationssystems bedarf. Relevante IPS-Kernprinzipien, bei denen Anpassungsbedarf zu diskutieren ist, sind u. a. die integrierte Arbeit in Behandlungsteams, das Fehlen jeglicher Ausschlussgründe für die Teilnahme, das Ausbleiben von vorbereitenden Arbeitstrainings, die zügige Kontaktaufnahme mit Arbeitsstellen, die Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz oder der regelmäßige Austausch mit Arbeitgebenden sowie auch die angestrebte ggf. unbefristete Dauer der Unterstützung.

Diskussion und Fazit

Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen frühzeitig beginnende, in den Überleitungsprozess integrierte und passgenaue Interventionen zur Sicherung der beruflichen Teilhabe, die bei Bedarf in eine (zunächst) unbefristete Unterstützung am Arbeitsplatz münden. Das angloamerikanische Konzept des IPS-Coachings kann für die Zielgruppe eine sinnvolle und innovative Ergänzung im bestehenden Rehabilitationssystem darstellen. Hervorzuheben sind dabei der niedrigschwellige Zugang direkt aus der psychiatrischen Krankenhausbehandlung, das frühzeitige Assessment, das personengenau angepasste Rehabilitationsarrangement und die synchronisierte Begleitung des IPS-Coachings durch das psychiatrische Regelbehandlungssystem. Für die Umsetzung des IPS-Ansatzes in Deutschland können die Umsetzungserfahrungen aus dem Modellprojekt IPS-ZIB wichtige

Erkenntnisse liefern. Die zeitliche Begrenzung des Praxisforschungsprojektes wirkt gleichwohl als limitierender Faktor, da sich die Umsetzungserfahrungen auf die zweijährige Coachingphase unter Modellbedingungen in den ausgewählten Erhebungsregionen beschränkt. Dennoch können erste Hinweise und Empfehlungen für eine Implementierung im Regelversorgungssystem gegeben werden.

Take-Home-Message

IPS-Coaching kann vorhandene Rehabilitationsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen sinnvoll ergänzen, in der Umsetzung bedarf es jedoch Anpassungen an die Besonderheiten des deutschen Arbeits-, Gesundheits- und Rehabilitationssystems.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2023): Rentenversicherung in Zahlen 2023. Aktuelle Ergebnisse, Stand: 23. Juni 2023. Online unter: https://www.deutsche- rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zahlen.html.

Gühne, U., Riedel-Heller, S. G. (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Expertise im Auftrag der Gesundheitsstadt Berlin und der DGPPN. Online unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf.

Mernyi, L., Hölzle, P., Hamann, J. (2018): Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. Psychiatrische Praxis, 45, 197-205.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

LEILA-rehaktiv: Wirksamkeit neuer sowie innovativer Ansätze zur Integration von Langzeitarbeitslosen mit multiplen Beeinträchtigungen in den Arbeitsmarkt

Andreas Herteux

GbF Aschaffenburg mbH

Hintergrund und Zielstellung

Die Integration von SGB-II-Empfängern mit multiplen Beeinträchtigungen in den Arbeitsmarkt ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung, für die noch immer valide Lösungswege gesucht werden. Da zudem Ergebnisse der Sozial- und Arbeitsmarktforschung nahelegen, dass sich Langzeitarbeitslosigkeit auf Dauer zusätzlich negativ auf die Gesundheit auswirken kann (Herbig et al., 2013), erscheint die Erprobung neuer innovativer Methoden der Eingliederung geboten zu sein, um besagter Zielgruppe mittel- bis langfristig eine Perspektive zur Teilhabe zu eröffnen.

Diesem widmet sich das rehapro-Modelprojekt LEILArehaktiv mit einem biopsychosozialen Ansatz unter Miteinbeziehung der Einflüsse der digitalen Welt, der den Teilnehmern, im

individuellen Tempo und über einem Zeitraum von bis zu 5 Jahren, die Möglichkeit gibt, Vermittlungshemmnisse zu diagnostizieren und abzubauen sowie Qualifikationen zu erarbeiten und die eigenen Potentiale zu entfalten.

Beteiligt sind die Jobcenter Aschaffenburg-Stadt, Aschaffenburg-Land, Main-Spessart, Main-Tauber, Miltenberg, Buchen und Mosbach sowie die ausführenden Träger GbF Aschaffenburg mbH und die Handwerkskammer Service GmbH. Insgesamt offeriert das Modellprojekt, das im März 2022 startete, 210 Teilnehmerplätze.

Ziel ist die Integration auf dem Arbeitsmarkt. Es gelten dabei die Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“.

Untersuchungsgegenstände der wissenschaftlichen Begleitung sind die Dokumentation und Wirksamkeit der einzelnen sowie die Kombination der angewandten Ansätze und deren Übertragbarkeit.

Methoden

Das Projekt untergliedert sich in vier Module A-D, die separat, aber auch in Wechselwirkung betrachtet werden. Für die Gesamtevaluation des Projektes Leilarehaktiv wird ein Mixed- Methods-Ansatz verwendet (Kuckartz, 2014), der sich sowohl auf Daten aus konkreten Erhebungsterminen als auch auf weitere Kennzahlen stützen kann.

Die Teilnehmer-, Wirksamkeits- und Jobcenterbefragungen enthalten sowohl qualitative als auch quantitative Elemente. Die Daten zur Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit stammen aus dem in der Reha-Forschung anerkannten EFL-Verfahren (Kaiser et al., 2000). Die Erhebung von Online-Verhaltensmuster orientiert sich am Fragebogen zur Erhebung digitaler Profile. (Herteux, 2022). Diverse Kennzahlen (z.B. Aktivierungsquote) stehen der wissenschaftlichen Evaluation durchgehend zur Verfügung. Diese werden gemäß der bekannten Standards analysiert und aufbereitet.

Ergebnisse

Aufgrund des frühen Standes des Projektes liegen bisher nur eingeschränkt Ergebnisse, überwiegend für Modul A, vor. Ein früher Indikator ist die Teilnehmerbefragung, die von Mai bis Juni 2023 mit einer Rücklaufquote von ca. 80% (n=160) durchgeführt werden konnte. In diesem Rahmen wurden nicht nur Zufriedenheitsvariablen abgefragt, sondern zugleich die Beurteilung innovativer Ansätze. Das Einzelcoaching wurde mit 4,63 (Skala: 5=Höchstwert, 1=schwächster Wert), die Gruppenangebote mit 4,11 und die Vermittlungs- und Koordinationskompetenz an externe Fachstellen mit 4,48, eingeschätzt. Der Ansatz der intensiven Betreuung wies einen Wert von 4,23 auf und die Motivationsprämie als Belohnungselement erhielt eine Bewertung von 3,88. Die Nützlichkeit des Projektes für das eigene Leben wurde mit 4,17 bewertet. Die Selbsteinschätzung der Teilnehmer, wieder auf dem Arbeitsmarkt integrierbar zu sein lag bei 3,66. Es wurden weitere Items abgefragt.

Die Auswertung des digitalen Verhaltens (n = 89; Befragung je nach individueller Projektphase des Teilnehmers) ergab nicht nur, dass 95,35% (Stand jeweils 10/2023) der Befragten das Internet nutzen, sondern es einen wesentlichen Bestandteil des Alltags darstellt. 22,99% sind über 7 Stunden am Tag online, 48,28% mindestens 3 Stunden. 38,71% betrachten das Internet als Möglichkeit zur Persönlichkeitsaufwertung. In diesem

Rahmen werden noch weitere Bereiche (z.B. Präferenzen oder zur Ermittlung von Fähigkeitsverschiebungen) abgefragt.

Zur Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) wurde 2023 ein Testzentrum durch die Projektträger eröffnet. Eine wissenschaftliche Auswertung der EFL-Gutachten ist 2024 geplant. Weitere relevanten Kennzahlen sind beispielsweise die Aktivierung- (97,13%) und Auslastungsquote (99,52%), die laufend erhoben werden.

Diskussion und Fazit

Das Projekt gliedert sich in vier Module. Modul A beinhaltet die Implementierung und Durchführung der Aktivierung, Anamnese und der EFL-Begutachtungen. Die bisherigen Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Ansätze von LEILArehaktiv dafür geeignet sein könnten, die Meilensteine des Moduls A zu erreichen.

Ob der bisherige Aktivierungs- und Zufriedenheitsergebnisse nachhaltigen Einfluss auf die Erfüllung des Gesamtprojektzieles und die Spezifika der Module C–D, für das Modul B „Vermittlungshemmnisse abbauen“ gibt es ebenfalls bereits positive Indikatoren, haben werden, lässt sich aufgrund der frühen Phase noch nicht bewerten.

Take-Home-Message

Eine vollumfängliche Betreuung und eine möglichst intensive Betrachtung des Individuums auf biopsychosozialer, erweitert um die digitaler Ebene, scheint hohe Aktivierungserfolge zu ermöglichen.

Literatur

Herbig, B., Dragano, N., Angerer, P. (2013): Health in the long-term unemployed. Dtsch Arztebl Int; 110(23–24): 413–9. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0413.

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, Forschungsdesings und Analyseverfahren. Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93267-5.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Peer-Begleitung im Jobcenter. Ein innovativer Beratungsansatz mit psychisch und suchterkrankten Menschen

Klara Lammers[1]; Barbara Meinert[2]

[1] Hochschule Bielefeld; [2] Jobcenter Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Im Beratungssetting des Jobcenters finden Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen aufgrund von Vermittlungsorientierung, standardisierter Fallbearbeitung und asymmetrischen Machtverhältnissen häufig nicht die notwendige Unterstützung, um Teilhabemöglichkeiten umzusetzen (Oschmiansky et al., 2017; Kupka, Osiander, 2016). Im Modellprojekt BEA (Beraten – Ermutigen – Assistieren) wird im Rahmen der Förderlinie rehapro auf Grundlage dieser Erkenntnis ein innovativer Ansatz erprobt: Mit dem Ziel, eine teilhabeorientierte Perspektive im Beratungsprozess zu stärken, werden ehrenamtliche Peer-Begleiter*innen in der Unterstützung von arbeitslosen Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen in vier Jobcentern eingesetzt. Peer-Begleiter*innen teilen ihre eigenen Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen/Suchterkrankungen mit den Projektteilnehmenden (Lloyd-Evans et al., 2014; Lanquentin, 2017) und begleiten sie ein Jahr lang bei der Erweiterung von Teilhabechancen. Die Mitarbeitenden des Jobcenters übernehmen im Projektkontext eine neue Funktion, mit dem Fokus auf der Prozessgestaltung und der Koordinierung und Vernetzung der verschiedenen Akteur*innen.

Methoden

Die Gesamtevaluation des Projektes BEA umfasst qualitative und quantitative Methoden der empirischen Sozialforschung und beinhaltet vier Ebenen: Die Auswirkungen des Beratungsansatzes auf die Teilnehmenden, auf die Organisation, das Beratungshandeln der Mitarbeitenden und auf die Peer-Begleiter*innen. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf letztgenannten Part. Auf Basis von 31 qualitativen Einzelinterviews und 6 Gruppendiskussionen (N=52 Peer-Begleiter*innen) wurde im Rahmen einer Grounded Theory Studie (Corbin, Strauss, 2008) den Fragen nachgegangen, wie die Peer- Begleiter*innen die Begleitungsbeziehungen zu den Teilnehmenden gestalten und wie sie sich im Verhältnis zu den anderen Projektbeteiligten positionieren.

Ergebnisse

Im Datenmaterial zeigt sich, dass sich die Peer-Begleiter*innen mit komplexen Anforderungen kon-frontiert sehen: Ihre Expertise gründet sich im Wesentlichen auf ihre biografischen Erfahrungen, die sie in die Begleitungsbeziehung einbringen und dadurch Vertrauen aufbauen, Zugehörigkeit konstruieren und eine besondere Ebene gegenseitigen Verstehens wahrnehmen, die auf dem gemeinsamen Erfahrungshintergrund basiert. Gleichzeitig nehmen Peer-Begleiter*innen Abgrenzungsnotwendigkeiten in der Begleitungsbeziehung wahr und wenden unterschiedliche Strategien an, um ihre unterstützende Position zu verdeutlichen. Der Aufbau einer Peer-Beziehung kann diesbezüglich als ‚Balanceakt' verstanden werden, der einerseits in der Notwendigkeit begründet liegt, eigene biografische Erfahrungen zu teilen und andererseits darin besteht, Abgrenzungen von der Tätigkeit im Hinblick auf die eigene Lebenssituation vorzunehmen. Als dritter Aspekt tritt die Einbettung in den

Organisationskontext der Jobcenter hinzu: Die Peer-Begleiter*innen positionieren sich dabei als Akteur*innen, die Praktiken im Jobcenter kritisieren und im Interesse ihrer Teilnehmenden Veränderungen im organisationalen Kontext bewirken möchten. Gleichzeitig nehmen sie Abhängigkeiten von der Organisation und den Mitarbeitenden wahr, die sie in ihrer Unterstützungstätigkeit beeinflussen.

Diskussion und Fazit

Die Integration von Peer-Begleitung in Strukturen von Jobcentern birgt ein hohes innovatives Potential: Die Evaluationsergebnisse des Projektes BEA zeigen, dass die Positionierung der Peer-Begleiter*innen als Selbst-Betroffene den Vertrauensaufbau für Teilnehmende erleichtert und eine besondere Ebene von gegenseitigem Verstehen ermöglicht. Peer- Begleiter*innen befinden sich dabei in einer komplexen Beziehungskonstellation und sind herausgefordert, Abgrenzungsnotwendigkeiten und Zugehörigkeitskonstruktionen ‚auszubalancieren'. Insofern setzt Peer-Begleitung ein hohes Maß an Selbstreflexivität und Auseinandersetzung damit, wie eigene biografische Erfahrungen in Begleitungsbeziehungen eingebracht werden können voraus. Für die handlungspraktische Ebene bedeutet das ei nerseits eine fundierte Qualifizierung und andererseits tätigkeitsbegleitende Angebote von Supervision und kollegialer Beratung.

Take-Home-Message

Peer-Begleitung erweitert die Möglichkeiten von Jobcentern, Zugänge zu Menschen zu realisieren, die im Regelkontext nur schwer erreicht werden und erwirkt durch individuelle, partizipativ angelegte Prozesse die Erweiterung von Teilhabechancen.

Literatur

Corbin, J.; Strauss, A. (2008): Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Thousand Oaks.

Kupka, P.; Osiander, C. (2016): Activation 'Made in Germany': Welfare-to-Work Services under the 'Social Code II'. In: Rik van Berkel, Dorte Caswell, Peter Kupka und Flemming Larsen (Hg.): Frontline Delivery of Welfare-to-Work Policies in Europe. London. S. 88–106.

Lanquentin, N. (2017): Peer Counseling. Über Chancen und Grenzen des Peer-Effekts. In: Julia Gebrande, Claus Melter und Sandro Bliemetsrieder (Hg.): Kritisch ambitionierte Soziale Arbeit. Weinheim, Basel. S. 119–132.

Lloyd-Evans, B.; Mayo-Wilson, E.; Harrison, B.; Istead, H.; Brown, E.; Pilling, S. (2014): A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. In: BMC Psychiatry 39 (14), S. 1–12.

Oschmiansky, F.; Popp, S.; Riedel-Heller, S. G.; Schwarzbach, M.; Gühne, U.; Kupka, P. (2017): Psychisch Kranke im SGB II. Situation und Betreuung. IAB. Nürnberg.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

rehapro – Innovation nur für Exoten?
Zukunftsvision der Umsetzungsberatung für das rehapro Projekt SERVE der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Hessen

Antonia Keller[1]; Annette Becker[2]; Veronika van der Wardt[2]; Catharina Maulbecker-Armstrong[3]; Monika Jacobs[1]; Ulf Seifart[1]

[1] Deutsche Rentenversicherung Hessen; [2] Philipps-Universität Marburg; [3] Technische Hochschule Mittelhessen

Hintergrund und Zielstellung

Erwerbsminderungsrenten haben eine gesundheits- und sozialpolitische sowie ökonomische Bedeutung (Mittag et. al., 2014). Insbesondere zu Zeiten, in denen der demografische Wandel und Fachkräftemangel in Kassen und auf dem Arbeitsmarkt erste Spuren hinterlässt. 2021 lag der Anteil der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Deutschland bei ~11,6 % aller Versichertenrentenzugänge (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022). Oft erhalten Versicherte, welche für die erwerbsminderungsbedingten Rentenzugänge festgehalten wurden, im Vorfeld keine Rehabilitationsmaßnahme, im Jahr 2017 waren dies etwa die Hälfte der Fälle (Bethge et al., 2020). Dies führt zu der Annahme, dass es einen Bedarf an Rehabilitation unter den Versicherten gibt, der nicht zu Anträgen von Rehabilitationsmaßnahmen führt.

Das Modellvorhaben „SERVE“ erprobt eine frühzeitige Erfassung und sektorenübergreifende Beratung von Versicherten, die bestimmte gesundheitliche Risikofaktoren aufweisen. Ziel ist, eine verbesserte Arbeitsfähigkeit von Versicherten zu erreichen und letztlich einer Erwerbsminderung entgegenzuwirken.

Methoden

Eine frühzeitige Erfassung wird über die Zugangswege Hausärzte (begleitet durch eine randomisierte kontrollierte Studie), Jobcenter und Arbeitsagenturen (begleitet durch eine explorative Studie) erprobt. Eingeschlossen werden können Versicherte im Alter von 40- 60 Jahren, die wegen muskuloskelettaler oder psychologischer Beschwerden oder aufgrund einer onkologischen Erkrankung (in Nachsorge) oder eines Post- COVID- 19- Syndroms eine kumulierte ≥ 4-wöchige Arbeitsunfähigkeit vor Studieneinschluss aufweisen.

Es folgt ein sozialmedizinisches Kolloquium (SMK), das Kernstück des Projektes SERVE. Sektorenübergreifende Experten (Person aus beteiligten Jobcentern und Arbeitsagenturen, ggf. Hausarzt, Sozialmediziner der DRV) beraten über den anonymisierten Fall (digital, zeit- und ortsunabhängig mittels einer im Projekt entwickelten Software). Dabei stehen den Beteiligten alle notwendigen Dokumente (digital) zur Verfügung. Beraten wird über Maßnahmen und Leistungen aus SGB II, III und VI, welche dem Versicherten helfen könnten. Aus dem SMK heraus wird dem Versicherten dann ein individuelles Angebot unterbreitet.

Ergebnisse

Es zeichnet sich bereits während der Projektlaufzeit ab, dass sich die erprobten Zugangswege schwierig gestalten. Dies ist vermutlich auf die COVID-19-Pandemie wie auch auf

Schwierigkeiten mit der digitalen Plattform zurückzuführen. So konnten nach aktuellem Stand (01.11.2023) für die randomisierte, kontrollierte Studie (RCT) 24 Praxen und 20 Teilnehmende rekrutiert werden. Es zeigt sich, dass diese Studie nicht mehr sinnvoll durchzuführen ist, weshalb eine frühzeitige Beendigung des Projektarms diskutiert wird. Auch die Anzahl der Teilnehmenden für den explorativen Studienarm bleibt hinter den Erwartungen zurück.

Dennoch bieten die explorative Studie sowie Anteile des RCT wichtige Erkenntnisse in Hinblick auf zukünftige Veränderungen in der frühzeitigen Zuweisung rehabilitativer Leistungen sowie der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. So scheint die Kommunikation mit Jobcentern/Arbeitsagenturen und DRV zielführend. Überdies wird das SMK von allen Stakeholdern als sehr förderlich und nutzbringend angesehen, insbesondere für sehr komplexe Fälle.

Diskussion und Fazit

Im Projekt SERVE wurde die Zusammenarbeit sektorenübergreifender Rehabilitationsträger in komplexen Leistungsfällen über eine digitale Plattform erprobt. Als Möglichkeit der Implementierung bieten sich Teilhabeplankonferenzen nach § 20 SGB IX an. „Die Teilhabeplankonferenz ist ein zusätzliches Verfahren der Bedarfsfeststellung in den Fällen der Trägermehrheit, das die Möglichkeiten der Partizipation der Leistungsberechtigten stärkt und in komplexen Leistungsfällen die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger unterstützt“ (Deutscher Bundestag, 2016, S. 240). Die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse könnten für ein zukunftsfähiges Aufsetzen der Teilhabeplankonferenzen dienlich sein. Ziel wäre es, diese ganzheitlich zu besetzen und zu digitalisieren, sodass eine zeit- und ortsunabhängig Abstimmung über den einzelnen Fall möglich wäre. Zu erwarten wären Kosteneinsparungen, insbesondere durch einen zeit- und ressourcenschonenden Personaleinsatz. Kosten entstünden für die Weiterentwicklung einer geeigneten Plattform. All dies kann jedoch nur gelingen, wenn eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit gewollt, gefördert und in Regelprozessen etabliert wird.

Take-Home-Message

Eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit (digital) kann zukunftsweisend sein, für eine Implementierung in Regelabläufen bedarf es jedoch entsprechender technischer und struktureller Voraussetzungen.

Literatur

Bethge, M., Spanier, K. & Streibelt, M. (2020). Using Administrative Data to Assess the Risk of Permanent Work Disability. A Cohort Study. Journal of Occupational Rehabilitation 31, S. 376-382.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2022). Rentenversicherung in Zeitreihen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutscher Bundestag. (05. September 2016). Drucksache 18/9522. Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). Bundesanzeiger Verlag GmbH.

Mittag, O., Reese, C. & Meffert, C. (2014). Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005-2009. WSI Mitteilungen.

Verbesserung von Teilhabe für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen durch Innovation im G. A. T.-Projekt

Andreas Hammer[1]; Anika Klug-Winter[2]; Arne von Röpenack[3]; Dirk Baumgart[4]

[1] social support GmbH; [2] uve gmbh für managementberatung;
[3] Jobcenter Kreis Recklinghausen; [4] Jobcenter Rhein-Berg

Hintergrund und Zielstellung

Nach dem IAB Kurzbericht 23/2014 weisen nach eigener Einschätzung mehr als 40 Prozent der Arbeitslosengeld-II-Empfänger schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen auf. Bei SGB II-Leistungsberechtigten mit gesundheitlichen Einschränkungen gelingt die unmittelbare Integration in Arbeit trotz aller Aktivierungsanstrengungen nur selten. Für die Jobcenter Kreis Recklinghausen und Rhein-Berg ist dies eine besondere Herausforderung.

Das Modellprojekt Gesundheit, Arbeit, Teilhabe nutzt vorhandene Eingliederungsleistungen und setzt maßgeschneiderte Hilfen im Sinne „Prävention vor Reha“ passgenauer ein. Ziel ist, die gesellschaftliche Teilhabe für BürgerInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu verbessern, insbesondere eine nachhaltige berufliche Integration zu ermöglichen. Dementsprechend arbeiten alle relevanten Akteure in einem „rehapro-Haus“ zusammen.

Methoden

Die Umsetzung erfolgt in Modulen (Zusteuerung, Diagnostik, Casemanagement, Stabilisierung) durch vielfältige und akteursübergreifende Angebote, die innovativ (z. B. Telemedizin) eingesetzt werden.

Konzeptionell sollen 20 bis 25 Prozent der Teilnehmenden ausschließlich die Diagnostik durchlaufen und mit einer umfassenden physischen und psychischen Anamnese sowie einem integrativen Förderplan direkt in das Regelgeschäft der Jobcenter innerhalb von 14 Tagen rücküberführt. Innovativer Bestandteil der fundierten Anamnese ist die Soft-Skills-basierte Analyse, mit der ein Handlungsspielraum zur Veränderung und Persönlichkeitsentwicklung identifizierbar wird. Im Förderplan wird der Lösungsansatz zur nachhaltigen beruflichen Teilhabe der Zielgruppe fixiert. 75 bis 80 Prozent der Teilnehmenden münden in das Casemanagement ein. Bei diesen Leistungsberechtigten ist eine direkte Integration in den ersten Arbeitsmarkt nicht unmittelbar möglich. Hier wird ein engmaschiges, individuelles Unterstützungsangebot unterbreitet. Alle Teilnehmenden erwartet ein „eigenes“, passgenaues Unterstützungsangebot aufbauend auf dem Förderplan. Neben der Einbindung von Fachärzten und Psychologen beginnt unmittelbar nach der Fallkonferenz ein intensives Sozialcoaching, Gesundheitscoaching und Integrationscoaching. Im Casemanagement werden neue Perspektiven hinsichtlich der Verbesserung der persönlichen Lebenssituation erarbeitet. Die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung wird durch ein intensives sozialpädagogisches Jobcoaching in der Nachbetreuungs-/Stabilisierungsphase flankiert, um die Nachhaltigkeit der Arbeitsaufnahmen zu verstetigen.

G. A. T. wird extern durch uve GmbH für Managementberatung (Befragung von ExpertInnen) und social support GmbH (Befragung von Teilnehmenden) evaluiert. Die Befragung (Vollerhebung) von ExpertInnen wird jährlich persönlich durchgeführt. Die Teilnehmerbefragung findet fortlaufend online statt und ist freiwillig (n=249, Stand 3/2023).

Um messbare Veränderungen bei den Teilnehmenden zu identifizieren, werden Erwartungen und Ergebnisse abgeglichen sowie nach der Veränderung der beruflichen und gesundheitlichen Situation gefragt.

Ergebnisse

Das Projekt hat die geplante Zielgruppe erreicht und im Regelgeschäft bisher nicht identifizierte Problemlagen aufgedeckt. Aufgrund der überwiegend multimorbiden Gesundheitssituation der Teilnehmenden erhielten mindestens 95 Prozent eine Empfehlung für die Casemanagement Phase. Die Verbesserung der gesundheitlichen Situation war insofern für 75 Prozent der Hauptgrund für die Teilnahme. Im Projektverlauf hat die Zahl der Teilnehmenden mit multimorbiden Krankheitsbildern zugenommen. Sie bringen mehrheitlich eine auffallende Spannbreite an gesundheitlichen Zuständen mit. (z.B. Persönlichkeitsstörungen bis hin zu körperlichen und psychischen Behinderungen). Sie sind teilweise so sehr belastet, dass eine reine Lotsenfunktion im Casemanagement nicht umsetzbar ist.

Für die große Mehrheit der Befragten erwiesen sich die Empfehlungen des Fachteams im Förderplan als richtig. Bei vielen Teilnehmenden erfolgte eine Stabilisierung ihrer Situation sowie eine positive Veränderung in ihrer Einstellung. Die Selbstfürsorge ist durch eine verbesserte Struktur im Tagesablauf respektive durch soziale und ärztliche Anbindung ausgeprägter. Ein Drittel der Befragten geht es durch die Teilnahme gesundheitlich besser. Rückschließend trägt G. A. T. zum Erhalt oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bei und wirkt einer drohenden (Teil-)Erwerbsminderung entgegen. Die Wirkung ist insofern nachhaltig.

Die ExpertInnen konstatieren, dass die komplexe Arbeit im Modellprojekt so im Regelgeschäft nicht stattfindet.

Zur beruflichen Situation sind noch wenig belastbare Aussagen möglich, da das Projekt noch läuft. Im Oktober 2023 lag die Integrationsquote jedoch bereits bei 12 Prozent im Jobcenter Kreis Recklinghausen. Diese Ergebnisse spiegeln sich ebenfalls im Jobcenter Rhein-Berg wieder.

Diskussion und Fazit

Aufgrund der Komplexität der individuellen persönlichen Situation als auch der institutionellen Arrangements sind Kausalitäten zwischen Aktivitäten und Ergebnisse schwierig festzustellen. G. A. T. hat sowohl die gesundheitliche Situation als auch die Teilhabe der Zielgruppe verbessert. Für die gesundheitliche Verbesserung von befragten Teilnehmenden sind der Ansatz Diagnostik und anschließende Unterstützung bei der individuellen Umsetzung von Förderplänen (Casemanagement) statistisch belastbar. Aus persönlichen Anmerkungen der Befragten wird oftmals eine neue Weichenstellung erkennbar, die Mut macht, bereits während des laufenden Projekts, von einer nachhaltigen Wirkung sprechen zu können.

Take-Home-Message

Die interdisziplinären und innovativen Elemente so früh wie möglich bei einem günstigeren als üblichen Personalschlüssel im Regelgeschäft einsetzen.

Literatur

Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (2014): Kurzbericht 23/2014

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Versorgungsangebot zur Rehavorbereitung: Onlineplattform und optionales Coaching

Bettina Begerow; Linda Richter; Arne Mangels; Natalie Schüz

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Hintergrund und Zielstellung

Langzeiterkrankte Personen, die durch ihre Krankenkasse oder die Agentur für Arbeit aufgefordert werden, bei der Rentenversicherung einen Antrag auf medizinische Rehabilitation zu stellen, verlieren das so genannte Dispositionsrecht über das weitere Verfahren. Die Aufforderung zur Reha ist mit einer Frist versehen, deren Missachtung zu einem Entzug von Leistungen, wie Krankengeld oder Arbeitslosengeld führt. Diese Auflage trifft oftmals bei Personen mit gesundheitlichen und Teilhabeeinschränkung auf Ängste, Unsicherheit oder Unmut und die Rehabilitation wird nicht als die Chance angesehen, die sie eigentlich sein sollte. Ärger und Frustration über den Verlust des Dispositionsrechtes wird oftmals in Richtung Mitpatient:innen in der Rehabilitation kommuniziert. Darüber hinaus wird der Sinn der Rehabilitation in Frage gestellt, was eine motivierte Teilnahme erschwert und letztlich in geringerer Zufriedenheit mit dem Rehabilitationsverlauf mündet als bei nicht- aufgeforderten Rehabilitand:innen (Krischak et al., 2018). Bislang existiert kein Angebot, das diese Problematik adressiert und eine Unterstützung für diese Zielgruppe darstellt. Die Rehamaßnahme führt somit nicht zum angestrebten Erfolg im Hinblick auf Gesundheit und Teilhabe.

Die Projektidee ist, dass Informationen zu den Chancen einer Rehabilitation, eine bedarfsgerechte Vorbereitung mit Anbahnung eines Rehaziels sowie auf Wunsch auch eine persönliche Beratung durch einen Reha-Coach die Einstellung zur bevorstehenden Reha, die Mitwirkung in der Rehabilitation und den Erfolg steigern können.

Methoden

Projekt-Zielgruppe sind Versicherte der Rentenversicherungen Oldenburg-Bremen, Braunschweig-Hannover und Bund, die aufgrund einer Aufforderung zur Antragstellung nach § 51 SGB V und § 145 SGB III eine Bewilligung für die medizinische Rehabilitation erhalten haben. Der Rekrutierungszeitraum ist auf 27 Monate angelegt und beginnt im Januar 2024. Der potenzielle Pool an Teilnehmer:innen in dieser Zeit beläuft sich entsprechend der DRV- Statistiken auf etwa 67.000 Versicherte, die alle in die Intervention eingeladen werden.

Die neu entwickelte Intervention besteht aus einer interaktiven Onlineplattform mit Chatfunktion sowie einem optionalen persönlichen Reha-Coaching. Die Inhalte der Plattform können bedarfsorientiert ausgewählt werden.

Datengrundlage für die Entwicklung der Inhalte von Onlineplattform und Coaching bildete hauptsächlich eine pilotierende Studie sowie mehrere Fokusgruppentests.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit wird auf der Plattform eine randomisierte Kontrollgruppe generiert. Die Inhalte der Kontrollgruppe sind übernommen aus der Broschüre „So geht Reha!“ (Höder, Deck, 2015) und sind damit als hochwertiger anzusehen als die derzeit übliche Standardversorgung in der Rehavorbereitung. Das Projekt wird durch eine externe Prozess- und Ergebnisevaluation begleitet.

Ergebnisse

Aufgrund der partizipativen Entwicklungsstrategie wurden folgende Themen für die Onlineplattform gewählt und interaktiv aufbereitet: Informationen zu Therapieangeboten- und Planung, Behandlungssetting Gruppe, Rolle des Rehateams, Erwartungen an die Reha, Teilhabe- und Gesundheitsziele, Trennungssituation von Zuhause, Erläuterungen zum Entlassungsbericht und zu Angeboten nach der Reha. Zur stärkeren Individualisierung des Versorgungskonzeptes können ergänzende Coachingtermine in Anspruch genommen werden. Das Coaching findet auf Grundlage systemisch lösungsorientierter Beratung (Kriz, 2021) und dem Gesprächskonzept des Motivational Interviewing (Miller, Rollnik, 2015) statt. Der motivationspsychologische Ansatz der Onlineplattform verfolgt die Leitidee, dass Menschen durch selbstwirksame, emotional positiv besetzte Ziele optimal auf eine aktive Bewältigung ihrer Lebenssituation vorbereitet werden (Storch, 2009).

Diskussion und Fazit

Aufgrund des partizipativen Ansatzes bei der Entwicklung ist die Erwartung, dass das Versorgungskonzept in Anspruch genommen und akzeptiert wird. Durch die Auswahl und Aufbereitung der Inhalte ist die Erwartung, dass die Chancen der Reha erkannt werden und die Reha nach eigenen Zielen gestaltet werden kann. Insgesamt soll die Zufriedenheit mit der Reha in der Gruppe der aufgeforderten Versicherten durch das Versorgungskonzept verbessert werden.

Take-Home-Message

Über eine Online-Plattform kann es gelingen, Versicherten in unterschiedlichen Lebenssituationen eine bedarfsorientierte Unterstützung zur Rehavorbereitung anzubieten. Reha-Coaching kann dieses Versorgungsangebot individualisiert ergänzen.

Literatur

Höder, J., Deck, R. (2015). Absclussbericht Förderprojekt „Vorbereitung auf die Reha“ (2015); Förderkennzeichen 0421-FSCP-Z170.

Krischak, G., Kaluscha, R., Dannenmaier, J. (2018). Abschlussbericht: Adjustierung und Modifikation der Rehabilitandenbefragung (ADMO-1).

Kriz, J. (2021): Systemisches Coaching S. 401-16; in: Rauen, C. (Hrsg.) Handbuch Coaching; Hogrefe, Göttingen.

Miller, W. R., Rollnik, S. (2015): Motivierende Gesprächsführung; Lambertus-Verlag, Freiburg.

Storch, M. (2009): Motto-Ziele. S.M.A.R.T.-Ziele und Motivation S. 183-205; in: Birgmeier B (Hrsg.): Coachingwissen. Denn sie wissen nicht, das sie tun? VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Zwischen Wissenschaft und Praxis: Biografiekurven als Tool zur Ergründung (neuer) berufsbiografischer Orientierungen

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 Projektes BWEGUNG 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. 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 mittels biografischen Coachings zu ermöglichen. Dieses berufsbiografische Coaching hat dabei zum Ziel neue und alte berufsbiografische Orientierungen, Ressourcen und Wünsche (wieder) zu entdecken. Dafür wird seitens des:r Biografiecoaches:in innerhalb des beruflich-medizinischen Integrationsmoduls u.a. auf bereits in der Forschung erprobte Werkzeuge, die Erhebung von Biografiekurven und dazugehörige Biografiekurven-Interviews im Verlauf des Coachings zurückgegriffen um die biografischen Ressourcen der Teilnehmenden für die Erarbeitung neuer beruflichen Orientierungen zu schaffen. Diese Vorgehensweise schließt dabei sowohl an bestehende methodische Instrumente innerhalb der qualitativen empirischen Biografieforschung (bspw. Alsdorf, Rassmann, 2017) als auch an grundlegende Konzepte eben dieser, wie die Verschränkung von Biografie, Gesundheit und Krankheit (Ohlbrecht, 2023) sowie an das Bedingungsgefüge zwischen der Biografie eines Menschen und dessen Sinnerleben von und in der Arbeit (Badura, 2018), an. Der eingereichte Beitrag hat zum Ziel Gewinne und Herausforderungen des Transfers wissenschaftlicher biografischer Erhebungsmethoden in die Praxis des biografischen Coachings zur Genese neuer berufsbiografischer Orientierungen und nachhaltiger Berufsperspektiven im Kontext der beruflichen Rehabilitation am Beispiel der Biografiekurve in den Blick zu nehmen.

Methoden

Im Rahmen der zum Zeitpunkt der Einreichung abgeschlossenen Durchläufe des 12- wöchigen beruflich-medizinischen Integrationsmoduls wurden von allen Teilnehmenden Biografiekurven und zugehörige Biografiekurven-Interviews (N=40) erhoben. Diese wurden durch die wissenschaftliche Begleitung analysiert und zusätzlich mit den ersten Ergebnissen der wissenschaftlichen Evaluation (Expert:inneninterviews, Beobachtungen, SOC- Fragebögen, qualitative Nachbefragungen sowie Evaluationsbögen) des Modellvorhabens flankiert um erste Erkenntnisse für den Nutzen (berufs-) biografischer wissenschaftlicher Instrumente im Zuge eines biografischen Coachings in den Blick zu nehmen.

Ergebnisse

Die ersten Ergebnisse der Evaluation zeigen die Gewinne berufsbiografischer Ansätze in der Arbeit mit den Teilnehmenden für die Entwicklung neuer beruflicher Perspektiven und (neuer) biografischer Ressourcen, die als ein positives Element zur beruflichen (Wieder-) Eingliederung am ersten Arbeitsmarkt führen können. Es zeigt sich, dass gezielte (berufs-) biografische Arbeit biografische Ressourcen „wieder“ entdecken und neue Sinnquellen eröffnen lässt, die eine berufliche (Neu-) Orientierung an und mit den Teilnehmenden begünstigen.

Diskussion und Fazit

Die ersten Evaluationsergebnisse verweisen auf Potentiale im Einsatz der berufsbiografischen Elemente für die berufliche Neu- und Wiedereingliederung, die es weiterhin zu prüfen gilt. Zusätzlich steht die Frage im Raum, wie der Transfer der eingesetzten Instrumente bspw. durch Verkürzungsstrategien und konzeptionelle Schärfung zur Entwicklung einer eigenständigen neuartigen Praxis nutzbar gemacht und in weiteren Bereichen der beruflichen Rehabilitation flächendeckend eingesetzt werden kann.

Take-Home-Message

Biografisch-analytische Arbeit kann als Ressource innerhalb der beruflichen Rehabilitation gesehen werden, die durch den gezielten Einsatz vormals vorrangig wissenschaftlicher Instrumente, wie die Erhebung von Biografiekurven und zugehörigen Interviews in (berufs-) biografischen Coachingsettings, die in die Praxis transferiert werden können, aussichtsreiche Gewinne für die Ausarbeitung von Teilhabezielen aus betroffenen Perspektive, einer neuer beruflicher Orientierung sowie neuer Sinnquellen genutzt werden kann.

Literatur

Alsdorf, N., Rassmann, S. (2017): Biographiekurve. In: Alsdorf, N. et al. (Hrsg): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung. Bielefeld: transcript, S.315 – 320.

Badura, B. (2018): Über sinnstiftende Arbeit. In: Badura, B. et al.: Fehlzeiten-Report 2018. Schwerpunkt: Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Berlin/: Springer Verlag. Heidelberg, S. 1-7.

Ohlbrecht, H. (2023): Biographieforschung im Kontext von Gesundheit und Krankheit. In: Nittel, D. (Hrsg.): Handbuch, 1. Auflage – Weinheim: Beltz Juventa, S. 631-645.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), rehapro

Ein evidenzbasierter bewegungstherapeutischer Algorithmus zur Versorgung von Long-COVID-Betroffenen

Maximilian Köppel[1]; Stefan Peters[1,2]; Uwe Schwan[1]; Tilo Späth[3]; Gerhard Huber[1]

[1] Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V.;
[2] Universität der Bundeswehr, Neubiberg;
[3] VAMED Gesundheit Holding Deutschland GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Seit Beginn der Pandemie sind ca. 40 Millionen COVID-19-Infektionen in der Bundesrepublik registriert worden. Nach einer akuten COVID-19-Erkrankung, welche eine Multiorgan- Krankheit mit vielfältigen Manifestationen darstellt, gibt es eine gewisse Anzahl von Patientinnen und Patienten, die langfristige Beschwerden wie z. B. Fatigue, Dyspnoe und Gelenksschmerzen aufweisen (Long-COVID bzw. Post-COVID-Syndrom (LC/PCS)) (Akbarialiabad et al., 2021). Die Krankheitsbilder LC und PCS zeichnen sich durch eine hohe Heterogenität und Komplexität aus. Da sie vergleichsweise jung sind, ist die Studienlage zur Rehabilitation von LC/PCS noch lückenhaft und dementsprechend mangelt es auch an evaluierten Behandlungskonzepten. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen evidenzbasierten bewegungstherapeutischen Algorithmus zu entwickeln.

Methoden

Zunächst wurde eine Literaturrecherche zur Epidemiologie, Symptomatik, Diagnostik und bewegungstherapeutischen Interventionen von LC durchgeführt. Anschließend wurden Module zum Assessment, Triagierung und Bewegungstherapie abgeleitet. Lagen keine originären Studien mit LC/PCS Patienten vor, wurde auf Literatur zu anderen Indikationen zurückgegriffen, die an vergleichbaren Symptomen leiden.

Ergebnisse

Der bewegungstherapeutische Algorithmus gliedert sich in vier Prozessebenen. Auf der ersten Ebene steht das multidimensionale Assessment auf dessen Basis die Betroffenen in eine von drei Gruppen triagiert werden: Patienten mit (1) kritischer, (2) eingeschränkter und (3) unbedenklicher Belastbarkeit. Je nach Gruppenzuweisung folgt nun ein angepasstes PACING-Protokoll (Parker et al., 2023), welches von Entspannungs-, Achtsamkeits- und Atemtraining hin zu konventionellem konditionellen Training reicht. Um den Gesundheitszustand der eng zu überwachenden Betroffenen zu quantifizieren, werden Methoden von n-of-1 Trials eingesetzt.

Diskussion und Fazit

Das hochkomplexen und heterogenen Krankheitsbilder LC/PCS, bedürfen individualisierter und gut kontrollierter Ansätze, um eine Enervation der Symptome („crash“) zu verhindern und bei den Patienten, z. B. im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen, die Funktionsfähigkeit zu

verbessern. Durch die Methoden eines n-of-1 Trials erhalten Therapeuten darüberhinaus eine Möglichkeit, ihre Therapie jederzeit zu adjustieren und langfristig zu optimieren.

Take-Home-Message

Long-COVID bzw. Post-COVID-Syndrom stellen hochkomplexe Krankheitsbilder dar, was dazu führen kann, dass Rehabilitanden sehr unterschiedlich auf eine Bewegungsintervention reagieren. Eine engmaschige Supervision ist daher anzuraten, um möglichst eine langsame Heranführung an alltägliche Belastung zu erreichen.

Literatur

Akbarialiabad, H., Taghrir, M. H., Abdollahi, A., Ghahramani, N., Kumar, M., Paydar, S. & Bastani, B. (2021). Long COVID, a comprehensive systematic scoping review. Infection, 1- 24.

Parker, M., Sawant, H. B., Flannery, T., Tarrant, R., Shardha, J., Bannister, R. & Sivan, M. (2023). Effect of using a structured pacing protocol on post-exertional symptom exacerbation and health status in a longitudinal cohort with the post-COVID-19 syndrome. Journal of Medical Virology, 95(1), e28373.

Interessenkonflikt: Der Deutsche Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS e.V.) bietet Qualifikationen zur bewegungstherapeutischen Versorgung von Patienten mit Long-Covid an.

Funktionelle Kombinationsdiagnostik (fKoDia) - ein Ansatz zur aktivitätenorientierten Funktionsdiagnostik am Beispiel von Long-/Post-COVID-Betroffenen

Anke Menzel-Begemann; Klaus Peikenkamp

Fachhochschule Münster

Hintergrund und Zielstellung

Diagnostische Prozesse sind wesentliche Grundlage zur Darlegung gesundheitlicher Problemlagen sowie für Prognosen des Rehabilitationsverlaufes und Begründungen nachfolgender Teilhabeleistungen. Das für die Rehabilitation zentrale Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung legt verschiedene Ansatzpunkte für die Diagnostik nahe. Die Untersuchung von Körperfunktionen – z.B. sprachliche, motorische und kognitive – nimmt dabei einen hohen Stellenwert ein und wird häufig eher separiert von speziell ausgebildeten Gesundheitsprofessionen durchgeführt. Aus einer solchen Vorgehensweise können Nachteile erwachsen, wenn erst eine gleichzeitige Beanspruchung verschiedener Funktionen – wie sie bei (berufs)alltäglichen Anforderungen allgegenwärtig ist – ein kritisches Anspruchsniveau hervorruft und Leistungsdefizite erkennbar werden lässt. Eine separierte Funktionsdiagnostik kann dann in eine Überschätzung der funktionsbezogenen Leistungsfähigkeit sowie prognostizierten Alltagsleistung münden. Hoch relevant kann dies bei Personen mit einem prämorbid hohen Leistungsniveau sein, für die sich in der separierten Untersuchung häufig ein im Vergleich zu ihren Alltagsanforderungen deutlich reduziertes Anspruchsniveaus darstellt. Subjektive Einschätzungen und Alltagserfahrungen entsprechen

dann oftmals nicht den objektiven Untersuchungsergebnissen (Iglseder, Helbok, 2023). Ein solches Phänomen ist vermehrt im Zusammenhang mit COVID-19-Infektionen oder Post- Vac- Beschwerden zu beobachten: Betroffene – insbesondere nach milden Verläufen – berichten über (berufs)alltagsrelevante körperliche, kognitive und/oder psychische Einbußen, die sich nicht immer durch objektive Messmethoden untermauern lassen (Kersten et al., 2021) und/oder für die kein organisches Korrelat identifiziert werden kann (ExpertInnenrat der Bundesregierung zu Covid-19, 2022). Vor diesem Hintergrund ist es Zielsetzung dieser Machbarkeitsstudie, einen Ansatz zu erproben, der ein (zunächst) zwei Funktionsbereiche gleichzeitig adressierendes Anforderungsniveau mit paralleler Messung kognitiver und motorischer Parameter beinhaltet. Damit soll untersucht werden, ob alltagsbezogene Anforderungsniveaus (valider) abgebildet, Defizitmuster (zuverlässiger) aufgedeckt und eine präzisere diagnostische und prognostische Aussage getroffen werden kann.

Methoden

Es nahmen 60 volljährige Personen unterschiedlichen Geschlechts, Alters und Bildungsgrades unter folgenden Einschlusskriterien teil: bestehende Berufsfähigkeit (ggf. AU während des Untersuchungszeitraums); per PCR-Test nachgewiesene, mindestens sechs Monate zurückliegende SARS-CoV-2-Infektion mit mildem Verlauf und ohne stationäre Aufnahme; subjektiv berichteter Funktionsstatus Grad 2-3 gemäß Leitlinie Long/Post-COVID von 2022; keine neurologischen resp. assoziierten (Vor-)Erkrankungen u./o. vorbestehenden chronischen motorischen Beeinträchtigungen u./o. akuten Brüche o.ä.; Fähigkeit zum Verstehen und Umsetzen resp. Beantworten verbaler und schriftlicher deutschsprachiger Instruktionen; ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung hinsichtlich Studienteilnahme. Die Datenerhebungen erfolgten an drei nicht aufeinanderfolgenden Tagen. An den ersten beiden Tagen wurden die Bedingungen „Motorik“ (vgl. Tab. 1, Spalte 1) und „Kognition“ (vgl. Tab. 1, Spalte 2) durchgeführt, deren Reihenfolge randomisiert wurden. Der dritte Erhebungstag beinhaltete bei allen die Bedingung „Kombination Motorik/Kognition“ (vgl. Tab. 1, Spalte 1+2).

Tab. 1: Übersicht der motorischen und kognitiven Anforderungen

motorische Anforderungen	kognitive Anforderungen
Handkraft	
Gehen auf dem Walkolution*	basale Verarbeitungsgeschwindigkeit
Reaktionszeit (Fuß-/Bein-Bewegung)	verbales Gedächtnis
statisches Gleichgewicht auf unebener Unterlage – weiter Linienstand	selektive Aufmerksamkeit
– geschlossener Linienstand	Verarbeitungstempo und Merkleistung
– geschlossener Parallelstand	kognitive Flexibilität
Kreisgang	verbales Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnis
Reaktionszeit (Arm-Hand-Bewegung)	Wortflüssigkeit
Gehen auf dem Walkolution*	basale Verarbeitungsgeschwindigkeit
Handkraft	
**motorloses Laufband, das durch eigene Gehbewegung angetrieben wird*	

Die Abbildungen 1a-1c (links nach rechts) zeigen beispielhaft die Kombination von Anforderungen:

Abb. 1a: Kombination "Gehen auf Walkolution": "basale Verarbeitungsgeschwindigkeit“

Abb. 1b: Kombination "statisches Gleichgewicht auf unebener Unterlage": "Verarbeitungstempo und Merkleistung“

Abb. 1c: Kombination „Reaktionszeit (Fuß-/Bein-Bewegung)": "Verarbeitungstempo und Merkleistung“

Basierend auf den drei Bedingungen werden die Daten über abhängige t-Tests oder Wilcoxon-Tests ausgewertet (α=0,05), um folgende Hypothesen zu überprüfen.

H1-1: Es gibt einen signifikanten Unterschied bezüglich der erhobenen motorischen Daten zwischen der Bedingung „Motorik“ und „Kombination“.

H1-2: Es gibt einen signifikanten Unterschied bezüglich der erhobenen kognitiven Daten zwischen der Bedingung „Kognition“ und „Kombination“.

Ergebnisse

Die Datenanalyse ist ab Mitte November vorgesehen. Ergebnisse können erst zum Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium präsentiert werden. Hierzu zählen auch gebündelte Angaben zu Akzeptanz und Erfahrungen bei der Durchführung.

Diskussion und Fazit

Die kombinierte Funktionsdiagnostik stellt einen innovativen diagnostischen Zugang dar, die zudem auf ein neu aufgetretenes und noch nicht gänzlich durchdrungenes Krankheitsbild angewendet wurde, für das diagnostikbezogene Entwicklungsbedarfe formuliert werden (ExpertInnenrat der Bundesregierung zu COVID-19, 2022; Peper, Schott, 2021). Bei hinweislicher Eignung der funktionellen Kombinationsdiagnostik bieten die Ergebnisse Potenziale für eine Normierung, eine Ergänzung um physiologische und medizinische Parameter sowie die Auseinandersetzung mit Transfererfordernissen für die Regelversorgung und einer Übertragbarkeit auf andere Erkrankungen, bei denen eine kombinierte Funktionsdiagnostik zielführend sein kann.

Take-Home-Message

Die kombinierte Funktionsdiagnostik ist ein innovativer Ansatz, der durch gleichzeitige Beanspruchung motorischer und kognitiver Funktionen alltagsrelevante Defizite besser sichtbar machen möchte.

Literatur

ExpertInnenrat der Bundesregierung zu COVID-19 (2022): Stellungnahme bzgl. Erforschung von Long/ Post-COVID und klinische Versorgung Betroffener verbunden mit der notwendigen Aufklärung und Kommunikation. Datum der Veröffentlichung 15.05.2022. https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2040048/feffdcc21a9892def37df142e4fe b9b6/9-stellungnahme-long-covid-data.pdf?download=1.

Iglseder, S., Helbok, R. (2023): Post-COVID-19-Syndrom. Ein heterogenes Krankheitsbild aus der Sicht der Neurologie. Psychopraxis – Neuropraxis, 26, S. 88-93.

Kersten, J.; Baumhardt, M.; Hartveg, P.; Hoyo, L.; Hüll, E.; Imhof, A.; Kropf-Sanchen, C.; Nita, N.; Mörike, J.; Rattka, M.; Andreß, S.; Scharnbeck, D.; Schmidtke-Schrezenmeier, G.; Tadic, M.; Wolf, A.; Rottbauer, W.; Buckert, D. (2021): Long COVID: Distinction between Organ Damage and Deconditioning. J. Clin. Med., 10, 3782. https://doi.org/10.3390/jcm10173782.

Peper, M., Schott, J. (2021): Neuropsychologische Störungen bei coronavirusassoziierten Erkrankungen. Erscheinungsbild, Diagnostik und Rehabilitation; Zeitschrift für Neuropsychologie, 32 (4), S. 195– 221.

Förderung: Institut für Interdisziplinarität - Gesundheit - Technik - Arbeitsfähigkeit der Fachhochschule Münster

Ohne Hand und Fuß – neue Möglichkeiten der Schmerzbehandlung bei Amputationen?

Regine Stelzhamer

BG Klinikum Duisburg

Hintergrund und Zielstellung

Nach einer Amputation treten bei bis zu 75% aller Betroffenen entweder ein zentraler Phantomschmerz und/oder ein peripherer nozizeptiv-vermitteleter Stumpfschmerz, hierzu zählen mit einem Anteil von 80% Stumpfneurome. Beide Schmerzqualitäten können sich gegenseitig unterhalten und chronifizieren häufig (z.B. Hsu, Cohen, 2013).

Zusätzlich treten bei Amputation der unteren Extremität, aufgrund der veränderten Köperstatik, sowie der Schmerzen bei bis zu 70% Rückenschmerzen auf. Die Schmerzen im unteren Rückenbereich betreffen 52% - 89% der Patient*innen und haben einen hohen Anteil im Vergleich zur geschätzten mittleren globalen Prävalenz für Rückenschmerzen von bis zu 31% (Luetmer et al., 2019). Ebenfalls schmerzbedingt sinkt die Akzeptanz eine Exoprothese zu tragen, dabei ist es irrelevant wie hochwertig die Versorgung ist.

Die medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapieeffekte bleiben beschränkt und die Schmerzreduktion oft unzureichend (Ephraim et al., 2005), mit großem Nebenwirkungsprofil wie Müdigkeit oder Antriebslosigkeit. In den AWMF-S3-Leitlinie (005/010) stellt die Operation eine Behandlungsoption bei schmerzhaften Stumpfneuromen erst nach Versagen konservativer Maßnahmen dar.

2007 wurde für die obere Extremität der selektive Nerventransfer beschrieben (Kuiken et al., 2007). Durch mikrochirurgische Nerv-Nerv-Koaptation (Aszmann et al., 2010) oder Nerv-Muskel-Neurotisation (Kuiken et al., 2007) kommt es zu einer nachhaltigen Schmerzreduktion (Dumanian et. al., 2019).

Im Jahr 2019 wurden erstmalig Ergebnisse präsentiert, dass ein selektiver Nerventransfer im Bereich der unteren Extremität die auftretenden Schmerzen reduziert. (Dumanian et al., 2019).

Zielstellung:

Ziel des Innovationsprojekts ist zu untersuchen, ob ein präventiver selektiver Nerventransfer bei Patient*innen mit elektiver Amputation der unteren Extremität zur Vermeidung von Stumpfneuromen und/oder Stumpfassoziierten Schmerzen führt.

Methoden

Prospektive, longitudinale Beobachtungsstudie

15 Patient*innen mit Chronifizierung von Schmerzen, aufgrund von Spätkomplikation nach initialem Extremitätenerhalt

Beobachtungsdauer pro Patient*in 13 Monate.

Schmerzerfassung mittels validierten Fragebögen DASS 21, Pain Disability Index, Pain Detect, Pain Catastrophizing Scale, von Korff.

Die Lebensqualität (validierte Fragebögen EQ-5D, PHQ-2), berufliche Teilhabe (Krankheitstage) und die Mobilität (Objektivierung kinematischer Parameter mittels videobasierten, markerlosen 3D Ganganalyse und Oberflächenelektromyographie); Messung der Ausdauer mittels 6 Minuten Gehtest.

Ergebnisse

Wir erwarten, dass die Nachhaltigkeit eines selektiven Nerventransfers in der Amputationschirurgie aufgezeigt werden kann. Die Schmerzreduktion könnte gemäß unserer Erwartung zu einer Toleranzsteigerung der Prothese und zu einer Reintegration und gesteigerten Teilhabe des Versicherten führen. Es wird erwartet, dass sich im Begründungskontext der ICF Mobilität, Fortbewegung eine deutliche Verbesserung messen lässt.

Diskussion und Fazit

Die gegenwärtige Rehabilitation chronifizierter Postamputationsschmerzen hat im Reha- Management eine uneingeschränkte Bedeutung. Es werden alle Fälle übernommen, die einen Zeitraum von mehr als 16 Wochen überschreiten (vgl. Blumenthal, 2012). Dies verursacht nicht nur enorme sozioökonomische Kosten, gesundheitswirtschaftlich extrem hohe Langzeitbehandlungskosten (Medikamente und Therapien), sondern beeinträchtigen vor allem auch die Lebensqualität der betroffenen Personen in hohem Maße. Die niedrige Akzeptanzrate von kostenintensiven High-Tech Prothesen zu nicht effizienten Mehrkosten für den Versicherungsträger. Die auf der einen Seite innovativen und für gehandicapte Menschen essentiellen Möglichkeiten, ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität und/oder berufliche/soziale Teilhabe zu erweitern, führen auf der anderen Seite zu erheblich gestiegenen Ausgaben. Seitens der GKV stiegen die Kosten für Hilfsmittel von 5,25 Milliarden

Euro (2006) auf 8,07 Milliarden Euro (2017). Ebenfalls ist zu erwarten, dass im Laufe der nächsten Jahre myoelektrische Exoprothesen für die untere Extremität gebaut und über die residuenhaft verbliebene Muskulatur gesteuert werden. Somit ist ein selektiver Nerventransfer prospektiv auch als ein Steuerungselement zu verstehen.

Take-Home-Message

Das Konglomerat aus subjektiven und objektiven Messparametern, lässt eine diametrale Betrachtungsweise zu, somit ist zu erwarten, dass bisherige aufgewendete finanzielle Ressourcen effektiver verteilt und im besten Fall deutlich minimiert werden können.

Literatur

Aszmann, O. C., Moser, V. & Frey, M. (2010): Die Behandlung chronisch schmerzhafter neurome mittels end-zu-seit neurorraphie. Handchirurgie Mikrochirurgie·Plastische Chirurgie, 42(04), 225-232.

Dumanian, G. A., Potter, B. K., Mioton, L. M., Ko, J. H., Cheesborough, J. E., Souza, J. M. & Kuiken, T. A. (2019): Targeted muscle reinnervation treats neuroma and phantom pain in major limb amputees: a randomized clinical trial. Annals of surgery, 270(2), 238-246.

Ephraim, P. L., Wegener, S. T., MacKenzie, E. J., Dillingham, T. R., Pezzin, L. E. (2005): Phantom pain, residual limb pain, and back pain in amputees: results of a national survey. Arch Phys Med Rehabil 86(10), 1910-1919.

Hsu, E., Cohen, S. P. (2013): Postamputation pain: epidemiology, mechanisms, and treatment. Journal of pain research, 6, 121.

Kuiken, T. A., Miller, L. A., Lipschutz, R. D., Lock, B. A., Stubblefield, K., Marasco, P. D., Zhou, P., Dumanian, G. A. (2007): Targeted reinnervation for enhanced prosthetic arm function in a woman with a proximal amputation: a case study. Lancet 369(9559): 371-380.

Luetmer, M., Mundell, B., Kremers, H. M., Visscher, S., Hoppe, K. M., Kaufman, K. R. (2019): Low Back Pain in Adults With Transfemoral Amputation: A Retrospective Population-Based Study. PM&R 11 (9), 926-933.

Patientenbeteiligung bei der Verbesserung der Prognose und der Lebensqualität bei Darmkrebs

Cassandra Lill[1]; Alexander Katalinic[1]; Ruth Deck[1]; Martina Oberländer[1]; Christian Sina[2]; Stefanie Derer-Petersen[2]; Holger Sültmann[3]; Nikolas von Bubnoff[2]; Timo Gemoll[1]; Hauke Busch[1]; Peter Jülg[4]

[1] Universität zu Lübeck; [2] Universitätsklinikum Schleswig-Holstein;
[3] Deutsches Krebsforschungszentrum;
[4] Hahn-Schickard-Gesellschaft für angewandte Forschung e.V.

Hintergrund und Zielstellung

Weltweit erkranken immer mehr Menschen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren an Darmkrebs. Durch das junge Erkrankungsalter sind die Patient*innen häufig von Rezidiven betroffen. Darum sind hier eine wirksame Vorsorge und Früherkennung, langfristige Nachsorge sowie eine Anpassung des Lebensstils besonders wichtig.

Das Verbundprojekt OUTLIVE-CRC will Möglichkeiten zur Rückfallprophylaxe bei jüngeren Darmkrebsbetroffenen erforschen. Im Rahmen des Projekts wird ein neuartiges „Multimarker- Risikopanel" entwickelt, das mittels Hochleistungscomputern und künstlicher Intelligenz (KI) Daten auswertet, um aussagekräftige Risikomarker zu identifizieren.

Innerhalb des Verbunds greift das Teilprojekt „Patientenbeteiligung" die Forderung nach mehr partizipativer Forschung auf. Ziel ist die Ausrichtung der Versorgung an den Bedürfnissen von Patient*innen sowie die Berücksichtigung ihrer Perspektive und Wünsche bei den Untersuchungen und Therapien. Ängste und Vorbehalte sollen abgebaut werden, damit Hürden für eine nachhaltige Prävention bei Darmkrebsbetroffenen gesenkt werden können.

Methoden

Rekrutierung

Als Patientenvertreter*innen (PV) wurden Darmkrebspatient*innen mit einem Erkrankungsalter vor ihrem 50. Lebensjahr gesucht, die an verschiedenen Bereichen des Projekts mitwirken wollen. Dafür wurden über siebzig verschiedene Stellen kontaktiert, u.a. regional und überregional tätige Selbsthilfegruppen, Patientenverbände, Schwerpunktpraxen, Patientennetzwerke, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen und Online-Plattformen von Darmkrebsbetroffenen.

Vorgehen

Das Vorgehen der Patientenbeteiligung basiert auf dem Stufenmodell von Wright (Wright, 2010) und folgt den Empfehlungen einer sinnvollen Beteiligungsstrategie in der Gesundheits- bzw. klinischen Forschung der DLR-Projektträger (Schütt et al., 2023). Um die Perspektive der PV in die Forschungsarbeit aufzunehmen, sind mit ihnen qualitative Methoden (u.a. Fokusgruppen, Gruppendiskussionen, Telefon-Interviews), quantitative Abfragen zur Akzeptanz einzelner Interventionen, zur Formulierung von Anforderungen an Testverfahren, zur Verträglichkeit von Ernährungsinterventionen, zum Ressourcenverbrauch, aber auch die Pilotierung und Kommentierung von Befragungsinstrumenten und die Bewertung der Laienverständlichkeit der zu veröffentlichenden Texte geplant. Weiterhin sollen die PV die App evaluieren, die im Rahmen einer Ernährungsstudie verwendet wird.

Alle Aufgaben werden in Themenpaketen so aufbereitet, dass Aufgabenstellung, Arbeitsaufwand und Zeitumfang klar formuliert sind. Außerdem erhalten PV eine Aufwandsentschädigung und Erstattung aller Kosten, die ihnen im Rahmen der Zusammenarbeit entstehen.

Ergebnisse

Auf Grund bestehender Erfahrungen mit Patientenbeteiligung in früheren Projekten (Hüppe et al., 2020; Rutsch et al., 2020) lag der Schwerpunkt zunächst in der Aufbereitung der Forschungsinhalte. Wichtig waren dabei die Zugänglichkeit und Laienverständlichkeit der Projektinformationen sowie eine ausführliche Beschreibung der Arbeit als PV. Dafür wurden eine eigene Homepage und Informationsmaterial erstellt. Auf der Homepage sind u.a. Kurzinterviews mit den Forschenden zu ihrem Teilprojekt, ein Erfahrungsbericht eines langjährigen PV, Texte und Links zum Hintergrund des Projektes und ein geschlossener Mitgliederbereich, in dem alle wichtigen Termine und Arbeitsmaterialen hinterlegt sind, zu finden.

Zum jetzigen Zeitpunkt sind 28 PV eingeschlossen, mit denen die aktive Zusammenarbeit im November 2023 beginnt. Es ist eine Auftaktveranstaltung geplant, die sich aus einer Online- Informationsveranstaltung und einem Laborrundgang auf dem Campus Lübeck zusammensetzt. Dort werden die Projektinhalte ausführlich und mit Gelegenheit zu direkten Fragen vorgestellt und die Möglichkeit gegeben, die Forschenden persönlich kennenzulernen und Einblicke in die einzelnen Arbeitsbereiche zu erhalten.

Diskussion und Fazit

In Deutschland ist die Patientenbeteiligung noch kein integraler Bestandteil der klinischen Forschung. Geeignete Methoden und benötigten Ressourcen werden im laufenden Projekt ermittelt. Dies erfordert ein flexibles Vorgehen und ein anpassbares Methodenrepertoire. Patientenbeteiligung wird zunehmend von Förderern und Politik gefordert, so dass auch deren Bedeutung in der Rehabilitationsforschung weiter ansteigen wird. Die von uns erarbeiteten Strategien können mit geringfügigen Modifikationen auf die Patientenbeteiligung in der Rehabilitationsforschung übertragen werden. Die Perspektive von Rehabilitand*innen kann u.a. bei der Erarbeitung von neuen Therapiekonzepten einbezogen werden.

Take-Home-Message

Die Beteiligung von Betroffenen bei der Entwicklung neuer Therapien berücksichtigt deren Bedürfnisse und verbessert Nutzung und Compliance dadurch nachhaltig.

Literatur

Hüppe, A., Langbrandtner, J., Lill, C., Raspe, H. (2020): The effectiveness of actively induced medical rehabilitation in chronic inflammatory bowel disease—results from a randomized controlled trial (MERCED). Dtsch Arztebl Int; 117. 89–96.

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. 378.

Schütt, A., Müller-Fries, E. & Weschke, S. (2023): Aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der Gesundheitsforschung. Eine Heranführung. Bonn/Berlin: DLR Projektträger.

Wright, M. T. (Hrsg.) (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

techCov: Effekte technischer (tech) Behandlungsansätze auf neurologisch betonte Long- und Post-Covid-Symptome (Cov): milde hyperbare Oxygenierung und Cryotherapie

Anke Menzel-Begemann; Klaus Peikenkamp

Fachhochschule Münster

Hintergrund und Zielstellung

Die Covid-Pandemie stellt Gesellschaften und Gesundheitssysteme vor Herausforderungen. Nicht nur die akute verlangt nach personellen, materiellen und finanziellen Anstrengungen, auch Langzeitfolgen – im Übrigen nicht nur nach schweren, sondern auch sog. milden Verläufen – bedeuten eine Belastung für Betroffene und Gesundheitssysteme. Neben pneumo- und kardiologischen sind häufig auch neurologische Komplikationen und darüber kognitive sowie motorisch-funktionelle Beeinträchtigungen inklusive Schmerzen beschrieben. Betroffene erfahren dadurch eine reduzierte Lebensqualität (u.a. Peter et al., 2022) und eine häufig lange private und berufliche Teilhabeeinschränkung (Brehon et al., 2022; Techniker Krankenkasse, 2022). Geeignete Behandlungsmethoden sind gleichermaßen dringend wie schwierig, denn „notwendige therapeutische Maßnahmen stehen entweder in nicht genügender Anzahl zur Verfügung oder werden trotz entsprechender Indikation nicht ausreichend verordnet. Weitere Untersuchungen sind [daher] notwendig, um die Wirksamkeit von Therapien zu belegen“ (Lemhöfer et al., 2022, S. 152). An dieser Stelle setzt dieses Vorhaben an, indem es sich einem innovativen Ansatz widmet, der den Einfluss milder hyperbarer Sauerstoffanwendung (mHBO) und Kryotherapie (mCT) auf neurologisch betonte Symptome nach milder SARS-CoV-2-Infektion untersucht.

Sowohl Oxygenierung (HBO) als auch Cryotherapie (CT) werden bereits zur Behandlung verschiedener Krankheiten angewendet. Auch zu Covid-Spätfolgen erfolgen erste Studien und die Ergebnisse erlauben die Vermutung, dass Sauerstoffbehandlungen positive Wirkung auf kognitive Leistungen sowie Schmerzerleben erzielen sowie die Kältetherapie Schmerzen und isometrische (Hand-)Kraft positiv beeinflusst. Angesichts dessen sind auch Vermutungen zur positiven Wirkung einer reduzierten Sauerstoff- und Kälte-Dosierung (mHBO/mCT) auf bekannte Pathomechanismen (chronische Entzündungsprozesse, reduzierte Sauerstoffversorgung) begründbar. Eine Überprüfung dieser Vermutung war Anlass für dieses Vorhaben.

Methoden

Es nahmen 60 volljährige Personen unterschiedlichen Geschlechts, Alters und Bildungsgrades unter folgenden Einschlusskriterien teil: bestehende Berufsfähigkeit (ggf. AU während des Untersuchungszeitraums); per PCR-Test nachgewiesene, mindestens sechs Monate zurückliegende SARS-CoV-2-Infektion mit mildem Verlauf und ohne stationäre Aufnahme; subjektiv berichteter Funktionsstatus Grad 2-3 gemäß Leitlinie Long/Post-COVID von 2022); keine neurologischen resp. assoziierten (Vor-)Erkrankungen u./o. vorbestehenden chronischen motorischen Beeinträchtigungen u./o. akuten Brüche o.ä.; ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung hinsichtlich Studienteilnahme. Die Teilnehmenden wurden auf die drei in Tab. 1 beschriebenen Interventionsbedingungen verteilt:

Tab. 1: Interventionsbedingungen techCov

	Bedingung 1	Bedingung 2	Bedingung 3
Art der Anwendung	milde hyperbare Sauer-stoffanwendung Sauerstoffkonzentration 88-92%; Umgebungsdruck 1,5 ata	milde Kälteanwendung -85°C	milde hyperbare Sauer-stoffanwendung + milde Kälteanwendung hintereinander am selben Tag
Dauer	90 Min.	ca. 4 Min. abhängig von Personenmerkmalen	90 Min. + ca. 4 Min.
Häufigkeit	10x	10x	(je) 10x

Bei allen Versuchsgruppen erfolgte vor der ersten sowie nach der zehnten Applikation die Datenerhebung. Die Erhebungsmethoden – deren Auswahl den in den Covid-Leitlinien formulierten Diagnoseempfehlungen sowie den Empfehlungen des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu Covid-19 (2022) folgt – adressieren kognitive, bewegungsbezogene sowie subjektive Parameter u.a. zu Schmerzen, Teilhabe und Lebensqualität.

Für jeden Parameter werden folgenden Hypothesen überprüft:

H1-1: Es gibt einen signifikanten Unterschied bezüglich des Parameters Pi (i=1,…,n) zwischen den beiden Messzeitpunkten T0 und T1.

H1-2: Es gibt einen signifikanten Unterschied bezüglich des Parameters Pi (i=1,…,n) zwischen den drei Interventionsbedingungen.

H1-3: Es gibt einen oder mehrere signifikante Interaktionen bezüglich des Parameters Pi (i=1,…,n) zwischen den zwei Zeitpunkten und den drei Interventionsbedingungen.

Ergebnisse

Die Datenanalyse ist ab Mitte November vorgesehen. Ergebnisse können daher zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht, aber zum Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium präsentiert werden. Hierzu zählen auch strukturierte Angaben zur Akzeptanz und den Erfahrungen bei der Anwendung.

Diskussion und Fazit

Der Einsatz von milder hyperbarer Sauerstoffanwendung und milder Kälteanwendung stellt einen innovativen Behandlungsansatz dar. Angesichts der Versorgungslücke, die bei Long- /Post-Covid angesichts mangelnder nachweislich wirksamer therapeutischer Ansätze besteht (u.a. Lemhöfer et al., 2022), und des daraus resultierenden dringenden Bedarfs an gesicherten therapeutischen Ansätzen bei Long-/Post-Covid-Symptomen wird mit diesem Vorhaben eine hohe versorgungs- und auch forschungsbezogene Relevanz und Akzeptanz assoziiert. Bei Hinweisen auf eine gewünschte Wirkung und Wirksamkeit bieten die Ergebnisse Potenziale für eine Erweiterung des therapeutischen Spektrums bei Covid- Folgen.

Take-Home-Message

Der Einsatz von milder hyperbarer Sauerstoffanwendung und milder Kälteanwendung ist ein innovativer Behandlungsansatz bei Long-/Post-Covid, deren Wirkweise auf kognitions- und bewegungsbezogene Parameter untersucht wird.

Literatur

Brehon, K.; Niemeläinen, R.; Hall, M.; Bostick, G. P.; Brown, C. A.; Wieler, M.; Gross, D. P. (2022): Return-to-Work Following Occupational Rehabilitation for Long COVID: Descriptive Cohort Study. JMIR Rehabil Assist Technol; 9(3):e39883.

ExpertInnenrat der Bundesregierung zu Covid-19 (2022): Stellungnahme bzgl. Erforschung von Long/ Post-COVID und klinische Versorgung Betroffener verbunden mit der notwendigen Aufklärung und Kommunikation. Datum der Veröffentlichung 15.05.2022.

Lemhöfer, C.; Best, N.; Gutenbrunner, C.; Loudovici-Krug, D.; Teixido, L.; Sturm, C. (2021): Gefühlte und reale Arbeitsfähigkeit von Patient*innen mit Post- COVID Symptomatik nach mildem Akutverlauf: eine Analyse des Rehabilitation Needs Questionnaire (RehabNeQ). Phys Med Rehab Kuror.

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; 379:e071050.

Techniker Krankenkasse (TK) (2022): Gesundheitsreport 2022: Zwei Jahre Coronapandemie: Wie geht es Deutschlands Beschäftigten? Teil 2.

Förderung: Institut für Interdisziplinarität - Gesundheit - Technik - Arbeitsfähigkeit
der Fachhochschule Münster

Digitalisierung der Trainingsphase mittels der App PROTHERAFIT® im Präventionsangebot RV Fit

Marie Rosalind Hübner[1]; Nicole Lorenz[1]; Dieter Beh[1]; Johannes Schmidt[2]; Lena Tepohl[2]

[1] RehaZentren Baden-Württemberg gGmbH;
[2] Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) möchte mithilfe der Evaluation des innovativen Präventionsangebots "RV Fit Kompakt" das Prinzip "Prävention vor Reha vor Rente" stärken und digitale Präventionsangebote ausbauen. Die Herausforderung des heutigen Arbeitsmarktes ist ein Zusammenspiel aus demografischem Wandel und verlängerter Lebensarbeitszeit bei einer gleichzeitigen Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität (DRV, 2023). Dem daraus resultierenden Arbeitskräftemangel können Präventionsmaßnahmen u. a. durch eine Reduzierung von Krankheitstagen und der Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten entgegenwirken.

Die Nachfrage nach Präventionsangeboten ist allerdings groß. Das spiegelt sich auch in den langen Wartelisten für solche Maßnahmen wider. Internet- und mobilebasierte Interventionen für gesundheitsförderliche Programme haben in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Zum einen unterstützen sie die Behandlung von nicht-übertragbaren Krankheiten, zum anderen ermöglichen sie einen zeitnahen Beginn der Maßnahme für mehr Teilnehmende (Lin et al., 2013; Baumeister et al.; 2017). Dadurch wird ein bedarfsgerechtes Präventionsangebot mit niederschwelligem Zugang für alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigte geschaffen.

Das Modellprojekt "RV Fit Kompakt" ist eine digitale Weiterentwicklung von "RV Fit", bei der Teilnehmende die Trainingsphase mithilfe der App PROTHERAFIT® durchführen. Alle anderen Phasen des Präventionsprogramms sind identisch zum bestehenden Konzept. Bei der innovativen digitalen Trainingsphase durchlaufen die Teilnehmenden nicht nur ein zwölfwöchiges geführtes progressives Trainingsprogramm mit Übungsvideos und Vorträgen aus den Schwerpunkten Bewegung, Ernährung und Psychohygiene, sondern führen auch ein Aktivitätentagebuch, können im Chat Fragen stellen und haben auf dieser Grundlage einen wöchentlichen Austausch mit den Bezugstherapeuten der jeweiligen Klinik.

Ziel der Studie ist eine Nichtunterlegenheitsprüfung von "RV Fit Kompakt" im Vergleich zum bestehenden Präventionsprogramm "RV Fit". Bei einem gleichwertigen Outcome soll "RV Fit Kompakt" in die Regelversorgung der DRV aufgenommen werden. Denn eine Digitalisierung der Trainingsphase würde sich grundsätzlich als innovativer sowie flexibler Arbeitsprozess in allen Rehakliniken einsetzen lassen und die zu absolvierenden Einheiten können beliebig von den Teilnehmenden in ihren Alltag integriert werden.

Methoden

Bei der Studie handelt es sich um eine multizentrische, nicht-randomisierte Interventionsstudie. Die Rekrutierung findet in fünf der neun Kliniken der RehaZentren Baden- Württemberg statt. Auf Basis des Wunsch- und Wahlrechts können sich die Teilnehmenden im Rahmen der Studie für eine der beiden Varianten des Präventionsprogramms entscheiden. Für die Evaluation werden zu fünf Messzeitpunkten Fragebogenerhebungen und zu zwei Zeitpunkten (sport-)medizinische Assessments durchgeführt.

Ergebnisse

Von insgesamt 334 Personen, die bisher für die Studie rekrutiert werden konnten, entschied sich die große Mehrheit (281 Personen) für das "RV Fit Kompakt"-Modell und bildet damit die Interventionsgruppe (IG). Die übrigen 53 Personen nahmen als Kontrollgruppe (KG) am klassischen "RV Fit"-Programm teil. In beiden Gruppen überwiegt der Frauenanteil mit 59,8% in der IG und 56,6% in der KG leicht. Mit 68,0% bzw. 73,6% der Teilnehmenden stellt die Gruppe der 46-59jährigen die größte Altersgruppe dar. Die Teilnehmenden haben entweder einen Realschulabschluss oder Abitur. 23,1% der Teilnehmenden der IG und 30,6% der KG entschieden sich aufgrund einer Empfehlung durch den Arbeitgeber für die Präventionsmaßnahme.

Diskussion und Fazit

Die digitale Durchführung der Trainingsphase ermöglicht eine zeitlich und örtlich unabhängige Teilnahme, wodurch diese einem größeren Personenkreis ermöglicht wird. Bereits die ersten deskriptiven Ergebnisse zeigen das hohe Interesse an der digital durchgeführten Trainingsphase. Die Teilnehmenden können im Rahmen der hier vorgestellten Studie frei zwischen "RV Fit" und "RV Fit Kompakt" wählen. In 84% der Fälle entschieden sich die Teilnehmenden für "RV Fit Kompakt". Neben der Innovation "digitale Trainingsphase" ist auch der Einsatz sportmedizinischer Assessments bislang in der Literatur kaum zu finden. Hierdurch kann die Veränderung des Gesundheitszustands nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv dargestellt werden.

Bei Nicht-Unterlegenheit von "RV Fit Kompakt" gegenüber "RV Fit" stände der DRV ein zusätzliches Präventionsangebot zur Verfügung. Dieses könnte die Anzahl der Plätze deutlich vergrößern und durch die örtliche und zeitlich unabhängige Durchführbarkeit des Programms möglicherweise weitere Teilnehmende erreichen.

Take-Home-Message

Die Anzahl der Teilnehmenden in der IG gegenüber der KG zeigen deutlich, dass ein großes Interesse und hoher Bedarf für digitale Präventionsangebote bestehen.

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 (2023): Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation. Gemeinsames Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

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.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Inklusion als Prozess – Überlegungen zur Ergänzung beruflicher Rehabilitation

Hans-Christoph Eichert

Pädagogische Hochschule Heidelberg

Hintergrund und Zielstellung

Die aktuelle Rehalandschaft ist kaum überschaubar: Unterschiedliche Zuständigkeiten verbunden mit unterschiedlichen Leistungen und eingeschränkten Informationsmöglichkeiten machen eine Orientierung für Rehabilitand:innen sehr schwer. Vor diesem Hintergrund ist eine selbstbestimmte Rehabilitationsplanung und die Realisierung des Wunsch- und Wahlrechts sehr schwierig.

Ausgehend von einer Analyse des aktuellen Rehabilitationssystems werden Veränderungen im System der beruflichen Rehabilitation vorgeschlagen, die

1. individuelle Planungen und Verläufe besser ermöglichen und dabei deutlich über ein reines Fallmanagement hinausgehen und

2. das System selbst zeitlich und inhaltlich flexibilisiert und besser mit dem regionalen Arbeitsmarkt und seinen Qualifizierungsmöglichkeiten vernetzt.

Die Umsetzbarkeit des Projekts einer Ambulanz für berufliche Rehabilitation, mit der dieses Konzept erprobt werden kann, wird derzeit in einer Vorstudie (IAP) an der PH Heidelberg geprüft.

Probleme des aktuellen Systems beruflicher Rehabilitation

Die Orientierung an Maßnahmen führt zu verschiedenen Problemen:

- Schnittstellenproblemen entstehen, da mit jedem Maßnahme-Wechsel auch ein Wechsel in der Betreuung verbunden ist.
- Zeitlich unflexible Maßnahme-Konzepte zwingen in Krisensituationen insbesondere bei Menschen mit psychischen Erkrankungen schnell zu Abbrüchen.
- Inhaltlich unflexible Konzepte führen dazu, dass ein Spurwechsel z.B. zwischen Umschulungs- und Integrationsmaßnahmen kaum möglich ist. Auch regional vorhandene betriebliche Qualifizierungsmöglichkeiten sind nur schwer integrierbar.
- Durch die Orientierung an Gruppenmaßnahmen in Einrichtungen entsprechen Qualifizierungsmöglichkeiten oft nicht den regionalen Arbeitsmarkterfordernissen.
- Betrieblich orientierte Maßnahmen mit den höchsten Eingliederungsquoten wie Unterstützte Beschäftigung (UB, 61,1%) und Begleitete Betriebliche Ausbildung

(BBA, 75,4%) haben laut Statistik der BA einen sehr geringen Anteil an den Maßnahmen (Austritte: UB 2023 2,6%; BBA 0,9%)

- Es zeichnen sich erhebliche Probleme bei der Fachkräftegewinnung in der beruflichen Rehabilitation ab. Die Ausschreibungslogik bei der BA führt zudem zu erheblichen Problemen bei der personellen Kontinuität bei Trägern beruflicher Rehaeinrichtungen.

Individuelle Rehabilitations-Verläufe, auch unter Einbeziehung vorhandener Kompetenzen, sind vor diesem Hintergrund kaum möglich.

Methoden

Das Konzept betrachtet berufliche Rehabilitation vor allem als einen Prozess der Inklusion in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Es lehnt sich an Integrationsmaßnahmen (vgl. Eichert, 2020) an, die klassische Rehabilitations-Konzepte mit Elementen des supported employment verbinden. Im Sinne der ICF liegt der Focus in der Mobilisierung umweltbezogener Ressourcen. Dabei ist vor allem die Verbindung von Einzelbetreuung und Beratung, Flexibilisierung, Vernetzung und Übergangsmanagement zentral.

Abb. 1: Konzept der beruflichen Rehabilitation als Prozess der Inklusion

Erprobt werden soll es im Rahmen einer Forschungs-Ambulanz für berufliche Rehabilitation, die an der PH Heidelberg angegliedert ist. Aktuell wird die Umsetzbarkeit geprüft.

Ergebnisse

Inklusion als Prozess – Konzept

Einzelbetreuung: Während der gesamten Rehabilitation besteht die Möglichkeit einer maßnahmeübergreifenden begleitenden Betreuung, die über ein reines Fallmanagement

hinausgeht. Hier ist die übergreifende Reha- und Förderplanung angesiedelt. Der / die Betreuer:in darüber hinaus für die psychosoziale Betreuung während des Rehabilitations- Prozesses zuständig.

Flexibilisierung: Das Konzept ermöglicht eine bessere Berücksichtigung des individuellen Bedarfs der Rehabilitand:innen durch inhaltliche und zeitliche Flexibilisierung der Elemente. Die inhaltliche Flexibilisierung bezieht sich auf die Möglichkeit des Spurwechsels (Integrations-Maßnahme-Umschulung), die flexiblere Handhabung betrieblicher Anteile in der Rehabilitation und die einfachere Nutzung regional vorhandener Qualifizierungs-möglichkeiten. Die zeitliche Flexibilisierung bezieht sich auf die Abkehr von festen Zeitvorgaben in beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen und die Ermöglichung von Teilzeit-Rehabilitation.

Vernetzung: Eine wichtige Aufgabe der begleitenden Betreuung besteht in der Vernetzung mit regionalen beruflichen Qualifizierungsangeboten und medizinischen und sozialen Unterstützungsangeboten. Hierdurch können einerseits Qualifizierungsmöglichkeiten in der beruflichen Rehabilitation verbreitert werden und andererseits ggfs. notwendige ergänzende Unterstützungsangebote zur Krisenbewältigung schneller verfügbar gemacht werden.

Übergangsmanagement: Eine weitere Aufgabe der begleitenden Betreuung gehört die Planung und Begleitung von Übergängen zwischen den Rehabilitationsabschnitten und aus der Rehabilitation hinaus in den Arbeitsmarkt.

Diskussion und Fazit

Das Konzept zielt auf die Mobilisierung von Ressourcen des Arbeitsmarkts. Durch maßnahmeübergreifende Einzelbetreuung, zeitliche und inhaltliche Flexibilisierung und regionale Vernetzung wird eine individuellere Reha-Planung und Umsetzung ermöglicht. Hierdurch wird die berufliche Teilhabe i.S. der Inklusion in den allgemeinen Arbeitsmarkt verstärkt.

Perspektivisch könnte ein solches Konzept auch dazu führen, dass sich Reha-Einrichtungen und andere Träger von Maßnahmen zu Kompetenzzentren entwickeln, in denen Reha-Personal langfristig entwickelt werden kann. Dadurch sind deutlich höhere Integrations-Quoten der Rehabilitand:innen in den Arbeitsmarkt zu erwarten. Das impliziert auch die Abkehr von der Ausschreibungslogik im Bereich der beruflichen Rehabilitation, denn die führt zu erheblichen Problemen bei der personellen Kontinuität und dem Aufbau von Fachkompetenz.

Take-Home-Message

Berufliche Rehabilitation ist ein inklusiver Prozess, durch den Rehabilitand:innen ausgehend von ihrem individuellen Bedarf professionell begleitet werden. Er erfordert flexible, vernetzte und auf den regionalen Arbeitsmarkt bezogene Konzepte.

Literatur

Bundesagentur für Arbeit (2023): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Berufliche Rehabilitation Stand September 2023, Auftragsnummer 276651, https://statistik.arbeitsagentur.de, Abrufdatum 11.10.2023.

Eichert, H. C. (2020): Betriebsorientierte ambulante berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen - Ein Update. In: DRV-Bund (Hrsg.) 29. Rehabilitations-wissenschaftliches Kolloquium: (Tagungsband) Berlin: DRV-Bund: 153- 155.

Förderung: Pädagogische Hochschule Heidelberg

Kompetenzerwerb in der Sozialmedizin – der Weg zur sozialmedizinischen Expertise innerhalb der Deutschen Rentenversicherung

Wolfgang Schömig[1]; Roland Küffner[1]; Matthias Lukasczik[1]; Annette Müller-Garnn[2]; Heiner Vogel[1];

[1] Universitätsklinikum Würzburg; [2] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Zentrale Aufgabe der sozialmedizinischen Dienste der DRV ist die Beurteilung, ob Versicherte die gesundheitlichen Bedingungen für Reha-Leistungen oder EM-Renten erfüllen („persönliche Voraussetzungen“). Diese komplexe ärztliche Tätigkeit ist eine wichtige Grundlage für die abschließende Leistungsentscheidung durch die Verwaltung. Ziel des Forschungsvorhabens war es, die derzeitigen Vorgehensweisen zum DRV-spezifischen sozialmedizinischen Kompetenzerwerb zusammenzustellen und zu systematisieren. Davon ausgehend wurde ein auf die DRV zugeschnittenes Einarbeitungs-Curriculum für bei der DRV tätige Ärzt*innen entwickelt. Die Zusatzweiterbildung Sozialmedizin der Ärztekammern bleibt davon unberührt.

Methoden

Es wurden bisherige Einarbeitungspläne der DRVen gesichtet und 15 leitende DRV- Ärzt*innen von 14 RV-Trägern zur bisherigen Einarbeitungspraxis und zu notwendigen Kompetenzen (Fach-/Methoden- & Sozialkompetenzen) interviewt und diese Expert* inneninterviews inhaltsanalytisch ausgewertet (Gläser & Laudel, 2010). Zudem wurden trägerübergreifend 253 Ärzt*innen der DRV zu den gleichen Themen mittels Fragebogen befragt. Die Ergebnisse wurden in drei Expert*innen-Workshops diskutiert und konsentiert.

Ergebnisse

Es zeigte sich eine hohe Diversität innerhalb des konkreten Tätigkeitsprofils der Ärzt/-innen sowohl innerhalb der einzelnen sozialmedizinischen Dienste, wie auch zwischen den sozialmedizinischen Diensten der verschiedenen Rentenversicherungsträger. Gleichzeitig findet sich bei den meisten Trägern eine ähnliche Abfolge der Einarbeitungsinhalte. Für die an der Einarbeitung beteiligten Ärzt*innen bedeutet Einarbeitung eine starke zeitliche Bürde.

Aus diesem Grund wurden E-Learning-Bausteine als wichtige Unterstützung für die Einarbeitung von den Befragten genannt. Mit Blick auf die konkrete sozialmedizinische Begutachtung des Leistungsvermögens als eine der Kernaufgaben der sozialmedizinischen Dienste wurden kommunikative Kompetenzen als essenzielle Fähigkeiten der Sozialmediziner*innen identifiziert. Dabei fällt auf, dass keine der interviewten Personen von einem systematisierten Erwerb von Gesprächs- und Kommunikationskompetenzen während der Einarbeitungszeit berichtet hat.

Diskussion und Fazit

Der modulare Aufbau erlaubt den DRV-Trägern die Anpassung der Reihenfolge der Lerninhalte an ihre spezifischen Bedürfnisse und Gegebenheiten. Gleichzeitig gibt das Curriculum einen Rahmen, der eine schrittweise Angleichung und gemeinsame inhaltliche Pflege der Inhalte und Abläufe der Einarbeitung und Fortbildung der sozialmedizinisch tätigen Ärzt*innen aller DRV-Träger ermöglicht. So können Synergieeffekte auf Organisations- und Kostenebene genutzt werden. Um diese Synergieeffekte zu fördern, werden in einem Folgeprojekt nun erste E-Learning-Bausteine für einen digitalen Lernpfad entwickelt und evaluiert

Take-Home-Message

Als Gesamtergebnis des Projektes liegt ein handlungskompetenzorientiertes Curriculum mit 22 Modulen und 48 Lernzielen sowie methodischen Umsetzungsvorschlägen zum Erreichen der Lernziele vor. Das Curriculum wurde 2023 von der AGMED der DRV zur Nutzung empfohlen.

Literatur

Gläser, J. & Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse (4. Aufl.). Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Programm zur Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung nach kardiologischer Anschlussrehabilitation bei Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen (AmPULS): ein Erfahrungsbericht aus der Pilotierung

Annika Sternberg[1]; Hannes Banaschak[1]; Nataliia Brehmer[2]; Julia Mummelthey[3]; Torsten Alles [4]; Betje Schwarz[4]; Nicole Schattat[5]; Vera Kleineke[6]; Heinz Völler[2,3], Matthias Bethge[1]; Annett Salzwedel[2]

[1] Universität zu Lübeck; [2] Universität Potsdam;
[3] Klinik am See - Rehabilitationsfachklinik für Innere Medizin;
[4] Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln; [5] Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg;
[6] Deutsche Rentenversicherung Nord

Hintergrund und Zielstellung

In der kardiologischen Anschlussrehabilitation wird der Anteil von Patienten mit hohen beruflichen Wiedereingliederungsrisiken aufgrund negativer Selbsteinschätzung der beruflichen Prognose oder Rentenantragsabsicht auf über 40 % geschätzt (Salzwedel et al., 2019a). Die Rate beruflicher Wiedereingliederung ist in dieser Population im Verlauf eines Jahres mit ca. 44 % erheblich vermindert (Salzwedel et al., 2019b). Für Personen mit besonderen beruflichen Problemlagen wurde in den vergangenen Jahren das Konzept der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) entwickelt, das Diskrepanzen zwischen arbeitsplatzbezogenen Anforderungen und Fähigkeiten zu verringern sucht, um berufliche Teilhabe zu ermöglichen (Bethge, 2017). Die Implementierung der MBOR bei kardiovaskulären Erkrankungen ist in Deutschland aufgrund der hohen Therapie- und Schulungsdichte in der kardiologischen Anschlussrehabilitation bislang nicht erfolgt. Allerdings zeigt die internationale Studienlage, dass zusätzliche arbeitsplatzbezogene Interventionen bei kardiologischen Patienten einen positiven Effekt auf die Rückkehr in Arbeit haben können (O´Brien et al., 2018). Der vorliegende Beitrag schildert erste Erfahrungen aus dem Projekt AmPULS, in dem eine Intervention zur Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung für Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen im Anschluss an die kardiologische Anschlussrehabilitation erprobt wurde.

Methoden

Die Teilnehmenden erhielten unmittelbar im Anschluss an die kardiologische Anschlussrehabilitation zunächst eine telefonische Wiedereingliederungsbegleitung über drei bis fünf Monate mit mindestens drei telefonischen Kontakten durch den Sozialdienst der Rehabilitationsklinik. Der Sozialdienst beriet zu beruflichen Frage- und Weichenstellungen und thematisierte wiederkehrend Gesundheitszustand, Arbeitsfähigkeit und aktuellen Stand der beruflichen Wiedereingliederung. Die telefonische Begleitung ermöglichte die Identifikation potenzieller Teilhabe- und Wiedereingliederungsbarrieren. Parallel wurden mit Hilfe eines webbasierten Selbsteinschätzungstools individuelle arbeitsbezogene Anforderungen und Fähigkeiten der Teilnehmenden erhoben und automatisiert abgeglichen. Die Informationen aus Profilvergleich und telefonischer Begleitung konnten in der

anschließenden zweiten Interventionsphase, einer komprimierten medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR-Woche), gezielt adressiert werden. Die komplementäre MBOR-Woche wurde nach der telefonischen Begleitung in fünf Behandlungstagen mit insgesamt 21,25 direkten Kontaktstunden umgesetzt. Diagnostische und therapeutische Inhalte orientierten sich am Konzept der MBOR und wurden durch spezifische kardiologische Angebote ergänzt (Abb. 1.). Das Programm wurde von April bis Oktober 2023 in einer Pilotierungsphase erprobt.

Ergebnisse

17 Personen nahmen an der telefonischen Begleitung und 16 Personen an der MBOR-Woche teil. Die bisherigen Rückmeldungen der Teilnehmenden zu beiden Interventionsteilen sind positiv. In der MBOR-Woche wurde den Teilnehmenden in den angewandten Testverfahren, entgegen ihrer Erwartungen, eine gute körperliche Leistungsfähigkeit attestiert. Demgegenüber waren vermehrt psychosoziale Belastungen der Teilnehmenden zu verzeichnen. Arbeitsplatzbezogene Ängste und das Vertrauen in die arbeitsplatzbezogenen körperlichen und kognitiven Fähigkeiten waren von zentraler Bedeutung für die berufliche Wiedereingliederung. Im Fokus der MBOR-Woche standen der Umgang mit Vermeidungsstrategien und die Unterstützung bei der Bewältigung psychosozialer Belastungen in Einzel- und Gruppentherapien. Aus den bisherigen Erfahrungen zeichnet sich ein hoher Bedarf an psychischer und psychosozialer Begleitung und der Erprobung unterschiedlicher Arbeitsabläufe und Arbeitsfähigkeiten ab.

Abb. 1: AmPULS Interventionsmodell

Diskussion und Fazit

Patienten in der kardiologischen Anschlussrehabilitation stellen eine Population mit besonderem Unterstützungsbedarf hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung und der Bewältigung erkrankungsbedingter Einschränkungen dar. Da häufig ein deutlich reduziertes Vertrauen in die eigene Funktionsfähigkeit und Belastbarkeit vorliegt, sind insbesondere

psychosoziale Angebote erforderlich, um eine Rückkehr in Arbeit zu unterstützen. Das Projekt AmPULS eröffnet dieser Population eine bedürfnisorientierte zweistufige Intervention bestehend aus einer telefonischen Begleitung und einer medizinisch-beruflich orientierten komprimierten Rehabilitation und schließt damit eine Lücke in der bestehenden rehabilitativen Versorgung. Die Intervention wird während der Pilotierungsphase durch eine Prä- Post- Befragung der Teilnehmenden und eine Prozessevaluation begleitet. Nach Abschluss der Pilotierung wird die Intervention im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie auf ihre Wirksamkeit überprüft.

Take-Home-Message

Das Projekt AmPULS bietet für kardiologische Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen eine spezifische, auf psychosoziale Problemlagen ausgerichtete Intervention zur Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung.

Literatur

Bethge, M. (2017): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Rehabilitation, 56. 41-21.

O'Brien, L., Wallace, S., Romero, L. (2018): Effect of psychosocial and vocational interventions on return-to-work rates post-acute myocardial infarction: A systematic review. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 38. 215-223.

Salzwedel, A., Reibis, R., Hadzic, M., Buhlert, H., Völler, H. (2019a): Patients' expectations of returning to work, comorbid disorders and work capacity at discharge from cardiac rehabilitation. Vascular Health and Risk Management, 15. 301-308.

Salzwedel, A., Wegscheider, K., Schulz-Behrendt, C., Dörr, G., Reibis, R., Völler, H. (2019b): No impact of an extensive social intervention program on return to work and quality of life after acute cardiac event: a cluster-randomized trial in patients with negative occupational prognosis. International Archives of Occupational and Environmental Health, 92. 1109- 1120.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

StEPin – ein ganzheitlich ausgerichtetes Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Auszubildende der Bremer Straßenbahn AG – Konzeptvorstellung und erste Ergebnisse

Laurine Rathmann[1]; Daniela Metschar[2]; Thorsten Cikryt[2]; Katja Heil[2]; Stefan Dalichau[1]; Torsten Möller[1]

[1] BG Ambulanz Bremen; [2] Bremer Straßenbahn AG

Hintergrund und Zielstellung

In der Phase des beruflichen Einstiegs stehen Auszubildende branchenübergreifend vor einem bedeutenden Lebensübergang, der mit Veränderungen und neuen Herausforderungen einhergeht (Kaminski et al., 2008). Eine ungesunde Lebensführung wirkt sich dabei negativ sowohl auf die körperliche und psychische Gesundheit als auch auf die Leistungsfähigkeit

sowie die Berufszufriedenheit der Auszubildenden aus (Pinquart, Silbereisen, 2014). Um den bekannten Risikofaktoren zu Beginn und im Verlauf der beruflichen Ausbildung adäquat zu begegnen, wurde bei der Bremer Straßenbahn AG e.V. (BSAG) das Projekt StEPin entwickelt. Das speziell auf „Empowerment“ ausgerichtete Programm fokussiert auf eine Sensibilisierung für das Thema Gesundheit, die Schärfung eines Gesundheitsverständnisses sowie die Entwicklung von Selbstwirksamkeit (Laverack, 2010). Im Folgenden werden sowohl das Konzept als auch erste Ergebnisse des Projekts vorgestellt.

Methoden

Das Projekt StEPin wurde im August 2020 initiiert und umfasst die gleichzeitige Beteiligung aller drei Ausbildungsjahrgänge. Das Konzept setzt sich mit einer jährlichen Teilnahmezeit von 38,5 Stunden pro Auszubildenden aus verschiedenen Schwerpunkt- und Grundlagenmodulen zusammen. Jedes Lehrjahr startet nach den Sommerferien mit einer Einführungsveranstaltung (gleichzeitig Testzeitpunkt 1-3). Neben der Sensibilisierung für das Projekt absolvieren die Auszubildenden hierbei einen sportmotorischen Test und durchlaufen mehrere schriftliche Befragungen zu den Themen gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF- 36), Wohlbefinden (BfSR), Resilienz (RS-13), Bewegungsverhalten (BSA), Medienkonsum, Ernährungsgewohnheiten und Gesundheitszustand. Im weiteren Jahresverlauf nehmen alle Auszubildenden an Einzelcoachings teil, in denen ihre allgemeine Situation sowie ihre persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten und konkreten Ziele erörtert werden. Es folgen Gruppenveranstaltungen zu den Modulen Sport & Bewegung, Ernährung, Ergonomie und Persönlichkeitsentwicklung. Die Zufriedenheit der Auszubildenden und die Nachhaltigkeit der Wissensvermittlung werden durch regelmäßige anonyme Feedback- Fragebögen überprüft. Am Ende des Ausbildungsjahres wird jedes Lehrjahr mit einer Abschlussveranstaltung beendet, die dazu dient, das vergangene Projektjahr zu reflektieren, zu wiederholen und zu evaluieren.

Ergebnisse

Bisher nahmen 63 weibliche (40,6 %) und 92 männliche Auszubildende (59,4 %) im Lebensalter von 17 bis 42 Jahren (22,7 ±3,8) aus fünf Jahrgängen an mindestens einem Testzeitpunkt (T1) teil. Drei Jahrgänge davon absolvierten mindestens zwei Testzeitpunkte (T2: n=81). Ein Jahrgang (n=18) durchlief das Projekt bereits während der gesamten dreijährigen Ausbildung (T3). Die T2- und T3-Stichproben zeigten Verbesserungen in der psychischen Lebensqualität (SF-36) und der Resilienz (RS-13). Des Weiteren ließ sich feststellen, dass der tägliche Konsum von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken und Fast Food gesunken war. Ab einer durchschnittlichen körperlichen Bewegung von 150 Minuten pro Tag zeigten sich sowohl ein deutlicher Rückgang von unspezifischen Kreuzschmerzen als auch positive Effekte auf die psychische Lebensqualität (SF-36) und die Dauer des Medienkonsums pro Tag. Ergebnisse der Feedback-Fragebögen am Ende des Programms signalisieren, dass die Erwartungen der Auszubildenden an das Projekt erfüllt oder sogar übertroffen wurden.

Diskussion und Fazit

Bei aller notwendigen Zurückhaltung aufgrund der bisher geringen Stichprobengröße sind die ersten Ergebnisse dieses Projekts als positiv zu bewerten. Die Resultate scheinen die Empfehlung der WHO von 150 Minuten körperlicher Aktivität pro Woche (Bull et al., 2020) zu

bestätigen und lassen Transfereffekte von Bewegung und Sport auf andere Lebensstilfaktoren wie das Ernährungsverhalten, den Medienkonsum sowie die Lebensqualität vermuten (Fuchs, Schlicht, 2012). Zukünftige Herausforderungen im Hinblick auf die Organisation und Umsetzung des Projekts ergeben sich aus der Heterogenität der Teilnehmenden in Bezug auf die Ausbildungsberufe, das Bildungsniveau, das Lebensalter und den kulturellen Hintergrund.

Take-Home-Message

Das Projekt StEPin unterstützt bei der Sensibilisierung zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil und erweist sich bisher als eine qualitativ wirksame Maßnahme zur Förderung der Eigenverantwortung hinsichtlich der körperlichen Aktivität, des Ernährungsverhaltens, des Medienkonsums sowie der Resilienz.

Literatur

Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S. (2020): World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. British Journal of Sportsmedicine, 43. 1451 - 1462.

Fuchs, R., Schlicht, W. (2012): Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. Göttingen: Hogrefe.

Kaminski, A., Nauerth, A., Pfefferle, I. (2008): Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von Auszubildenden im ersten Lehrjahr. Erste Ergebnisse einer Befragung in Bielefelder Berufskollegs. Gesundheitswesen, 70. 38-46.

Laverack, G. (2010): Gesundheitsförderung & Empowerment. Gamburg: Verlag f. Gesundheitsförderung.

Pinquart, M., Silbereisen, R. K. (2014): Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Aufl. Bern: Hans Huber. 70-78.

„[…] alle haben auf mich eingeredet“ Partizipation an der Bedarfsermittlung aus Sicht von Menschen mit Behinderungen

Lea Mattern; Tonia Rambausek-Haß; Gudrun Wansing; Ulrike Peters

Humboldt-Universität zu Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Das Bundesteilhabegesetz dient der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. In diesem Zusammenhang wurde u.a. der Prozess zur Ermittlung von Teilhabebedarfen reformiert. Sie soll funktionsbezogen und individuell passender sein und somit die Personenzentrierung von Leistungen fördern. Voraussetzung hierfür ist die Beteiligung der Leistungsberechtigten.

Im Rahmen des Projekts „Zugänglichkeit - Inklusion - Partizipation. Nachhaltige Teilhabe an Arbeit durch Recht“ wurde 2023 eine explorative Studie an der Humboldt-Universität zu Berlin zur Partizipation an der Bedarfsermittlung durchgeführt. In dieser Untersuchung wurde den folgenden Fragen nachgegangen: Wie schätzen Menschen mit Behinderungen ihre Partizipation bei der eigenen Bedarfsermittlung ein? Wie wurde die Bedarfsermittlung erlebt? Wie wurde den geäußerten Bedarfen Rechnung getragen? Wie gestaltete sich die Barrierefreiheit und Unterstützung während des Prozesses?

Methoden

Im Vorfeld der Studie wurde zur Konzeption des Leitfadens, der Forschungsstand zur Partizipation in der Bedarfsermittlung aufgearbeitet (Mattern et al., 2023),. Die Daten dieser qualitativ-explorativen Studie wurden mittels leitfadengestützter Fokusgruppen- sowie Einzelinterviews erhoben, an denen insgesamt elf Menschen mit Behinderungen aus unterschiedlichen Bundesländern teilnahmen und von ihren Erfahrungen mit der Bedarfsermittlung berichteten. Die Daten wurden unter Verwendung von MAXQDA einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen.

Eine Besonderheit der Studie besteht darin, dass partizipativ-orientiert gearbeitet wurde, d.h. Menschen mit Behinderungen wurden im Rahmen einer Co-Forschendengruppe an ausgewählten Schritten im Forschungsprozess beteiligt. So wurden die Co-Forschenden bei Fragen zur Akquise und der Barrierefreiheit beteiligt und der Leitfaden vor dessen Anwendung gemeinsam mit der Co-Forschendengruppe diskutiert. Des Weiteren werden die Co- Forschenden ebenfalls punktuell an der Diskussion und Präsentation der Ergebnisse beteiligt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Literaturanalyse wiesen bereits darauf hin, dass den normativen Anforderungen hinsichtlich der Partizipation noch nicht ausreichend Rechnung getragen wird. Dieser Befund bestätigt sich in den erhobenen Daten. Die Befragten erleben ihre Bedarfsermittlung häufig negativ und mehr als Belastung als als Chance auf mehr Teilhabe

am Leben in der Gesellschaft. So ist bspw. von Überforderung, Übergriffigkeit, Zwang zur Offenbarung oder Bevormundung die Rede. Vor allem Menschen mit psychischen bzw. nicht sichtbaren Beeinträchtigungen benötigen (mehr) Zeit, sowohl im Vorfeld als auch während der Teilhabegespräche, um ihre Bedarfe besser erkennen und formulieren zu können. Viele Befragte wünschen sich vor der Bedarfsermittlung mehr Informationen über existierende Leistungen. Demotivierend wirkt sich auf die Partizipation aus, wenn relevante Leistungsträger zu wichtigen Terminen nicht erscheinen. Gleichzeitig werden die in regelmäßigen Abständen (i.d.R. alle zwei Jahre) zu verfassenden und mit dem BTHG reformierten Berichte stellenweise als positiv wahrgenommen, da jene zu einem großen Teil von den Leistungsberechtigten selbst bzw. mit Unterstützung ausgefüllt werden (sollen). Es stellt sich zudem eine unzureichende Informiertheit der Leistungsberechtigten darüber dar, was überhaupt mit einer umfassenden Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung erreicht werden soll.

Diskussion und Fazit

Um potenzielle und reale Machtgefälle zwischen Menschen mit Behinderungen und anderen am Prozess der Bedarfsermittlung beteiligten Akteur:innen zu begegnen, bedarf es einer Sensibilisierung der Fachkräfte für die normativen Ansprüche des BTHG. Gleichzeitig müssen Menschen mit Behinderungen auch dazu befähigt werden, eigene Bedarfe selbstbewusst zu äußern, denn für manche mag dies eine noch ungewohnte Handlung/Erfahrung sein.

Take-Home-Message

Die Bedarfsermittlung entpuppt sich als Gratwanderung zwischen umfassender Bedarfsermittlung und einem zu großen Eingriff in die Privatsphäre der einzelnen Person, die in der Praxis abgewogen werden muss.

Literatur

Mattern, L.; Peters, U.; Rambausek-Haß, T. (2023): Zur Umsetzung der Partizipation in der Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung – Forschungsstand. URL: https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2023/D5- 2023_Umsetzung_der_Partizipation_in_der_Bedarfsermittlung_und_Teilhabeplanung.pdf, Abruf: 03.11.2023.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Akzeptanz des Ü45-Checks bei den Versicherten

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

Pädagogische Hochschule Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

Um die Anzahl der Versicherten mit vorzeitigem Ausscheiden aus dem Berufsleben zu reduzieren, hat die DRV mit dem 2017 in Kraft getretenen Flexirentengesetz die Möglichkeit

erhalten, eine berufsbezogene Gesundheits¬vorsorge für DRV-Versicherte ab 45 Jahren anzubieten und in Modellprojekten zu erproben (§ 14 Absatz 3 SGB VI). Ziel des sog. Ü45- Checks ist es, berufsbezogene Teilhabestörungen und Risiken einer Erwerbsminderung bei Versicherten frühzeitig zu erkennen, entsprechende Präventions- bzw. Reha-Leistungen anzubieten und so die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit der Versicherten möglichst lange zu erhalten.

Mehrere Rentenversicherungsträger haben zur Erprobung Modellprojekte aufgesetzt (Stand 10.2023: n=4 abgeschlossen, n=4 in Umsetzung) und seit 2020 DRV-Versicherte zu einer Untersuchung eingeladen. In der vorliegenden Studie berichten wir über die Resonanz und Akzeptanz des Ü45-Checks unter DRV-Versicherten im Rahmen der Gesamtevaluation der Modellprojekte zum Ü45-Check im zeitlichen Verlauf.

Methoden

Grundlage sind die von den Rentenversicherungsträgern der Modellprojekte geführten Teilnahmestatistiken sowie eine im Rahmen der Gesamtevaluation durchgeführte Querschnittserhebung unter den zuvor eingeladenen DRV-Versicherten aus bisher sechs Modellprojekten. Die Befragung der Versicherten fand im Zeitraum von Juni 2021 bis Oktober 2023 ca. drei Monate nach der Einladung zum Ü45-Check als Online-Befragung statt. Deskriptive Auswertungen erfolgten mit SPSS.

Ergebnisse

Bisher luden die Rentenversicherungsträger in den sechs einbezogenen Modellvorhaben n=37.076 Versicherte zum Ü45-Check ein (Stand: 10.2023). Die Teilnahme am Ü45-Check nach der Einladung (Resonanz) liegt bei 9,3%. Von den eingeladenen Versicherten beteiligten sich n=1.176 an der Versichertenbefragung (Rücklaufquote: 5%). Unter den Befragten haben n=656 (55,8%) den Ü45-Check wahrgenommen (TN), und n=520 (44,2%) haben nicht teilgenommen (Nicht-TN).

Die Befragten (TN & Nicht-TN) sind durchschnittlich 53,5 Jahre alt. Die Nicht-TN sind häufiger männlichen Geschlechts (TN: n=328, 50%; Nicht-TN: n=330, 64%). Die Muttersprache ist in beiden Gruppen hauptsächlich deutsch, in der Gruppe der Nicht-TN jedoch erheblich geringer (TN: n=597, 91%; Nicht-TN: n=425, 83%). Fast die Hälfte der TN besitzen als höchsten Schulabschluss Abitur (n=312, 48%), wohingegen nur ein Viertel der Nicht-TN Abitur als höchsten Schulabschluss angab (n=129, 25%).

Bei n=350 (53,0%) der TN wurde ein Präventions- und bei n=207 (32,0%) ein Rehabilitationsbedarf festgestellt. Dabei betrachtet die Mehrheit der TN die Teilnahme am Ü45-Check als Erfolg (n=539, 82,2%) und kann sich eine erneute Teilnahme vorstellen (n=582, 88,7%). Zwar gaben einige TN an, von den Untersuchungsergebnissen beunruhigt zu sein (n=106, 16,2%), jedoch erlebten nur wenige den Ü45-Check als belastend (n=32, 4,9%).

Als Gründe für die Nicht-Teilnahme am Ü45-Check nannten die Versicherten u.a. Zeitmangel aufgrund der Arbeitstätigkeit (n=122, 23,7%), die Teilnahme an anderen Gesundheitschecks (n=111, 21,6%) und Unklarheit über das weitere Vorgehen nach Erhalt des Einladungsschreibens (n=83, 16,1%). 57% der Nicht-TN (n=292) gaben jedoch an, dass sie Interesse an einer zukünftigen Teilnahme am Ü45-Check hätten.

Diskussion und Fazit

Im zeitlichen Verlauf steigt die Resonanz leicht an. So betrug die Teilnahmequote im ersten Berichtszeitraum (Telenga et al., 2023) 3,3% bis 8% und liegt aktuell bei durchschnittlich 9,3%. Auch der Rücklauf zur Versichertenbefragung stieg von 2,6% auf 3% leicht an. Die Ergebnisse der Versichertenbefragung zeigen, dass das Angebot vorwiegend gebildetere Gruppen anspricht und gerade Personen mit besonderem Bedarf schlecht erreicht werden. Hierfür bedarf es expliziter Anstrengungen. Unverändert hoch ist die Akzeptanz des Ü45- Checks bei den Versicherten, die der Einladung der DRV zum Ü45- .Check folgten. Sie legen allerdings nahe, dass es zum einen praktische Gründe gibt, die eine Teilnahme erschweren und zum anderen Unklarheit über den Zweck des Ü45-Checks besteht. Daher sollte sowohl an der Angebotsstruktur als auch an den Informationsmaterialien im Hinblick auf die (sprachliche) Gestaltung gearbeitet werden. Da es sich beim Ü45-Check um ein neues Präventionsangebot handelt, das Versicherte nicht von der Rentenversicherung erwarten und welches daher nur schwer einzuordnen ist, sollte der Ü45-Check zudem mit einer breiten Öffentlichkeitsarbeit flankiert werden.

Take-Home-Message

Im Vergleich zum Vorjahr konnte der Bekanntheitsgrad des Ü45-Checks verbessert werden. Dennoch sollte der Ü45-Check auch weiterhin mit einer breiten Öffentlichkeitsarbeit und niederschwelligen Angeboten den Versicherten nähergebracht werden.

Literatur

Telenga, S.; Hambrecht, A.; Bitzer, E. M. (2023): Akzeptanz des Ü45-Checks bei den Versicherten. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Veränderungskultur fördern - Teihabe stärken - Zukunft gestalten. Berlin: DRV Bund (DRV-Schriften, 128), S. 171–172.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Förderliche und hinderliche Faktoren bei der ganzheitlichen Klärung des Interventionsbedarfs bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit. Eine Fokusgruppenstudie

Jessica Roder[1]; David Fauser[1]; Stella Lemke[1]; Saskia Dötsch[2]; Claudia Kindel[3];Vera Kleineke[4]; Claudia Langer[5]; Matthias Bethge[1]

[1] Universität zu Lübeck; [2] Rehazentrum im Naturpark Aukrug; [3] Rostocker Zentrum für ambulante Rehabilitation; [4] Deutsche Rentenversicherung Nord; [5] RehaCentrum Hamburg

Hintergrund und Zielstellung

Es besteht der Bedarf an niedrigschwelligen Angeboten für Personen, deren Teilhabe am Berufsleben gefährdet ist (Hollederer, 2021). Zudem ist die ganzheitliche diagnostische Abklärung gesundheitlicher Einschränkungen wichtig, um individuelle und

arbeitsplatzorientierte Interventionen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit abzuleiten (Specht et al., 2015). Bei der Initiierung und Begleitung von Rehabilitationsprozessen haben Betriebsärzt*innen eine wichtige Schlüsselfunktion (Völter-Mahlknecht, Rieger, 2014). Das Modellvorhaben GIBI (Ganzheitliche Klärung des Interventionsbedarfs bei gefährdeter beruflicher Integration; Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales) verbindet diese Anforderungen. Ergebnisse der Machbarkeitsphase zeigen, dass die GIBI-Intervention zur Verbesserung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit führen kann (Fauser et al., 2023). Zusätzlich untersuchten wir die Durchführbarkeit der Intervention in den Rehabilitationseinrichtungen. Ziel dieser Analyse war die Identifizierung förderlicher und hinderlicher Faktoren bei der Umsetzung der Intervention.

Methoden

Für die Datenerhebung wurden drei leitfadengestützte Fokusgruppen mit dem Rehazentrum im Naturpark Aukrug, dem RehaCentrum Hamburg sowie dem Rostocker Zentrum für ambulante Rehabilitation durchgeführt, die aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie online stattfanden. Teilnehmende Personen waren die für GIBI zuständigen Koordinator*innen, Mediziner*innen sowie therapeutische Mitarbeiter*innen aus den Abteilungen Physiotherapie, Ergotherapie und Psychologie, die die ganzheitliche diagnostische Maßnahme bei Personen mit gefährdeter beruflicher Teilhabe umgesetzt haben. Moderation und Dokumentation der Fokusgruppen erfolgte durch wissenschaftliche Mitarbeiter*innen der Universität zu Lübeck. Die erhobenen Daten wurden anonymisiert, transkribiert und nach den Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015) ausgewertet. Die Kategorienbildung erfolgte induktiv. Zwischenergebnisse wurden durch die Erhebung eines Intercoder-Agreements validiert.

Ergebnisse

Für die Analyse wurden Daten aus drei Fokusgruppen mit insgesamt 19 Personen berücksichtigt (Aukrug: n = 7; Hamburg: n = 6; Rostock: n = 6). Die Dauer der der Fokusgruppen lag in Aukrug bei 71 Minuten, in Hamburg bei 67 Minuten und in Rostock bei 50 Minuten.

In allen Fokusgruppen wurden interventionsbezogene Aspekte wie das interdisziplinäre Vorgehen bei der Diagnostik sowie das Anstoßen von Veränderungen, die umfassende Erhebung psychischer Belastungsfaktoren, aber auch der frühzeitige und präventive Ansatz als förderliche Faktoren bei der Umsetzung von GIBI benannt. Als förderliche personenbezogene Faktoren wurde für Patient*innen das Überwinden von Schwellenängsten und ausreichend Zeit, um sich auf die Intervention einzulassen als förderliche Faktoren genannt. Behandelnde Personen bewerteten die Abstimmung im Team über die Rollenverteilung positiv. Als förderliche organisatorische Faktoren wurde in allen Fokusgruppen der Austausch von Berichten zwischen Rehaklinik und Betriebsärzt*innen sowie das Vorwissen bzw. die Vorerfahrungen aus ähnlichen Interventionen als förderlich für die Umsetzung der Intervention genannt. Die Kürze der Intervention wurde einerseits als förderlicher Faktor benannt, der Personen die Teilnahme an GIBI ermöglicht. Auf der anderen Seite wurde die Kürze der Intervention als hinderlicher Faktor bei Diagnostik und Zielsetzung bewertet.

Als interventionsbezogene Faktoren, die für die Durchführung von GIBI hinderlich sind, wird ein hoher Durchführungsaufwand sowie das Fehlen von arbeitsplatzspezifischen Anforderungsprofilen in den Betrieben genannt. Als hinderliche personenbezogene Faktoren wurden mangelndes Vertrauen von Patient*innen zu Betriebsärzt*innen sowie auf Seiten Behandelnder ein mangelndes Verständnis für die Ziele von GIBI sowie die mangelnde Routine beim Umgang mit arbeitsplatzspezifischen Anforderungs- und Leistungsprofilen identifiziert. Als hinderliche organisatorische Faktoren wurden in allen Fokusgruppen die Knappheit zeitlicher Ressourcen benannt.

Diskussion und Fazit

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im diagnostischen Prozess hat einen hohen Stellenwert in der Umsetzung der GIBI-Intervention. Organisatorische Rahmenbedingungen, etwa der Austausch von Berichten zwischen Rehaklinik und Betriebsärzt*innen sollten gegeben sein, um Behandelnde bei der Umsetzung der Intervention zu unterstützen. Die Wichtigkeit der Vermittlung zwischen Mitarbeitenden, Betrieb und Rehabilitationsklinik soll an dieser Stelle außerdem betont werden.

Take-Home-Message

Insgesamt wird die Umsetzung von GIBI positiv bewertet. Teilnehmende der Fokusgruppen äußerten sich im Zusammenhang mit den Inhalten mehrheitlich positiv über die Interdisziplinarität der Intervention und frühzeitige Klärung gesundheitlicher Probleme.

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. Zbl Arbeitsmed, 73. 147–159.

Hollederer, A. (2021). Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland für alle? Ergebnisse der BIBB-/BAUA-Erwerbstätigenbefragung 2018. Gesundheitswesen, 85. 277–288.

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.

Specht, T., Usdrowski, G., Feddersen, D., Glaser-Möller, N., Roese, I., Breiholz, J., Mux, B., Alles, T. (2015), „Um den mache ich mir Sorgen“ – Erfolgreiches Kooperationsprojekt „Grundfos–Aukrug zur Erhaltung der Beruflichen Integration“ (GABI). B&G BewegungstherGesundheitssport, 31. 37–43.

Völter-Mahlknecht, S., Rieger, M. (2014). Patientenversorgung an der Schnittstelle von Rehabilitation und Betriebsärzten. DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift, 139(31/32), 1609–1614.

Interessenkonflikt: S. Dötsch, C. Langer und C. Kindel sind Studienkoordinatorinnen in den drei Rehabilitationseinrichtungen. V. Kleineke ist bei der Deutschen Rentenversicherung Nord angestellt, die die Finanzierung des Projekts beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales beantragte. Die übrigen Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Vorhersage von Rehabilitationsbedarf auf Basis von Krankenkassendaten: Auswahl potentiell relevanter Parameter mittels Kontrastierung

Rainer Kaluscha; Johannes Schmidt; Lena Tepohl

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Im rehapro-Projekt „Zugangsoptimierte Arbeitsfähigkeitsorientierte Rehabilitation“ (ZAR) soll Rehabilitationsbedarf wegen chronischer Rückenschmerzen anhand von Daten der Sozialversicherung frühzeitig erkannt werden (Kaluscha et al., 2016). So könnte Betroffenen eine Rehabilitationsmaßnahme angeboten werden, bevor eine zu starke Chronifizierung der Beschwerden eintritt, und dadurch ihre Gesundheit und der Verbleib im Arbeitsleben gefördert werden (Kaluscha et al., 2017).

Die Krankenkassen verfügen über umfangreiche Informationen zu Diagnosen, Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalten, Medikamenten, Heil- und Hilfsmittel sowie Arbeitsunfähigkeitszeiten, aus denen sich zudem noch weitere neue Parameter (z.B. Hinzuziehung weiterer Fachärzte, Wechsel zu stärkerer Medikation etc.) ableiten lassen. Aus dieser großen Zahl potentieller Prädiktoren muss eine Vorauswahl getroffen werden, da einerseits bei vielen Parametern Rechenzeit- und Hauptspeicherbedarf der Prognosemodelle zu stark anwachsen können und andererseits die Prognosen nachvollziehbar bleiben müssen. Zudem ist die Parameterauswahl entscheidend für die Prognosegüte (Chen et al., 2020).

Methoden

Grundlage waren Behandlungsdaten aus dem 18. bis sechsten Monat vor Rehabilitationsbeginn von Versicherten zwischen 18 und 65 Jahren, die eine Rehabilitation wegen Rückenschmerzen durchlaufen haben. Die Auswahl potenziell relevanter Parameter erfolgte mittels einer Kontrastierung zu Behandlungsverläufen von a) zufällig ausgewählten Versicherten und b) Versicherten mit chronischen Rückenschmerzen, die bisher keine Rückenschmerz-Rehabilitation durchlaufen haben (jeweils alters- und geschlechtsparallelisiert, Matching im Verhältnis ca. 1:3).

Tritt ein Behandlungsmerkmal deutlich häufiger oder seltener bei Rehabilitanden als in der Vergleichsgruppe auf, kommt es prinzipiell als Prädiktor für Rehabilitationsbedarf in Frage. Besteht hingegen kein (substantieller) Unterschied, trägt das Merkmal aus informationstheoretischer Sicht nicht dazu bei, die Unsicherheit über Rehabilitationsbedarf zu verkleinern, und ist ungeeignet.

Es wurden daher die Inanspruchnahme von Facharztgruppen, ambulanten Leistungen (EBM- Ziffern), Medikamenten (ATC-Kodes vierstellig), Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlungen (OPS-301) sowie Diagnosen (ICD-10 dreistellig) untersucht. Betrachtet wurden nur die knapp 2.600 Merkmale, die mind. 100 Nennungen bei Rehabilitanden bzw. 400 in der Vergleichsgruppe aufwiesen.

Dazu wurde bei Rehabilitanden und in der Vergleichsgruppe die standardisierte Häufigkeit (vgl. Tab. 1), berechnet und daraus der Quotient („relatives Risiko“) gebildet. Dieser Wert gibt

also an, wieviel mal häufiger (oder seltener) das Merkmal bei Rehabilitanden im Verhältnis zur Vergleichsgruppe auftritt.

Ergebnisse

Aufgrund der Vielzahl der Einzelergebnisse kann hier nur ein exemplarischer Ausschnitt daraus berichtet werden (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Standardisierte Häufigkeiten und relatives Risiko für ausgewählte ICD-10-Diagnosen beim Vergleich von Rückenschmerzpatienten mit Rehabilitationsmaßnahme („Rehabilitanden", N=69.171, Einjahreszeitraum vor Rehabilitation) und Rückenschmerzpatienten ohne Rehabilitationsmaßnahme („Vergleichsfälle", N=173.079, zufällig gewählter Einjahreszeitraum nach Erstdiagnose

ICD-10	Bezeichnung	Anzahl pro 100.000 Vergleichs-fällen	Anzahl pro 100.000 Rehabi-litanden	Relatives Risiko
G55	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus	5.930	43.295	7,30
M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	775	4.165	5,37
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	56.603	289.383	5,11
G54	Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus	2.757	11.618	4,21
M48	Sonstige Spondylopathien	12.982	54.026	4,16
G95	Sonstige Krankheiten des Rückenmarkes	632	2.443	3,86
Z50	Rehabilitationsmaßnahmen	72	266	3,69
M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	10.635	38.030	3,58
M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	27.884	99.406	3,57
M50	Zervikale Bandscheibenschäden	11.767	41.434	3,52
G57	Mononeuropathien der unteren Extremität	2.696	8.465	3,14
G83	Sonstige Lähmungssyndrome	703	2.200	3,13
G99	Sonstige Krankheiten des Nervensystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	489	1.526	3,12
M47	Spondylose	59.910	184.141	3,07
Q76	Angeborene Fehlbildungen der Wirbelsäule und des Thorax	472	1.449	3,07
...	...			
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	2.062	673	-3,06
Z49	Dialysebehandlung	471	152	-3,09
C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	1.416	428	-3,31
O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen ...	624	168	-3,71
Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft	1.345	323	-4,16
O09	Schwangerschaftsdauer	1.876	353	-5,32
O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, ...	499	89	-5,63
Z35	Überwachung einer Risikoschwangerschaft	740	123	-6,02
O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Feten	482	64	-7,57

Grundsätzlich gab es in allen Bereichen Merkmale, die bei Rehabilitanden häufiger auftraten. Darunter waren neben Trivialitäten wie der EBM-Ziffer 1611, die beim Ausfüllen des Rehabilitationsantrages (Muster 61) anfällt, entsprechende Behandlungen (z.B. EBM 34504= CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention) oder aufwändige Diagnostik (z.B. EBM 34411 = MRT der Wirbelsäule).

Seltener traten bei Rehabilitanden hingegen Merkmale auf, die auf eine aktuell behandlungsbedürftige schwere Erkrankung wie Krebs (z.B. laufende Chemotherapie) oder Schlaganfall (z.B. Logopädie einzeln, 60 min), eine Schwangerschaft oder eine Suchterkrankung hindeuten.

Diskussion und Fazit

Bei der Interpretation der Krankenkassendaten sind gute Kenntnisse der verschiedene Kodierungen und Abrechnungsvorschriften nötig, um zu sachgerechten Interpretationen zu kommen. Denn auch administrative Abrechnungskodes wie z.B. Zuschläge für Wegegeld bei Heilmitteln können relevante Informationen tragen (hier: Patient ist bettlägerig / schwer krank). Zudem muss auch die Frage der Granularität der einzuschließenden Merkmale geklärt werden, d.h. z.B. die zu berücksichtigende Stellenzahl bei ICD-, ATC- oder Hilfsmittelkodes. Andere Ergebnisse hingegen sind aufgrund der Abrechnungsvorschriften zu erwarten (z.B. Gebühren für rehabezogene Formulare / Befundberichte) und sollten daher ignoriert werden.

Ferner gibt es einerseits seltene, aber sehr spezifische Marker und andererseits häufige, aber weniger informationsträchtige Merkmale. Es reicht also nicht aus, lediglich die Merkmale mit den höchsten relativen Risiken für die weiteren Analysen auszuwählen, sondern es bedarf weiterer Abwägungen, in die auch medizinische Expertise einfließen sollte.

Insgesamt erschienen die so aufgefundenen Behandlungsmerkmale hier plausibel. Durch die Kontrastierung gelang es, aus der Fülle der Merkmale eine überschaubare und handhabbare Auswahl als Grundlage für die anschließende Entwicklung und Erprobung von Prognosemodelle zu treffen.

Take-Home-Message

Bei der Entwicklung von Prognosemodellen sollte auf die Variablenauswahl ebenso viel Sorgfalt verwendet werden wie auf die Auswahl des statistischen Verfahrens.

Literatur

Chen, R. C., Dewi, C., Huang, S. W., Caraka, R. E. (2020): Selecting critical features for data classification based on machine learning methods. J Big Data 7, 52 (2020). https://doi.org/10.1186/s40537-020-00327-4.

Kaluscha, R., Jankowiak, S., Dannenmaier, J., Ritter, S., Schilf, S., Krischak, G. (2016): Identifizierung von potentiellen Reha-Unterinanspruchnehmern mittels sektorenübergreifender Analysen von Routinedaten. DRV-Schriften Band 109, S. 113-115.

Kaluscha, R., Nübling, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Schmidt, J., Kaiser, U., Toepler, E. (2017): Zusammenhänge zwischen subjektivem Reha-Nutzen und Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse der Dreijahreskatamnese zur „Reha-QM-Outcome-Studie“ Baden-Württemberg. DRV-Schriften Bd. 111, S. 98-99.

Förderung: Bundesprogramm rehapro / Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Vorhersage von Rehabilitationsbedarf auf Basis von Krankenkassendaten: Vergleich verschiedener Verfahren aus Statistik und Machine Learning

Johannes Schmidt; Lena Tepohl; Rainer Kaluscha

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Wenn medizinische Rehabilitationsleistungen zu spät oder gar nicht in Anspruch genommen werden, können ungünstige Krankheitsverläufe resultieren. Eine erfolgreiche Rehabilitation hingegen hat positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand (Nübling et al., 2019) und senkt das Risiko für Erwerbsminderungsrente (Dannenmaier et al., 2020).

Daher soll im rehapro-Projekt „Zugangsoptimierte Arbeitsfähigkeitsorientierte Rehabilitation“ (ZAR) untersucht werden, wie Rehabilitationsbedarf anhand von Sozialversicherungsdaten erkannt werden kann, um Betroffenen frühzeitig eine Rehabilitationsmaßnahme anbieten zu können (Kaluscha et al., 2016). Zielgruppe sind zunächst Versicherte mit chronischen Rückenschmerzen, deren Gesundheit so verbessert und deren Verbleib im Arbeitsleben gefördert werden soll.

Methoden

Um potentielle Prädiktoren für Rehabedarf zu identifizieren, wurden Informationen wie Diagnosen, Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel und Arbeitsunfähigkeitszeiten betrachtet. Grundlage waren Behandlungsdaten aus dem 18. bis sechsten Monat vor Rehabilitationsbeginn von Versicherten zwischen 18 und 65 Jahren, die eine Rehabilitation aufgrund von Rückenschmerzen durchlaufen haben.

Die Auswahl potenziell relevanter Parameter erfolgte mittels einer Kontrastierung zu Behandlungsverläufen zum einen von zufällig ausgewählten Versicherten und zum anderen von Versicherten mit chronischen Rückenschmerzen ohne Rehabilitation (Beitrag „Kontrastierung“ 2024).

Zur Lösung des binären Klassifikationsproblems „Rehabilitationsbedarf ja/nein“ wurden folgende Verfahren untersucht: Entscheidungsbäume (Desicion Trees), logistische Regression, neuronale Netze, K-nearest Neighbour-Verfahren und Support Vector Machines (SVM).

Als praxisnaher Test wurde bei allen Verfahren das R-Package „caret“ und die damit einhergehende Parametersuche mittels Gridsearch und zehnfacher Kreuzvalidierung verwendet. Auf eine Optimierung einzelner Algorithmen durch zusätzliche Hyperparameter wurde verzichtet.

Die wichtigsten Kriterien für die Bewertung der Verfahren waren die Vorhersagegüte und die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse. Ferner wurden auch für die praktische Nutzung relevante technische Kriterien (Rechenzeiten, Hauptspeicherbedarf und Implementierungsaufwand) betrachtet.

Ergebnisse

Der praktische Vergleich auf Basis verschiedener Maße, wie Richtig-Positiv- und Richtig- Negativ-Rate brachte dabei keine deutliche Überlegenheit einzelner Algorithmen zum Vorschein. Es wurde allerdings ersichtlich, dass komplexe Algorithmen in vielen Fällen, auch in ihrer nicht tiefgreifend optimierten Form, einen leichten Vorteil haben. Bei der Kreuzvalidierung weisen beispielsweise Random Forests, SVMs und Neuronale Netze Richtig-Positiv- und Richtig-Negativ-Raten von ca. 0,8 auf. Bei den einfacheren Modellen (Desicion Tree oder logistische Regression) war eine größere Diskrepanz dieser Werte zu beobachten.

Hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit haben Desicion Trees und die logistische Regression Vorteile, da die Bedeutung der einzelnen Parameter für die Entscheidung direkt ablesbar ist.

Die Berechnungen erfolgten auf einem leistungsfähigen Server (32 CPU-Kerne, 1 TB RAM). Die Modellentwicklung und Kreuzvalidierung nahm zwischen wenigen Stunden und mehreren Wochen in Anspruch. Die logistischen Regressionen, die Desicion Trees und die neuronalen Netze wiesen dabei den geringsten Zeitbedarf auf.

Diskussion und Fazit

Eine deutliche Über- oder Unterlegenheit einzelner Algorithmen konnte anhand der praktischen Vergleiche in dem oben genannten Setting nicht festgestellt werden. Dabei ist es auch durchaus bemerkenswert, dass einfache und bekannte Algorithmen wie Desicion Trees oder die logistische Regression keine merklichen Nachteile gegenüber komplexeren Algorithmen, wie den Neuronalen Netzen oder geboosteten Desicion Trees zeigen. Allerdings konnten im Rahmen dieses Vergleichs nicht alle Optimierungsmöglichkeiten durch zusätzliche verfahrensspezifische Hyperparameter ausgeschöpft werden, so dass dadurch insbesondere bei den komplexen Verfahren noch eine Steigerung der Vorhersagegüte möglich wäre.

In dem hier beschriebenen Anwendungsbereich überwiegen allerdings die theoretischen Vorzüge der Decision Trees. Allen voran die Transparenz, die es medizinischen Experten möglich macht die Vorhersage des Rehabilitationsbedarfs nachzuvollziehen und damit die Entscheidungen des Algorithmus zu bestätigen oder zu kritisieren. Des Weiteren kann aufgrund der Struktur dieser Modelle und der Einfachheit der letztlichen Entscheidungsfindung medizinische Expertise mit in die finale Entscheidung einfließen, was zu einer besseren Akzeptanz führt.

Take-Home-Message

Komplexe Machine Learning Algorithmen sind kein Allheilmittel - gerade in einem Setting wie dem hier vorgestellten, in dem Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen eine Schlüsselrolle spielen, kann es zielführender sein, „einfachere“ Algorithmen einzusetzen und auf komplexe „Black-Box-Modelle“ zu verzichten.

Literatur

Dannenmaier, J., Tepohl, L., Immel, D., Hartschuh, U., Kaluscha, R. & Krischak, G. (2020): Effekt der Rehabilitation auf den verzögerten Eintritt in die Berentung aufgrund von Erwerbsminderung. Die Rehabilitation, 59 (1), 10-16.

Kaluscha, R., Jankowiak, S., Dannenmaier, J., Ritter, S., Schilf, S., Krischak, G. (2016): Identifizierung von potentiellen Reha-Unterinanspruchnehmern mittels sektorenübergreifender Analysen von Routinedaten. DRV-Schriften Band 109 (Tagungsband des 25. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums), S. 113-115.

Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Holstiege, J., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Kaiser, U. & Toepler, E. (2015): Die „Reha- QM- Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden- Württemberg – Methodik und ausgewählte Ergebnisse. Prävention und Rehabilitation, 27, 77-94.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, rehapro

Bedarfsfokussierte Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen – BETA-MeH

Susann Huthmann[1]; Annette Blaudszun-Lahm[2]; Rebekka Heyme[1]; Regina Osranek[2]; Dolores Claros-Salinas[3]; Wilfried Schupp[3]; Alexander Thomas[3]

[1] Deutsche Rentenversicherung Bund; [2] Institut für Technologie und Arbeit e.V.; [3] Claros-Salinas/Schupp/Thomas GbR

Hintergrund und Zielstellung

Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen werden häufig durch akute Ereignisse mitten aus ihrem (Arbeits-)Leben gerissen. In der aktuellen Regelversorgung soll eine medizinische Rehabilitation mit anschließender stufenweisen Wiedereingliederung oder anschließenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Rückkehr ins Erwerbsleben unterstützen. Aufgrund der Vielfalt der Störungsbilder einerseits und der schweren Vorhersehbarkeit des Rehabilitationsverlaufs in dieser Zielgruppe andererseits wird eine nachhaltige und stabile Rückkehr ins Arbeitsleben bei einer Teilgruppe der Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen mit der aktuellen Versorgung nicht erreicht (vgl. Streibelt et al., 2023).

In dem vom BMAS im Rahmen der Förderinitiative rehapro geförderten Modellvorhaben wird eine innovative Intervention erprobt, die auf Basis von Empfehlungen aus der aktuellen Forschung (Claros-Salinas, 2023; Schwarz et al., 2018) stärker als bisher medizinische Rehabilitation und betriebliche Wiedereingliederung miteinander verzahnt und in der Rehabilitationsleistungen flexibel hinsichtlich ihrer Dauer, ihres Umfangs und ihrer Abfolge bedarfs- und sozialraumorientiert erbracht werden können.

Der konkrete Arbeitsplatz der Rehabilitand:innen soll von Anfang an in der Rehabilitation berücksichtigt werden und die Rehabilitand:innen werden bei der Wiedereingliederung am Arbeitsplatz bis zu 12 Monate individuell von Fachkräften der beruflichen Rehabilitation und von Fallmanager:innen begleitet. Die Zielsetzung und Maßnahmenplanung dazu soll gemeinschaftlich und sektorenübergreifend zwischen den Akteuren der medizinischen Rehabilitation, Fallmanager:innen und den Fachkräften der betrieblichen Rehabilitation unter Einbezug der Rehabilitanden und deren Arbeitgebern entwickelt werden.

Methoden

Seit Februar 2023 werden in drei ambulanten neurologischen Kliniken in Nordrhein-Westfalen Studienteilnehmer:innen rekrutiert. Im Rahmen der Machbarkeitsstudie konnte mit 17 Proband:innen (11 IG, 6 KG) den Fragen nachgegangen werden, ob das Interventionskonzept umsetzbar ist und ob die angestrebte Zielgruppe erreicht wird. Eine Wirksamkeitsstudie, in der 280 Studienteilnehmer:innen (120 IG, 120 KG) rekrutiert werden sollen, soll mit einem RCT-Design die Überlegenheit der Intervention gegenüber der Regelversorgung hinsichtlich der Quote der Rückkehr an den Arbeitsplatz und sekundärer Zielkriterien aus den Bereichen Lebensqualität, Angst, mentale Fatigue und Depressivität

prüfen. In einer Wirtschaftlichkeitsstudie wird betrachtet, ob die Intervention für die Rehabilitand:innen effizient, für die Rentenversicherung ökonomisch nachhaltig und für die Interventionspartner:innen aus den Rehakliniken, den beruflichen Rehabilitationseinrichtungen und den Fallmanager:innen wirtschaftlich tragbar ist.

Ergebnisse

Erste Ergebnisse der Machbarkeitsstudie weisen darauf hin, dass die Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen sich in einem frühen Stadium ihrer Rehabilitation nur selten mit ihrem Arbeitsplatz und der Rückkehr an diesen auseinandersetzen möchten bzw. ihnen die Tragweite ihrer Beeinträchtigung und der Vorteil einer Unterstützung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nicht klar ist. In der Folge zieht dies Schwierigkeiten bei der Rekrutierung der Studienteilnehmer:innen nach sich.

Demgegenüber wird deutlich, dass die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit verschiedener Professionen einerseits mit erheblichem organisationalem Abstimmungsaufwand verbunden ist und anderseits auch ein gegenseitiges Verständnis für die sektoralen Arbeitsweisen und spezifischen Kompetenzen der Interventionspartner:innen benötigt wird, welches so in der aktuellen Regelversorgung aufgrund der zeitlich und räumlich getrennten Rehabilitationsansätze noch nicht entwickelt werden konnte.

Diskussion und Fazit

Die Grenzen der aktuellen Regelversorgung wie z.B.

- die strikte personelle und zeitliche Trennung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation statt einer Kopplung der medizinischen Rehabilitation mit der betrieblichen Integration,
- die Standardisierung von Leistungen statt der bedarfs- und personenzentrierten Leistungserbringung,
- der berufsbildorientierte statt arbeitsplatz- und tätigkeitsbezogene Rehabilitationsansatz sowie
- die Fokussierung auf medizinische Settings statt der Betrachtung der lebensweltlichen Komplexität einer Rückkehr an den Arbeitsplatz

sind die Ansatzpunkte der Intervention. Die Erprobung der Intervention zeigt, wie sehr sich diese Grenzen nicht allein auf sozialrechtliche und verwaltungsseitige Standpunkte beziehen, sondern sich auch im Mindset und gewohnten Abläufen der beteiligten Interventionspartner:innen in der Praxis verfestigt haben.

Take-Home-Message

Verwaltung kann die Freiräume für Innovationen schaffen, um diese mit Leben zu füllen, bedarf es Ressourcen und Bereitschaft weiterer Akteure, gelebte (und geliebte) Praxis zu verändern und somit die eigenen sektoralen Grenzen zu überwinden und gemeinsames Handeln im Sinne der Rehabilitand:innen zu ermöglichen.

Literatur

Claros-Salinas, D. (2023). Berufliche Teilhabe und Wiedereingliederung in der Neurorehabilitation (Vol. 25). Hogrefe Verlag GmbH & Company KG, Göttingen.

Schwarz, B., Claros-Salinas, D., Streibelt, M. (2018). Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. J Occup Rehabil. 2018 Mar;28(1):28-44.

Streibelt, M., Zollmann, P., Rasch, L., Schimichowski, J. & Schmitz, S. (2023). Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund neurologischer Erkrankungen. Die Rehabilitation, 62, 22-30.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Die Bedeutung eines ganzheitlichen Ansatzes bei der Klärung von Handlungsbedarf bei gefährdeter beruflicher Teilhabe: das rehapro-Modellvorhaben GIBI

Saskia Dötsch[1]; David Fauser[2]; Vera Kleineke[3]; Dagmar Feddersen[1]; Jessica Roder[2]; Matthias Bethge[2]

[1] Rehazentrum im Naturpark Aukrug; [2] Universität zu Lübeck;
[3] Deutsche Rentenversicherung Nord

Hintergrund und Zielstellung

Die psychische Gesundheit sowie der Einsatz unterschiedlicher Perspektiven und vielfältiger Akteure bei der Lösung von Gesundheitsproblemen, gewinnt in der Arbeitswelt zunehmend an Bedeutung (Schütte, Rothe, 2018). Bei Beschäftigten mit gefährdeter beruflicher Teilhabe stehen häufig zunächst rein körperliche Beschwerden im Vordergrund, obwohl vielschichtige Problemlagen vorliegen. Um sie zu verstehen und passende Interventionen abzuleiten, ist ein ganzheitlicher Blick erforderlich (Fauser et al., 2023).

Rehabilitationseinrichtungen verfügen über ein multiprofessionelles Team, um eine intensive ganzheitliche Diagnostik durchzuführen. Aufgrund innerbetrieblicher Kenntnisse können Betriebsärztinnen/-ärzte rehabilitative Prozesse erfolgreich begleiten (Völter-eMahlknecht, Rieger, 2014). Durch das rehapro-Modellvorhaben GIBI (Ganzheitliche Klärung des Interventionsbedarfs bei gefährdeter beruflicher Integration; Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales) werden diese Expertisen miteinander verbunden und die Entwicklung, Implementierung und Wirksamkeitsprüfung einer ganzheitlichen Diagnostik wissenschaftlich begleitet (Fauser et al., 2022). Ergebnisse der Machbarkeitsphase zeigen, dass die GIBI-Intervention zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen kann und dass die psychosomatische Diagnostik für die Ableitung konkreter Handlungsempfehlungen zentral war (Fauser et al., 2023). Ziel dieser explorativen qualitativen Auswertung war es, den Anteil von Beschwerden, die im betriebsärztlichen Erstgespräch deutlich wurden, mit den durch die ganzheitliche Diagnostik entwickelten Handlungsempfehlungen zu vergleichen.

Methoden

Die randomisierte kontrollierte Studie mit Wartekontrollgruppe des Modellvorhabens GIBI (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00027577) schließt Mitarbeiter/-innen mit gesundheitlichen Einschränkungen und eingeschränkter Arbeitsfähigkeit ein. Nach Identifizierung geeigneter Personen erhielten die Teilnehmenden zunächst ein betriebsärztliches Erstgespräch zur Bedarfsanalyse und Erfassung der konkreten Arbeitsplatzanforderungen. Dort wurde das Dokument „Bedarfsanalyse und Ziele“ eingesetzt, in dem aktuelle Einschränkungen und Gesundheitsprobleme der Teilnehmenden dokumentiert wurden. Anschließend erhielten die Teilnehmenden eine ganzheitliche zweitägige Diagnostik in einer Rehabilitationseinrichtung, auf Basis derer konkrete Handlungsempfehlungen nach einer Fallkonferenz des Rehabilitationsteams formuliert wurden.

Die inhaltsanalytische Auswertung der im Erstgespräch ausgefüllten Dokumente „Bedarfsanalyse und Ziele“ erfolgt deduktiv anhand folgender Kriterien: „psychische Symptome“, „somatische Symptome“ und „Symptome mit psychischen und somatischen Anteilen“. Handlungsempfehlungen wurden anhand der Hauptkategorien „Empfehlungen zur psychischen Gesundheit“ und „Empfehlungen zur somatischen Gesundheit“ codiert. Die Kodierungsrichtlinien der Symptome erfolgte auf Grundlage der SCL-90-Symptom-Checkliste ohne Angaben der Symptomschwere. Für die Auswertung nutzten wir die webbasierte Anwendung QCAmap (Fenzl et al., 2017). Die Analyse berücksichtigte Teilnehmende der randomisierten kontrollierten Studie am Standort Aukrug.

Ergebnisse

Für die Analyse wurden Daten von 19 Teilnehmenden eingeschlossen. Die Teilnehmenden waren zu 44 % weiblich, im Durchschnitt 47,2 Jahre alt (SD = 11,2), eher vollzeitbeschäftigt (56 %) und berichteten hauptsächlich eine mäßige (56 %; 28-36 Punkte) und kritische (39 %; 7-27 Punkte) subjektive Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index). Die derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug zu körperlichen (M = 2,9; SD = 1,2) und psychischen (M = 3,1; SD = 0,8) Arbeitsanforderungen war vergleichbar hoch.

Somatische Symptome wurden bei 74 % der Teilnehmenden, psychische Symptome bei 63 % und Symptome mit psychischen und somatischen Anteilen bei 53 % im betriebsärztlichen Erstgespräch dokumentiert. Alle Teilnehmenden erhielten mindestens eine Empfehlung zur Förderung der somatischen Gesundheit, 74 % eine Handlungsempfehlung zur Verbesserung der psychischen Gesundheit.

Diskussion und Fazit

Die Analyse der Symptome beim Erstgespräch sowie der Handlungsempfehlungen im Abschlussbericht zeigt die Relevanz einer ganzheitlichen Diagnostik. Obwohl die psychischen Symptome (z. B. reduzierte Konzentrationsfähigkeit) und Symptome mit somatischem und psychischem Anteil (z. B. untere Rückenschmerzen) in der Eingangsdokumentation nicht deutlich auf einen psychischen Behandlungsbedarf hinwiesen, wurde dieser herausgearbeitet und psychische Handlungsempfehlungen (z. B. ambulante Psychotherapie) formuliert. Der Bedarf von körperlichen Handlungsempfehlungen (z. B. Muskelkrafttraining) wurden bei allen teilnehmenden Personen abgeleitet, mit oder ohne somatische Symptome (z. B. Gelenkbeschwerden), um die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit zu verbessern.

Take-Home-Message

Die Ableitung passgenauer Handlungsempfehlungen zur Sicherung von Arbeitsfähigkeit bedarf einer ganzheitlichen und arbeitsplatzorientierten Diagnostik.

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.

Fauser, D., Boos, N., Dötsch, S., Langer, C., Kleineke, V., Kindel, C., 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.

Fenzl, T., Mayring, P. (2017) QCAmap: eine interaktive Webapplikation für Qualitative Inhaltsanalyse. Z Soziol Erzieh Sozialisation, 37. 333-340.

Schütte, M., Rothe, I. (2018): Prävention und Arbeitsgestaltung – Psychologische Gesundheit in der Arbeitswelt. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed, 53. 6-8.

Völter-Mahlknecht, S., Rieger, M. A. (2014): Patientenversorgung an der Schnittstelle von Rehabilitation und Betriebsärzten. Systematische Literaturübersicht zur Versorgungsgestaltung. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 139. 1609-1614.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Dimensionen der beruflichen Teilhabe bei an Multiple Sklerose erkrankten Rehabilitanden

Kerstin Eichstädt[1]; David Ellenberger[1]; Michael Sailer[2]; Sarah Schilling[1]; Michael Sailer[2]; Alexander Stahmann[1]; Nadine Schumann[2 3]

[1] MS Forschungs- und Projektentwicklungs-gGmbH;
[2] MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg;
[3] An-Institut für Neurorehabilitation der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

Hintergrund und Zielstellung

Die berufliche Teilhabe stellt für Multiple Sklerose (MS) Erkrankte eine wichtige Ressource zur gesellschaftlichen Integration dar und wirkt sich u.a. positiv auf die Lebensqualität, den Krankheitsverlauf sowie die -bewältigung aus. Dennoch scheiden sie häufig frühzeitig aus dem Erwerbsleben aus. Bisherige Forschungsschwerpunkte zur beruflichen Teilhabe adressieren primär soziodemografische und krankheitsbezogenen Parameter (Gerhardt et al., 2020). Der Einfluss von arbeitsplatzbezogenen sowie personbezogenen Faktoren ist bislang unzureichend untersucht. Anknüpfend daran untersucht der vorliegende Beitrag, inwieweit Dimensionen der beruflichen Teilhabe zwischen erwerbstätigen und nicht- erwerbstätigen MS-Erkrankten differieren. Die Erkenntnisse können Grundlage der

Gestaltung medizinisch und beruflich-orientierter Rehabilitationsleistungen sein und damit die Teilhabechancen der MS-Erkrankten verbessern.

Methoden

Im Rahmen des von der DRV-Bund geförderten Forschungsprojektes TAMuS wurden bundesweit in 16 Reha-Zentren 281 MS-Erkrankte im Alter von 18-60 Jahren (MW = 47,5 Jahre; SD =9,6 Jahre, 64% weiblich) eingeschlossen und zu zwei Messzeitpunkten im Abstand von 12 Monaten schriftlich/online befragt (Schumann et al., 2022). Für die vorliegende Betrachtung werden Daten zu Reha-Ende (T1), welche im Zeitraum von 10/2021 bis 12/2022 erhoben wurden, für erwerbstätige und nicht-erwerbstätige MS-Erkrankte deskriptiv analysiert und gegenübergestellt. In Anlehnung an Farin (2010) werden folgende fünf Dimensionen der Teilhabe adressiert: Leistung, Leistungsfähigkeit, Wichtigkeit, Kontextfaktoren sowie Zufriedenheit der Arbeit. Die Analysen erfolgten mit der Statistiksoftware R 4.2.2.

Ergebnisse

Von den Befragten waren insgesamt 70,5% zu T1 erwerbstätig, davon 54,5% ganztags, 36,9% mindestens halbtags und 5,6% weniger als halbtags. Die Mehrheit der Erwerbstätigen (85,6%) ist zu Reha-Ende in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis als Arbeiter(in) /Angestellte(r) tätig und arbeitet 5 Tage die Woche (75%). Die berichtete derzeitige Arbeitsfähigkeit – erfasst mittels Work Ability Score – unterschied sich stark zwischen erwerbstätigen (M=5.1, SD=2.8) und nicht-erwerbstätigen (M=1.7, SD=2.3) MS-Erkrankten ($p < .001$). Bei den Kontextfaktoren berichten nicht-erwerbstätige MS-Erkrankte häufiger von gehenden (48% vs. 25%), stehenden (42% vs. 25%) und hebenden (27% vs. 11%) Arbeitshaltungen. Auch die Kenntnis von (ehemaligen) Kollegen & Vorgesetzten über die MS ist bei den nicht-erwerbstätigen MS-Erkrankten geringer ausgeprägt (Tab. 1).

Tab. 1: arbeitsplatzbezogene Kontextfaktoren bei erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen MS-Erkrankten zu Reha-Ende

Welche arbeitsplatzbezogenen Hindernisse/Barrieren gibt es für die Berufstätigkeit der Person?	***Erwerbstätige MS-Erkrankte n (%)***	***Nicht-Erwerbstätige MS-Erkrankte n (%)***
1. berufliche Stellung		
- Arbeiter/in	20 (10%)	16 (19%)
- Angestellte/r	162 (82%)	57 (69%)
- Beamter/in	8 (4%)	0 (0%)
- Selbstständige/r	6 (3%)	1 (1,2%)
- Keine Angabe	2 (1%)	8 (9,6%)
- Noch nie berufstätig gewesen	0 (0%)	1 (1,2%)
2. Arbeitshaltung ständig/überwiegend:		
- stehen	51 (25%)	39 (48 %)
- gehen	51 (25%)	35 (42%)
- sitzen	132 (67%)	41 (49%)
- heben	22 (11%)	22 (27%)
3. Kenntnis der KollegInnen von der MS-Erkrankung	165 (83%)	50 (60%)
4. Kenntnis der Vorgesetzten von der MS-Erkrankung	172 (87%)	57 (69%)

Die Ausübung des Berufes ist/war für 86% der Erwerbstätigen und 76% der Nicht-Erwerbstätigen wichtig bis sehr wichtig. Bei der Gegenüberstellung der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation konnten – außer tendenzielle Unterschiede im Hinblick auf die Bezahlung – keine Unterschiede zwischen den Gruppen identifiziert werden (Abb. 1).

Abb. 1: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation

Diskussion und Fazit

Unsere Ergebnisse lassen erkennen, dass im Hinblick auf die Wichtigkeit der Arbeit und der Arbeitszufriedenheit kaum Unterschiede zwischen erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen MS Erkrankten bestehen. Diese scheinen somit für die frühzeitige Aufgabe der Erwerbstätigkeit im Laufe der MS-Erkrankung weniger bedeutsam zu sein, als die untersuchten arbeitsplatzbezogenen Kontextfaktoren. Hier zeigten sich in Bezug auf belastendende Arbeitshaltungen Unterschiede zu Ungunsten der Nicht-Erwerbstätigen. Auch ist der Anteil der Kollegen und Vorgesetzen, die Kenntnis über die MS haben bzw. hatten bei nicht-erwerbstätigen MS-Erkrankten niedriger als bei Erwerbstätigen.

Take-Home-Message

In Anbetracht der Bedeutung der beruflichen Tätigkeit für die Teilhabe und die Lebensqualität von MS-Erkrankten sowie des drohenden Fachkräftemangels sollten die Möglichkeiten zur Minderung dieser Barrieren im Berufsalltag maximal ausgeschöpft werden.

Literatur

Farin, E., (2010). Teilhabe von Patienten an Lebensbereichen als Gegenstand der Versorgungsforschung: Beziehung zu verwandten Konstrukten und Übersicht über vorhandene Messverfahren. Das Gesundheitswesen, Band 73 (1), pp. 1-11.

Gerhard, L., Dorstyn, D. S., Murphy, G., Roberts, R. M. (2020): Neurological, physical and sociodemographic correlates of employment in multiple sclerosis: A meta-analysis. Journal of Health Psychology, 25. 92-104.

Schumann, N., Eichstädt, K., Lamprecht, J., Peters, M., Rindelhardt, S., Stahmann, A., Sailer, M. (2022): Determinanten der Teilhabe am Arbeitsleben bei Multipler Sklerose (TAMuS) – Studienprotokoll. DKVF 2022, Potsdam.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Kann die Inanspruchnahme psychologischer Unterstützung während der beruflichen Rehabilitation in einem Berufsförderungswerk auf der Grundlage von Routinedaten vorhergesagt werden?

Anna Maren Koch[1]; Christian Hetzel[2]; Mathis Elling[2]; Gabriela Sewz[1]; Christian Zwingmann[3]

[1] Berufsförderungswerk Dortmund; [2] Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln; [3] Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe

Hintergrund und Zielstellung

Berufsförderungswerke richten ihre Qualifizierungs- und Unterstützungsleistungen an Menschen, die ihren ursprünglichen Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben können. Die psychologische Unterstützung in den Berufsförderungswerken dürfte aufgrund veränderter Teilnehmendenstrukturen in Zukunft noch wichtiger werden (Meschnig et al., 2015). Gleichzeitig ist in den Anmeldezahlen ein Abwärtstrend erkennbar, womit Kostendruck und steigende Planungsunsicherheit einhergehen (Reims et al., 2023). Die Ressourcenplanung psychologischer Unterstützung auf Fachkräfte- und Leitungsebene dürfte aufgrund der genannten Entwicklungen immer wichtiger werden. Unsere Studie soll klären, inwieweit eine Prädiktion der Terminanzahl im Psychologischen Dienst eines Berufsförderungswerks auf der Basis von Routinedaten regressionsanalytisch möglich ist und welche Variablen dabei eine gute Vorhersage leisten.

Methoden

Um eine Prädiktion der Terminanzahl vorzunehmen, werden Routinedaten von 404 Rehabilitand:innen einer hierarchischen linearen Regressionsanalyse unterzogen. Die Daten umfassen Stammdaten, Buchungsdaten (LBR-Codierungen) und Fragebögen zum psychologischen Erstkontakt. Die Beobachtungsstudie betrifft die Kohorten eines Berufsförderungswerks, die 2016 bis 2020 ihre zweijährige Umschulungsmaßnahme absolviert haben. Es werden auf Basis eines theoretischen Modells (Andersen-Verhaltensmodell) 25 Prädiktoren gruppiert und schrittweise in das statistische Modell einbezogen (blockweiser Einschluss, Rückwärtselimination). Das theoretische Bezugsmodell geht davon aus, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch personelle und strukturelle sowie Umweltbedingungen beeinflusst wird (Andersen, 1995). Die im Bezugsmodell beschriebenen Bereiche werden bei der Erstellung des Regressionsmodells mit datengestützten Methoden kombiniert (Koch, 2023). Fehlenden Werten wurde mit listenweisem Fallausschluss begegnet (Missingquoten maximal 4,3 %). Die statistischen

Voraussetzungen der Regressionsanalyse wurden umfassend geprüft. Die Berechnungen wurden mit SPSS, Version 28, durchgeführt.

Ergebnisse

Die Analysestichprobe (N = 404) weist für die berufliche Rehabilitation übliche soziodemografische Eigenschaften auf (79,2 % männlich, Alter in Jahren M = 41,39, SD = 7,84, 67,1 % Kostenträgerschaft DRV, 27,7 % F-Diagnose als Hauptdiagnose). Durchschnittlich nehmen die Rehabilitand:innen im Psychologischen Dienst 4,6 Termine (SD = 5,2, Min = 0, Max = 35) wahr. Das endgültige Modell, F(10, 393) = 25,67, p < 0,001, erreicht eine beachtliche Varianzaufklärung von 39,5 % (korrigiertes $R2$ = 0,380). Dabei verbleiben im letzten Rechenschritt zehn Variablen, die eine höhere Terminanzahl im Psychologischen Dienst prognostizieren: weibliches Geschlecht, Internatsstatus, geringe Resilienz, Unterstützungswunsch, psychologische Behandlung in der Vergangenheit, Einnahme von Psychopharmaka, Nichtvorliegen zweier bestimmter Berufsfelder, Arbeitsagentur/Jobcenter als Kostenträger, Nichtteilnahme am Reha-Vorbereitungslehrgang, wobei die unterstrichenen Prädiktoren am stärksten sind. Der Standardfehler der Regressionsfunktion beträgt 4,10. Ein 95-%-Konfidenzintervall umfasst demnach 1,96 * 4,10 = ± 8,04 Termine im Psychologischen Dienst. Bis auf die Teilnahme am Reha-Vorbereitungslehrgang sind die einzelnen Regressionskoeffizienten β signifikant. Die Prüfung der regressionsanalytischen Voraussetzungen zeigt lediglich bei der Homoskedastizität gewisse Einschränkungen.

Diskussion und Fazit

Die Routinedaten sind für eine Prognose grundsätzlich geeignet und können bei der Ressourcenplanung berücksichtigt werden, dies zeigt die hohe Varianzaufklärung. Da verschiedene Informationen eine prädiktive Rolle im Regressionsmodell spielen, sollte die Fokussierung allein auf das Vorliegen einer F-Diagnose vermieden werden. Vier der Prädiktoren im Endmodell haben ihren Ursprung im Fragebogen zum psychologischen Erstkontakt, was die Nutzung eines solchen Instruments unterstreicht. Kritisch muss festgehalten werden, dass 60,5 % der Kriteriumsvarianz nicht durch das Modell erklärt werden können, sodass das Konfidenzintervall mit ± 8 Terminen recht breit ausfällt; die Identifikation von Heavy Usern sollte aber möglich sein. Durch eine Weiterentwicklung des Fragebogens zum psychologischen Erstkontakt könnte versucht werden, die Prognose weiter zu verbessern. Eine Generalisierung der Ergebnisse über die Analysegruppe und den benannten Zeitraum hinaus ist nicht ohne Weiteres möglich. Das Untersuchungsdesign schränkt kausale Interpretationen zwar ein; für die Prädiktion sind diese indes nicht notwendig.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse sprechen dafür, für die Ressourcenplanung des Psychologischen Dienstes in Berufsförderungswerken stärker Routinedaten auf regressionsanalytischer Basis zu nutzen, mithin die bisher oft übliche alleinige Berücksichtigung bestimmter Variablen (z. B. F- Diagnose) zu vermeiden.

Literatur

Andersen, R. M. (1995): Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? 1995; 36: 1–10. DOI: 10.2307/2137284.

Koch, A. M. (2023): Inanspruchnahme Medizinischer und Psychologischer Unterstützungsleistungen während der beruflichen Rehabilitation in einem Berufsförderungswerk: Ist eine Prädiktion auf Grundlage von Routinedaten möglich? [Masterthesis]. Bochum: Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe; 2023.

Meschnig, A., Bartel, S., von Kardorff, E. (2015): Individuelle und kontextbezogene Ursachen von Abbrüchen beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen. Rehabilitation 2015; 54: 184–189. DOI: 10.1055/s-0034-1394452.

Reims, N., Rauch, A., Nivorozhkin, A. (2023): Herausforderungen und Anpassungsstrategien von Leistungserbringern in der beruflichen Rehabilitation – Eine gemischt-methodische Analyse. Rehabilitation 2023; 62: 207–215. DOI: 10.1055/a-2053-6763.

Interessenkonflikt: Anna M. Koch und Gabriela Sewz sind Mitarbeiterinnen des untersuchten Berufsförderungswerks.

Wege von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation – eine qualitative Studie zur Sicht von Mitarbeiter:innen aus Reha-Einrichtungen

Eileen Wengemuth; Lukas Kühn; Lara Lindert; Kyung-Eun (Anna) Choi

Medizinische Hochschule Brandenburg - Theodor Fontane

Hintergrund und Zielstellung

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen krankheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen vorbeugen. In der Region Berlin-Brandenburg sind die Ausgaben für Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von 2018 bis 2022 von 690 auf 936 Mio. € angestiegen (Geschäftsberichte der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg, 2018-2022). Die Ausgaben für berufliche Rehabilitation jedoch sind im selben Zeitraum lediglich von 53 auf 57 Mio. € gestiegen (ebd.). Ein wichtiger Faktor für die Inanspruchnahme liegt im Ineinandergreifen verschiedener Leistungen, speziell an der Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation (Jankowiak et al., 2013). Im Forschungsprojekt REHA-Routes untersuchen wir, was fördernde und hemmende Faktoren für einen erfolgreichen Übergang sind, welche Unterstützungswünsche und Erwartungen Betroffene haben, wer relevante Akteure sind und welches Optimierungspotential es an dieser Schnittstelle gibt.

Methoden

Um diese Fragen zu beantworten, greifen wir auf unterschiedliche Methoden zurück und führen die Sichtweisen unterschiedlicher Stakeholder zusammen. Unter anderem befragen wir Rehabilitand:innen und ihre Angehörigen mittels Fragebögen und Interviews, Mitarbeiter:innen unterschiedlicher Rehabilitationseinrichtungen in Fokusgruppen und werten

Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung aus. In diesem Beitrag berichten wir über die leitfadengestützten Fokusgruppen mit Mitarbeiter:innen aus Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation.

Ergebnisse

Zwischen November 2022 und September 2023 wurden fünf 90-minütige Fokusgruppen mit jeweils 3 bis 7 Mitarbeiter:innen von Reha-Einrichtungen in Berlin und Brandenburg durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Als relevante Akteur:innen werden verschiedene Kostenträger:innen, die Rehabilitand:innen mit ihren unterschiedlichen Problemlagen und Erwartungen sowie die unterschiedlichen Professionen angehörenden Mitarbeitenden von Reha-Einrichtungen genannt. Die Fokusgruppen-Teilnehmer:innen sehen u. a. die – teilweise allerdings ausgesetzte – persönliche Rehaberatung als förderlich für den Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Reha an. Als hinderlich erachten sie beispielsweise die fehlende Rückmeldung über den weiteren Verlauf der Rehabilitand:innen. Die Erfahrungen der Mitarbeiter:innen variieren, beispielsweise je nach Einrichtungen und deren Kooperationsmöglichkeiten. Die Fokusgruppen-Teilnehmer:innen haben teils positive, teils negative Erfahrungen mit bereits implementierten Modellprojekten wie verschiedenen Formen von Fallmanagement gemacht. Auf Basis dieser Ergebnisse entwickeln wir eine Intervention, um den Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Reha zu verbessern, die wir in den kooperierenden Einrichtungen implementieren und evaluieren.

Diskussion und Fazit

Da die Mitarbeiter:innen über unterschiedliche Erfahrungen und Problemlagen berichten, ist es notwendig, verschiedene Interventionen zu entwickeln, um den Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation zu verbessern, wie beispielsweise eine Online-Rehaberatung durch Kostenträger:innen, Schulungen für Mitarbeiter:innen und eine verstärkte Kooperation und Kommunikation zwischen verschiedenen Einrichtungen sowie zwischen Reha-Einrichtungen und Kostenträger:innen durch regelmäßige Zusammenkünfte. Im positiven Sinne bietet diese Variation jedoch auch die Möglichkeit, anhand von Best- practice-Beispielen voneinander zu lernen.

Take-Home-Message

Aus Sicht von Mitarbeiter:innen unterschiedlicher Reha-Einrichtungen gibt es verschiedene Optimierungsbedarfe für den Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation, weshalb flexible Lösungen, die sich an den jeweiligen Kontexten und Bedarfen orientieren, vonnöten sind.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg (2019). Geschäftsbericht der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg 2018. file:///C:/Users/U0000444/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads/f9f228b1-648e-43cb-bead-95fb25911704/GB_2018.pdf.

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg (2020). Geschäftsbericht der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg 2019. file:///C:/Users/U0000444/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads/0137a5fb-6c8f-4e20-9fce-43db6f26f969/GB_2019.pdf.

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg (2022). Geschäftsbericht der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg 2021. file:///C:/Users/U0000444/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads/adb84451-02e6-43ca-af8a-5f7f6b03da01/GB_2021_pdf.pdf.

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg (2023). Geschäftsbericht der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg 2022. file:///C:/Users/U0000444/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads/4862c7af-3b00-4aba-9a03-41311f05f7fa/GB_2022_pdf.pdf.

Jankowiak, S., Kaluscha, R., Holstiege, J. & Krischak, G. (2013). Welche Faktoren beeinflussen die Dauer des Übergangs zwischen medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben? DRV-Schriften Band 101.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Der Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) für die berufsdermatologische Rehabilitation

Michaela Ludewig; Annika Wilke; Julia Meyer; Swen Malte John; Marc Rocholl

Universität Osnabrück

Hintergrund und Zielstellung

Subjektive Krankheitstheorien (z. B. über die Behandlungsmöglichkeiten einer Erkrankung) können den Umgang (z. B. das gewählte Bewältigungsverhalten) mit der Hauterkrankung maßgeblich beeinflussen. Das Common Sense Modell der Selbstregulation (CSM) ist ein theoretisches Modell, um diese auf kognitiver und emotionaler Ebene ablaufenden Selbstregulationsprozesse zu erklären (Ludewig et al., 2023). Patient*innen in der Berufsdermatologie nehmen ihre Hauterkrankung häufig als erhebliche Belastung wahr (z. B. im Hinblick auf die Ausprägung der Symptome und den chronischen Erkrankungsverlauf), die sich in verschiedenen Dimensionen des CSM zeigt (Rocholl et al., 2023).

Zielstellung der vorliegenden Untersuchung waren sowohl die Modifikation des ‚Illness Perception Questionnaire' (IPQ-R) für die berufsdermatologische Rehabilitation als auch die psychometrische Prüfung des modifizierten Instruments.

Methoden

Zu Beginn erfolgte die Modifikation des Instruments auf Basis der einschlägigen Literatur, einer Patientenbefragung in gesundheitspsychologischen Patientenseminaren und Expertengesprächen für das Anwendungsfeld der Berufsdermatologie, da die Autor*innen des IPQ-R (Moss-Morris et al., 2002) empfehlen, den als generisch entwickelten Fragebogen an den jeweiligen Forschungskontext anzupassen.

Anschließend nahmen 254 Rehabilitand*innen am ersten Tag der Rehabilitationsmaßnahme im Zeitraum von Juni 2020 bis Mai 2021 an einer Querschnittserhebung am Studienstandort teil. Die Datenanalyse erfolgte unter Verwendung des Statistikprogramms IBM SPSS Version 26. Ein exploratives Vorgehen wurde gewählt, da diese Modifikation des Instruments erstmalig geprüft wurde.

Ergebnisse

Insgesamt konnten nach Analyse der fehlenden Werte die Datensätze von 228 Patient*innen eingeschlossen werden (Alter: M=48,2 Jahre; SD=12,0; 53,9% weiblich). Die patientenseitige Akzeptanz des Fragenbogens war hoch (Response Rate: 87,3%; Ausfüllrate zwischen 92,5% und 98,4%, N=254).

Der IPQ-R für die Berufsdermatologie besteht im Bereich der Krankheitsannahmen aus 29 Items, die sieben Faktoren abbilden (Kohärenz, Emotionale Repräsentationen, Konsequenzen: Auswirkungen auf die Gestaltung des eigenen Lebens, Konsequenzen: Finanzielle und soziale Folgen, Behandlungskontrolle, Persönliche Kontrolle und Zeitverlauf).

Sechs dieser Skalen weisen akzeptable bis gute Reliabilitätswerte (Cronbachs α 0,72 – 0,84) auf; für eine Skala (Zeitverlauf) liegt die interne Konsistenz bei Cronbachs α=0,66.

Eine separate Analyse der Ursachen führte zu acht Faktoren (psychische Ursachen, Ursachen außerhalb der Arbeit, Hautreinigungs- und Hautschutzmaßnahmen, verhaltensbezogene Risikofaktoren, Ursachen bei der Arbeit, weitere Risikofaktoren, Immunität und klimatische Einflüsse) mit insgesamt 30 Items. Fünf der acht Skalen besitzen eine akzeptable bis gute interne Konsistenz (Cronbachs α=0,71 – 0,83), drei Skala (verhaltensbezogene Risikofaktoren, weitere Risikofaktoren, Externe, nicht durch die Person beeinflussbare Faktoren) liegen unter dem akzeptablen Bereich (Cronbachs α=0,63 - 0,66).

Diskussion und Fazit

Um eine Veränderung von Gesundheits- bzw. Bewältigungsverhalten bei Patient*innen zu unterstützen sowie die Entwicklung kohärenter Krankheitstheorien zu ermöglichen, gilt es psychische und soziale Faktoren zu berücksichtigen und adäquat in Interventionen während einer Rehabilitationsmaßnahme zu adressieren. Mithilfe des vorliegenden Fragebogens können subjektive Krankheitsannahmen im Anwendungsfeld erfasst werden. Als Abweichung zum Originalmodell sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass der Faktor „Zyklisches Auftreten“ in diesem Anwendungsfeld nicht repliziert werden konnte.

Zudem ergeben sich im Bereich der Konsequenzen zwei Faktoren mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten: Einerseits zeigen sich Auswirkungen auf die Gestaltung des eigenen Lebens, andererseits werden soziale und finanzielle Konsequenzen sichtbar. Dies ist nicht zuletzt auf die Ergänzung zusätzlicher Items in diesem Instrument zurückzuführen.

Take-Home-Message

Die faktorielle Struktur dieser modifizierten Version des IPQ-R wurde erstmalig exploratorisch geprüft. Unter Berücksichtigung der beschriebenen Abweichungen vom Originalmodell ist ein Instrument verfügbar, das im Rahmen einer Studie mit hoher Ausfüllrate sowie sehr guter Response Rate entwickelt wurde.

Literatur

Ludewig, M.; Wilke, A.; Meyer, J.; John, S. M.; Rocholl, M. (2023). Modifikation und psychometrische Überprüfung des deutschsprachigen Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) in der berufsdermatologischen Rehabilitation. Unveröffentlichtes Manuskript.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. (2002) The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychology & Health 2002; 17: 1-16. doi:10.1080/08870440290001494.

Rocholl, M.; Wilke, A.; Meyer, J.; John, S. M.; Ludewig, M. (2023). Illness perceptions of patients with occupational skin diseases in a healthcare centre for tertiary prevention: a cross-sectional study. Epub ahead of print. doi.org/10.3390/ijerph20095652.

Förderung: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Erhebung der Auswirkungen der ophthalmologischen Rehabilitation auf die sehbezogene Lebensqualität in Bezug auf den Nachsorgebedarf

Leonie Priebe[1]; Oliver Kolbe[1]; Dino Capovilla[2]; Kathleen S. Kunert[1]

[1] REGIOMED Rehaklinik Masserberg gGmbH; [2] Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Aufgrund des demographischen Wandels in der Bevölkerung steigt die Prävalenz für das Auftreten von visuellen Einschränkungen und Sehbeeinträchtigungen (Larsen et al., 2019). Sehbeeinträchtigungen können sich signifikant negativ auf die Lebensqualität (Luu et al., 2020) sowie auf das physische, emotionale und soziale Wohlbefinden auswirken (Assi et al., 2021). Zur Verbesserung der visuellen Einschränkungen und der damit einhergehenden reduzierten sehbezogenen Lebensqualität von Menschen mit Sehbeeinträchtigung werden medizinisch-ophthalmologische Rehabilitationen durchgeführt (van Nispen et al., 2020).

Die Feststellung der Auswirkungen der Rehabilitation auf die sehbezogene Lebensqualität und Ermittlung des bestehenden Nachsorgebedarfs ist Projektbestandteil zur Entwicklung einer telematischen Nachsorgeleistung für ophthalmologische Rehabilitand*innen (Tel- O- Rena).

Methoden

Zur Feststellung der sehbezogenen Lebensqualität und des bestehenden Nachsorgebedarfs wurden 81 ophthalmologische Rehabilitand*innen der Rehaklinik Masserberg durch einen selbstauszufüllenden Fragebogen, in einem persönlichen oder telefonischen Gespräch mit dem NATIONAL EYE INSTITUTE VISUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE-25 (NEI-VFQ-25) mit 39 Items zu zwei Zeitpunkten befragt. Es erfolgte eine Klassifizierung der Befragten nach Schwere der visuellen Einschränkung.

Ergebnisse

Die sehbeeinträchtigten Rehabilitand*innen wurden vor und nach der Rehabilitation befragt. Der Gesamtscore der Lebensqualität [%] hat sich durchschnittlich von 59 % auf 63 % während der Rehabilitation signifikant verbessert. In der Subskala allgemeine Sehkraft hat sich die Lebensqualität am stärksten erhöht, von anfangs 43 % zu 54 % nach der Rehabilitation. Eine signifikante Verbesserung wurde u.a. auch beim allgemeinen Gesundheitszustand, der Nah- und Fernsicht sowie bei der Ausübung sozialer Rollen erreicht. In den meisten Subskalen zeigte sich vor der Reha, dass mit zunehmender Schwere der Sehbeeinträchtigung die Lebensqualität abnimmt. Dieser Zusammenhang konnte durch die Rehabilitation teilweise aufgehoben werden. Vor allem die allgemeine Gesundheit hat sich durch die Rehabilitation bei höherer visueller Einschränkung deutlicher verbessert als bei geringerer Sehbeeinträchtigung.

Diskussion und Fazit

Zwischen dem maximal möglichen Score und den erfassten Werten aller Skalen des Fragebogens besteht eine mittlere bis hohe Differenz. Dementsprechend ist in allen Bereichen Nachsorgebedarf für ophthalmologische Rehabilitand*innen vorhanden. In der

Nachsorge können Therapiebausteine, wie z.B. ein Training zur visuellen Suche oder zum exzentrischen Sehen, Augenentspannungsübungen und Techniken zum Fatiguemanagement angewendet werden. Voraussetzung für die Therapiebausteine der Nachsorge ist das Erlernen der Grundtechniken während der stationären Rehabilitation. Dadurch besteht für die Zukunft das Potential, die Lebensqualität durch eine ophthalmologische Reha-Nachsorge im häuslichen Umfeld zu erhalten und langfristig zu verbessern.

Allerdings gibt der NEI-VFQ-25 die Lebensqualität für den Tag der Befragung an. Das Ergebnis ist kein statischer Wert, sondern teilweise starken Schwankungen unterworfen und damit veränderbar und tagesformabhängig. Augenerkrankungen und Sehbeeinträchtigungen sind außerdem individuell und die subjektive Wahrnehmung visueller Einschränkungen ist unterschiedlich.

Durch Befragung ophthalmologischer Rehabilitand*innen der Rehaklinik Masserberg mit dem NEI-VFQ-25 wurde die allgemeine und sehbezogene Lebensqualität von Sehbeeinträchtigten ermittelt. Vor der Reha lag die Lebensqualität im niedrigen bis mittleren Bereich und verbesserte sich durch die Reha statistisch signifikant in den meisten Subskalen.

Take-Home-Message

Durch die stationäre-medizinische Rehabilitation in der Rehaklinik Masserberg wurde die Lebensqualität Sehbeeinträchtigter deutlich verbessert und unter Berücksichtigung der individuellen visuellen Einschränkung festgestellt, dass Nachsorgebedarf bei ophthalmologischen Rehabilitand*innen besteht.

Literatur

Assi, L.; Chamseddine, F.; Ibrahim, P.; Sabbagh, H.; Rosman, L.; Congdon, N. (2021): A Global Assessment of Eye Health and Quality of Life: A Systematic Review of Systematic Reviews. In: JAMA ophthalmology 139 (5), S. 526–541. DOI: 10.1001/jamaophthalmol.2021.0146.

Larsen, P. P.; Thiele, S.; Krohne, T. U.; Ziemssen, F.; Krummenauer, F.; Holz, F. G.; Finger, R. P. (2019): Visual impairment and blindness in institutionalized elderly in Germany. In: Graefe's archive for clinical and experimental ophthalmology 257 (2), S. 363–370. DOI: 10.1007/s00417-018-4196-1.

Luu, W.; Kalloniatis, M.; Bartley, E.; Tu, M.; Dillon, L.; Zangerl, B.; Ly, A. (2020): A holistic model of low vision care for improving vision-related quality of life. In: Clinical & experimental optometry 103 (6), S. 733–741. DOI: 10.1111/cxo.13054.

van Nispen, R. Ma; Virgili, G.; Hoeben, M.; Langelaan, M.; Klevering, J.; Keunen, J. E.; van Rens, G. H. (2020): Low vision rehabilitation for better quality of life in visually impaired adults. In: The Cochrane database of systematic reviews 1 (1), CD006543. DOI: 10.1002/14651858.CD006543.pub2.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Konzeption und Pilotierung von Podcasts zur Unterstützung von Verhaltensänderungsprozessen für Patient*innen in der berufsdermatologischen Prävention

Michaela Ludewig; Leona Wilken-Fricke; Katja Dicke; Annika Wilke; Swen Malte John; Nele Ristow

Universität Osnabrück

Hintergrund und Zielstellung

Podcasts haben sich als auditives Medium in der Wissenschaftskommunikation bereits etabliert. Auch die Relevanz und Nutzung medizinischer Podcasts sind in den letzten Jahren gestiegen. Als bekanntes Beispiel dürfte der Podcast „Coronavirus-Update“ mit Professor Christian Drosten und Professorin Sandra Ciesek des Norddeutschen Rundfunks fungieren. Mithilfe von Podcasts können Herausforderungen, wie beispielsweise der sich ändernden medizinischen Wissenschaft begegnet werden (Guze, 2015). Sie bieten ebenfalls die Möglichkeit, Inhalte barrierefrei(er) zugänglich zu machen (z. B. für Personen mit einer Leseschwäche). Zudem werden Podcasts bereits im Rahmen von Patientenschulungen eingesetzt, z. B. um gesundheitspädagogische Inhalte bereit zu stellen (Leite et al., 2022) und um den Prozess einer Verhaltensänderung zu unterstützen (Ristow et al., 2022). Ziel der vorliegenden Arbeit war es daher, Podcasts im Anwendungsfeld der berufsdermatologischen Prävention zu entwickeln und zu pilotieren.

Methoden

Diese Arbeit ist Teil des Projektes „Technologiebasierte Nachbetreuung in der berufsdermatologischen Prävention der BK Nr. 5101 (TecNaP): Technische Umsetzung und Pilotierung einer Software-Applikation („App“) für Smartphones als innovatives Angebot zur Unterstützung von Versicherten beim aktiven Transfer von Hautschutzmaßnahmen in den beruflichen und privaten Alltag“. Die Podcasts sind ein Bestandteil der in diesem Projekt entwickelten App und werden im Zeitraum der Nachbetreuung sukzessive freigeschaltet (Ristow et al., 2022).

Konzeption

Zunächst wurden Fokusgruppendiskussionen mit verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt. Aus den hieraus resultierenden Ergebnissen wurden im Projektteam Themenfelder priorisiert (Ristow et al., 2022). Basierend auf bereits existierenden schriftlichen Patienteninformationen wurden anschließend vier Podcast-Skripte erstellt. Parallel dazu wurden Interviews mit zwei Patient*innen durchgeführt, die bereit waren, über ihre Erfahrungen im Krankheitsprozess zu berichten. Die Skripte wurden durch Expert*innen aus den jeweiligen Bereichen (Psychologie, Dermatologie, Gesundheitspädagogik) überarbeitet. Im Anschluss erfolgten die Aufzeichnung sowie der Schnitt in einem Tonstudio.

Pilotierung

Die Podcasts wurden einer Patientengruppe der stationären Rehabilitation (n=7) zum Hören zur Verfügung gestellt. Während des Hörens konnten die Patient*innen Gedanken und Feedback auf einem Dokumentationsbogen festhalten. Anschließend nahmen sie an einer Fokusgruppendiskussion teil. In diesem Rahmen wurden folgende Aspekte diskutiert: Umfang

und Relevanz der zur Verfügung gestellten Inhalte, das Medium „Podcast“ generell sowie verschiedene Aspekte der Hörqualität. Ergänzend wurde der individuelle Gesamteindruck der Teilnehmenden zu den Podcasts mit einem Kurzfragebogen erfasst.

Ergebnisse

Es liegen vier Podcasts mit folgenden Titeln vor:

- Umsetzung von Hautschutzverhalten im Alltag
- Umgang mit Stress
- Umgang mit inneren Risikofaktoren
- Umgang mit der Hauterkrankung

In der Fokusgruppendiskussion wurde u.a. positiv bewertet, dass fachliche Inhalte verständlich erklärt werden, mehrfach angehört werden können und die Podcasts insgesamt einen professionellen Eindruck vermitteln.

Aus dem Kurzfragebogen lassen sich folgende Ergebnisse ableiten: Die Länge (20-25 Minuten) wurde von vier Teilnehmenden als etwas zu lang bewertet, drei Teilnehmende empfinden die Länge genau richtig. Alle Folgen werden als gut bis sehr gut beurteilt. Ferner würden die Podcasts anderen Personen mit berufsbedingten Hauterkrankungen von allen Personen weiterempfohlen werden. Zudem wurde angegeben, dass die Podcasts gut in den eigenen Alltag integrierbar seien. Gehört wurden sie bspw. beim Spaziergang oder beim Mittagessen.

Diskussion und Fazit

Aus den Pilotierungsergebnissen lässt sich ableiten, dass Podcasts Interventionen in der berufsdermatologischen Prävention sinnvoll ergänzen können. Sie ermöglichen Patient*innen, Inhalte im eigenen Tempo zu wiederholen. Außerdem bieten Podcasts das Potenzial, einen positiven Einfluss auf die Motivation zur Umsetzung von Hautschutzmaßnahmen bzw. einer Verhaltensänderung zu nehmen. Die Erprobung der Podcasts als ein Bestandteil der gesamten App im Rahmen der Nachsorge steht noch aus. Perspektivisch ist die Aufnahme weiterer Folgen zu anderen Inhalten vorstellbar. Außerdem ist eine Übertragung des methodischen Vorgehens dieser Arbeit auf andere Anwendungsfelder möglich.

Take-Home-Message

Podcasts zeigen sich ergänzend zu gesundheitspädagogischen Interventionen im Anwendungsfeld der berufsdermatologischen Prävention als vielversprechende und innovative Methode, um einen Beitrag im Prozess der Verhaltensänderung zur Optimierung des bisherigen Hautschutzverhaltens zu leisten.

Literatur

Guze, P. A. (2015): Using Technology to Meet the Challenges of Medical Education. Transactions of the American Clinical and Climatological Association, 126: 260–270.

Leite, P. L., Torres, F. A. F., Pereira L. M., Bezerra, A. D.M., Machado, L. D. S., da Silva, M. R. F. (2022); Construction and validation of podcast for teen sexual and reproductive health education. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 30: 13.

Ristow, N., Wilke, A., John, S. M., Ludewig, M. (2022): Development of an app-based maintenance programme to promote skin protection behaviour for patients with work- related skin diseases. Health Education Journal, 81(6): 731-744.

Förderung: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Muskuloskelettale Beschwerden bei Menschen mit Sehbehinderung – Ein Blinder Fleck?

Bernd Brechtelsbauer[1]; Oliver Kolbe[1]; Dino Capovilla[2]; Kathleen S. Kunert[1]

[1] REGIOMED Rehaklinik Masserberg gGmbH; [2] Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland im Jahr 2013 litten 560.787 Personen unter Sehbehinderung. Damit einhergehend ist ein hoher Leidensdruck, hohe Arbeitsunfähigkeit und gehäufte Sekundäre Beschwerden (Robert Koch-Institut (RKI), 2017). Es gibt Hinweise, dass Menschen mit Sehbehinderung unter vermehrten spezifischen körperassoziierten Beschwerden, wie gehäuftes Auftreten von Nackenschmerzen (Lundqvist et al., 2014), verringerte Gleichgewichtsfähigkeiten (Zetterlund et al., 2019) und erhöhte Sturzneigung (Freeman et al., 2007) leiden. Ziel dieser explorativen Querschnittsstudie ist die Erprobung einer sehbezogen relevanten körperlichen Untersuchung, sowie die Unterscheidung der Proband:Innen nach Eintritt & Art der Sehbehinderung.

Methoden

An 92 (MEDIAN 58 Jahre; 49 w /43 m) Probanden wurden in dieser explorativen Querschnittsstudie die Beschwerdedimensionen Nackenschmerz (Numeric Rating Scale - NRS), Nackenfunktion (zervikale, motorisches Kontroll-Kurzscreening; Neck-Disability Index - NDI), Fallangst (Falls Efficiacy Scale Index - FESI), Gleichgewichtsfähigkeit (Fullerton Advanced Balance Scale - FABS) analysiert sowie deren Zusammenhang zur sehbezogener Lebensqualität (National Eye Institute Visual Function Questionnaire - NEIVFQ-25) untersucht. Ferner wurde der Einfluss des Zeitpunkts der Sehbeeinträchtigung (Gruppe I: Eintritt < 1 Jahr, Gruppe II: Eintritt >3 Jahre; Gruppe III: Eintritt zwischen 1-3 Jahren) und die Art der Sehbeeinträchtigung(I. Einseitig sehbehindert, II. einseitig Blind, III. beidseitig Sehbehindert, IV. beidseitig Blind, V. sonstige Sehstörung, VI. nicht zuordenbar) auf die Beschwerdedimensionen untersucht.

Ergebnisse

Insgesamt gaben 74 % der Probanden an, unter milden bis moderaten akuten Nackenschmerzen zu leiden (NRS: 3,44 / 10 (SD = 2,61); NDI: 10,84 / 50 (SD = 7,48)) und führten 2,27 der 4 Motorischen Kontroll Tests inkorrekt durch (SD = 1,13). Die Probanden zeigten hohe Fallbedenken (FESI: 25.26 / 64 (SD = 8,08) und erreichten nicht altersentsprechende 33.35 (SD = 3,63) von 40 Punkte auf der FABS. Die sehbezogene Lebensqualität betrug 60,31 / 100 (SD = 22,4). Es konnte kein Zusammenhang zur bestehenden Dauer der Sehbeeinträchtigung hergestellt werden. Es konnten

Zusammenhänge zwischen Clusterdimensionszugehörigkeit und NEIVFQ-25 (η^2 =0,325, 95% CI: 0,081 – 0,459; p < 0,001) festgestellt werden. Weitere Hinweise finden sich bzgl. NRS (η^2 =0,148, 95% CI: 0,0 – 0,271; p = 0,05) und FESI (η^2 =0,137, 95% CI: 0,0 – 0,257; p = 0,07).

Tab.1: ANOVA der erhobenen Assessmentparameter NEIVFQ-25 (National-Eye-Inventory-Visual-Function Questionnaire 25), Nackenschmerz (1 = ja, 2 = nein), NRS (Numeric rating Scale), NDI (Neck Disability Index), Motorische Kontrolle (4-Item Kurzscreening Motorische Kontrolle HWS), FESI (Falls Efficiacy Scale Index), FABS (Fullerton Advanced Balance Scale) in Abhängigkeit der Clusterzugehörigkeit mit Signifikanzangabe, Effektstärkenmaß ETA² und 95% Konfidenzintervall.

ANOVA																						
	Einseitig Sehbehindert			Einseitig Blind			Beidseitig Sehbehindert			Beidseitig Blind			Sonstige Sehstörung			Insgesamt					95% Konfidenzintervall	
	MW	N	SD	MW	N	SD	MW	N	SD	MW	N	SD	MW	N	SD	MW	N	SD	Sig.	ETA²	Unterer	Oberer
NEIVFQ25	67,0	9	22,7	64,4	14	24,9	49,2	6	21,2	35,4	9	15,3	72,5	16	14,0	60,7	54,0	23,2	***0,001***	0,325	0,081	0,459
Nacken schmerz	1,4	9	0,5	1,4	16	0,5	1,3	8	0,5	1,1	10	0,3	1,2	17	0,4	1,3	60,0	0,4	0,35	0,076	0,000	0,175
NRS	2,5	11	2,8	2,4	16	2,3	3,3	8	2,1	5,2	10	2,5	3,9	17	2,4	3,4	62,0	2,5	***0,05***	0,148	0,000	0,271
NDI	8,8	11	9,4	9,0	16	7,3	8,9	7	4,6	15,0	8	8,8	11,2	17	7,5	10,4	59,0	7,8	0,38	0,073	0,000	0,172
Motorische Kontrolle	2,8	11	1,3	3,3	15	1,2	3,1	7	1,1	3,6	10	1,0	3,5	17	1,2	3,3	60,0	1,2	0,56	0,051	0,000	0,134
FESI	22,5	11	9,2	25,9	16	9,6	27,8	8	10,1	30,5	10	7,4	21,8	17	5,1	25,2	62,0	8,6	0,07	0,137	0,000	0,257
FABS	34,3	10	3,0	32,2	13	3,9	34,1	7	3,4	30,6	7	3,1	33,6	16	3,2	33,1	53,0	3,5	0,14	0,131	0,000	0,256

Tab.2: ANOVA der erhobenen Assessmentparameter NEIVFQ-25 (National-Eye-Inventory-Visual-Function Questionnaire 25), Nackenschmerz (1 = ja, 2 = nein), NRS (Numeric rating Scale), NDI (Neck Disability Index), Motorische Kontrolle (4-Item Kurzscreening Motorische Kontrolle HWS), FESI (Falls Efficiacy Scale Index), FABS (Fullerton Advanced Balance Scale) in Abhängigkeit des Sehbehinderungseintrittes (Gruppe 1: < 1 Jahr, Gruppe 2: > 3 Jahren, Gruppe 3: zwischen 1-3 Jahren) mit Signifikanzangabe, Effektstärkenmaß ETA² und 95% Konfidenzintervall.

ANOVA															95% Konfidenzintervall	
	< 1 Jahr			> 3 Jahre			zwischen 1-3 Jahren			Insgesamt						
	MW	N	SD	MW	N	SD	MW	N	SD	MW	N	SD	Sig.	Punktschätzung ETA²	Unterer	Oberer
NEIVFQ25	67,3	24,0	22,3	54,3	39,0	22,3	65,8	13,0	19,1	60,4	76,0	22,4	***0,050***	0,079	0,000	0,199
Nackenschmerz	1,3	28,0	0,5	1,2	42,0	0,4	1,3	14,0	0,5	1,3	84,0	0,4	0,758	0,007	0,000	0,058
NRS	3,5	28,0	2,6	3,5	44,0	2,6	3,5	15,0	2,7	3,5	87,0	2,6	0,999	0,000	0,000	0,000
NDI	10,4	27,0	8,0	11,9	42,0	7,4	10,0	14,0	6,3	11,1	83,0	7,4	0,610	0,012	0,000	0,077
MotorControl-HWS	3,3	28,0	1,2	3,2	44,0	1,1	3,5	15,0	1,1	3,3	87,0	1,1	0,577	0,013	0,000	0,078
FESI	23,4	28,0	7,8	27,3	44,0	8,1	23,0	15,0	7,9	25,3	87,0	8,1	0,070	0,061	0,000	0,167
Fullerton	33,4	26,0	4,1	33,0	41,0	3,4	33,5	13,0	3,8	33,2	80,0	3,6	0,869	0,004	0,000	0,043

Diskussion und Fazit

Die erhobenen Scores in den jeweiligen Beschwerdedimensionen zeigen eine hohe Relevanz der Untersuchung köperassoziierter Beschwerden bei Menschen mit Sehbeeinträchtigungen. Mit Zunahme des Funktionsverlust nehmen die Beschwerden in den untersuchten Dimensionen zu und die sehbezogene Lebensqualität ab.

Take-Home-Message

Menschen mit Sehbehinderung leiden vermehrt unter körperassoziierten Einschränkungen. So zeigen 50-59 jährige Menschen mit Sehbehinderung vergleichbare Gleichgewichtsperformances, wie 70-79-jährige Menschen ohne Sehbehinderung und leiden unter hoher Fallangst. Die Nackenschmerzstärke ist vergleichbar mit Personen, welche unter akuten bzw. chronischen HWS-Beschwerden leiden. 3 / 4 Menschen mit Sehbehinderung gaben an akut unter Nackenschmerzen zu leiden.

Literatur

Freeman, E. E.; Muñoz, B.; Rubin, G.; West, S. K. (2007): Visual field loss increases the risk of falls in older adults: the Salisbury eye evaluation. In: Investigative ophthalmology & visual science 48 (10), S. 4445–4450. DOI: 10.1167/iovs.07-0326.

Lundqvist, L.-O.; Zetterlund, C.; Richter, H. O. (2014): Effects of Feldenkrais method on chronic neck/scapular pain in people with visual impairment: a randomized controlled trial with one-year follow-up. In: Archives of physical medicine and rehabilitation 95 (9), S. 1656–1661. DOI: 10.1016/j.apmr.2014.05.013.

Robert Koch-Institut (RKI) (2017): Gesundheitsberichterstattung des Bundes | GBE- Themenheft | Blindheit und Sehbehinderung.

Zetterlund, C.; Lundqvist, L.-O.; Richter, H. O. (2019): Visual, musculoskeletal and balance symptoms in individuals with visual impairment. In: Clinical & experimental optometry 102 (1), S. 63–69. DOI: 10.1111/cxo.12806.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Nachhaltigkeitseffekte der ambulanten pneumologischen Rehabilitation bei Patienten mit Asbestose im 8-Jahres Follow up

Lars Münzner; Stefan Dalichau; Torsten Möller

BG Ambulanz Bremen

Hintergrund und Zielstellung

Gilt die holistisch ausgerichtete pneumologische Rehabilitation in der Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen bereits seit vielen Jahren als evidenzbasiert, hat sie sich ebenfalls bei interstitiellen Lungenerkrankungen sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting bewährt und etabliert (Kotschy-Lang, 2019). In diesem Zusammenhang verweisen Übersichtsarbeiten wiederholt auf die Notwendigkeit zur Einbindung von Nachsorgestrategien zur mittel- und langfristigen Sicherung von Reha-Effekten (Dowman et al., 2021;

Spruit et al., 2013). Die vorliegende Studie verfolgt die Fragestellung, ob und inwieweit Patienten mit Asbestose langfristig von einer ambulanten medizinischen Rehabilitation (AMR) profitieren können, die sich überwiegend aus bewegungs- und sporttherapeutischen Inhalten zusammensetzt und auf die Sicherung von Nachhaltigkeitseffekten ausgelegt ist.

Methoden

172 männliche Asbestosepatienten im Lebensalter von 65,4 ± 5,4 Jahren durchliefen 5-mal wöchentlich à 6 h über 3 Wochen Phase 1 (Aufbauphase) einer ambulanten pneumologischen Rehabilitationsmaßnahme (APR), bestehend aus standardisierten Inhalten der pneumologischen Rehabilitation (BAR, 2009). In der direkt folgenden Phase 2 (Stabilisierungsphase) absolvierten die Patienten 1-mal wöchentlich à 3 h über 12 Wochen weitere therapeutische Applikationen mit Schwerpunkt auf der Sport- und Bewegungstherapie und wurden anschließend in wohnortnahe Gesundheitssportgruppen überführt (Erhaltungsphase). Die Effekte der APR wurden zu Beginn (T1), am Ende der Phase 1 (T2) und 2 (T3) sowie 6 (T4) und 18 Monate nach Phase 2 (T5) evaluiert (Dalichau et al., 2010). 71 Patienten (73,8 Jahre ± 5,3) konnten 6 weitere Jahre nach T5 (T6) ohne zwischenzeitliche Betreuung erneut untersucht werden. Mittels eines standardisierten Assessments wurden neben der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36) und der wahrgenommenen Dyspnoe bei Alltagsaktivitäten (Baseline-/Tansition-Dyspnoe-Index) auch Parameter der körperlichen Leistungsfähigkeit erfasst (6-Minuten-Gehtest, Maximalkrafttest von Hand- und Oberschenkelmuskulatur, Physical Work Capacity-Test, Step-Test). Zudem wurde nach der Installation und Etablierung gesundheitsfördernder Maßnahmen in die Tagesroutine (Sport und Bewegung, Ernährung, aktiver Lebensstil) gefragt.

Ergebnisse

73,2 % der 71 Patienten (n = 52) absolvierten in T5 als auch in T6 8 Jahre nach T1 noch 1- 2- mal wöchentlich Gesundheitssport und konnten sowohl ihre körperliche Leistungsfähigkeit (Gehstrecke, Muskelkraft, Ausdauerleistungsfähigkeit) als auch die wahrgenommene Lebensqualität und Alltagsmobilität (SF-36, Baseline-/Transition-Dyspnoe- Index) altersentsprechend erhalten und berichteten, von der APR sehr profitiert zu haben. Der regelmäßige Sport wurde überwiegend im Fitness-Studio (61,5 %) sowie im Sportverein (21,2 %) und in Eigeninitiative (17,3 %) weitergeführt. Zudem gaben 50 Patienten (96,1 %) an, seit Ende der Aufbauphase auf eine ausgewogene Ernährung zu achten. Hingegen fielen die Reha-Effekte der 19 Patienten, die nach T3 jegliche sportliche Aktivität abgebrochen hatten (16,8 %), signifikant ($p < ,01$) unter den Status quo ante in T1 zurück.

Diskussion und Fazit

Trotz eines offensichtlichen Selektionsbias in T6 ist zu vermuten, dass eine gezielte Sport- und Bewegungstherapie eine Konditionierung im Sinne einer Aktivierung vorhandener Leistungsreserven sowie konsekutiv eine Vergrößerung der Lebensqualität und Belastbarkeit im Alltag bei Patienten mit einer irreversiblen restriktiven Lungenerkrankung bedeutend fördern kann. Diese positiven Effekte lassen sich durch ein regelmäßiges Training langfristig stabilisieren. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit der Einbindung von Nachsorgestrategien in das Rehabilitationskonzept unter besonderer Berücksichtigung der Selbstwirksamkeitserwartung.

Take-Home-Message

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung demonstrieren die große Bedeutung einer „Rehabilitations-Straße“ mit der Betonung auf Maßnahmen zur Sicherung von Nachhaltigkeit unter besonderer Berücksichtigung von Förderung und Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung und somit zur langfristigen Erlangung von mehr Gesundheit und Lebensqualität für Menschen mit einer chronischen Erkrankung.

Literatur

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2009). Rahmenempfehlungen zur ambulanten pneumologischen Rehabilitation. Frankfurt a.M.: BAR.

Dalichau, S., Demedts, A., im Sande, A., Möller, T. (2010): Verbesserung von Nachhaltigkeitseffekten in der ambulanten pneumologischen Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung der Sporttherapie. Die Rehabilitation, 49. 30-37.

Dowman, L., Hill, C. J., May, A., Holland, A. E. (2021): Pulmonary rehabilitation for interstitial lung disease (Review). Cochrane Database of Systemic Reviews, DOI: 10.1002/14651858.CD006322.pub4.

Kotschy-Lang, N. (2019): Arbeitsmedizinische und BG-liche Aspekte der pneumologischen Rehabilitation. In: Schultz, K., Buhr-Schinner, H., Vonbank, K., Zwick, R.H., Frey, M., Puhan, M. (Hrsg.): Pneumologische Rehabilitation. München-Deisenhofen: Dustri-Verlag. 541-548.

Spruit, M., Singh, S. J., Garvey, C. (2013): An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. American Journal of Respiratory and Critical Medicine, 188. E13-64.

Akzeptanz und Nutzung digital unterstützter Angebote in der medizinischen Rehabilitation – eine Mixed-Methods-Befragung von Rehabilitand*innen

Susanne Stampa[1]; Monica-Diana Podar[2]*; Oliver Razum[2]; Christoph Dockweiler[1]*

[1] Universität Siegen; [2] Universität Bielefeld

*Geteilte Erstautorenschaft: Stampa, S., Podar, M.-D.

Hintergrund und Zielstellung

Die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen macht sich auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation bemerkbar. Angestoßen durch die COVID-19-Pandemie wurden in vielen Rehabilitationseinrichtungen digital unterstützte Angebote (duA) implementiert. Die Akzeptanz dieser Angebote wurde bereits in einigen Studien untersucht. Überwiegend fokussieren diese Studien jedoch die Akzeptanz vor Einführung der entsprechenden Technologien. Die hier vorgestellte Studie hingegen nimmt die Akzeptanz von duA durch Rehabilitand*innen in den Blick, die diese Angebote bereits nutzen konnten.

Methoden

Der Beitrag präsentiert die Ergebnisse aus einer quantitativen Erhebung (n=230) sowie qualitativen, problemzentrierten Interviews mit Rehabilitand*innen (n=9).

Die quantitative Erhebung wurde von Mai bis August 2023 in 13 beteiligten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Der Fragebogen konnte digital oder analog ausgefüllt werden und basiert auf Skalen zur Erhebung der Akzeptanz (UTAUT 2 von Venkatesh et al., 2012), der Usability (TUQ von Parmanto et al., 2016) der Technikaffinität (ATI-S von Wessel et al., 2019) und der Nutzungshäufigkeit (Rosen et al., 2019).

Die Auswertung erfolgte zunächst deskriptiv. Weiterführende Analysen prüfen anhand eines Strukturgleichungsmodells, welche Faktoren die Akzeptanz von duA beeinflussen.

Die qualitativen Interviews wurden von Oktober 2023 bis Januar 2024 durchgeführt. Als theoretische Grundlage für den Leitfaden diente die Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) (Venkatesh et al., 2012). Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch (Kuckartz, Rädiker, 2022).

Ergebnisse

In die Auswertung der Befragung flossen 230 Fragebögen ein. Die Mehrheit der Befragten ordnete sich der Indikationsgruppe Neurologie (55,7%, n=128) zu. Der überwiegende Teil (80,4%, n=185) nutzte duA in Form einer App, während 15% (n=35) auf ein Internetportal zugriffen. Angewendet wurden duA vorrangig für Bewegungsübungen (29,9%, n=186), Schulungen (21,5%, n=134) und die Informationsgewinnung (17,0%, n=106).

Die Technikaffinität (min. 1, max. 6) der Teilnehmenden ist im mittleren Bereich verortet (M=3,45, SD=1,17), während die Technikakzeptanz (Nutzungsabsicht) von duA

(max. 1, min. 7) als hoch einzustufen ist (M=2,37, SD=1,36). Bis zum Reha-Kolloquium werden außerdem die Ergebnisse der Strukturgleichungsmodellierung vorliegen.

Die interviewten Personen hatten überwiegend eine neurologische Indikationsstellung (n=5) und nutzten ein duA im Rahmen der Reha-Nachsorge. Die Ergebnisse deuten auf eine hohe Zufriedenheit und Akzeptanz hinsichtlich der genutzten Angebote hin. Als Hauptvorteile wurden die Zeit- und Ortsunabhängigkeit sowie die Anpassungsfähigkeit an den Rehabilitationsprozess genannt. Die Motivationsanreize der duA trugen nach Ansicht der Befragten zu einer kontinuierlichen Anwendung bei. Alle Teilnehmer*innen würden ein duA nach dem vorgesehenen Zeitraum weiterhin nutzen, wenn die Finanzierung sichergestellt wäre.

Diskussion und Fazit

Die Studie zeigt, dass duA von einem überwiegenden Teil der Rehabilitand*innen gut angenommen, regelmäßig genutzt und als vorteilhaft für den Rehabilitationsprozess wahrgenommen werden. Positiv hervorgehoben wurde insbesondere die hohe Flexibilität, die durch die Anwendung der duA entsteht.

Die Limitationen der Studie liegen in der eher geringen Rücklaufquote und der Überrepräsentation einzelner Indikationsgruppen. Auch Personen mit positiven Erfahrungen und hoher Technikaffinität können stärker vertreten sein.

Take-Home-Message

Der Einsatz digital unterstützter Angebote trifft bei Rehabilitand*innen, die bereits digital unterstützte Angebote nutzen konnten, auf eine hohe Akzeptanz.

Literatur

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

Parmanto B., Lewis Jr, A. N., Graham K. M. & Bertolet M. H. (2016): Development of the telehealth usability questionnaire (TUQ). International journal of telerehabilitation, 8(1). 3.

Rosen L. D., Whaling K., Carrier L. M., Cheever, N. A., Rokkum, J. (2013): The media and technology usage and attitudes Scale: An empirical investigation. Computers in human behavior, 29(6). 2501–2511.

Venkatesh, V., Tong, J. Y., Xu, X. (2012): Consumer acceptance and use of information technology: extending the unified theory of acceptance and use of technology. MIS quarterly, 36. 157–178.

Wessel, D., Attig, C., Franke, T. (2019): ATI-S -- an Ultra-Short scale for assessing affinity for technology interaction in user studies. In: Alt, F., Bulling, A. & Döring, T. (Hrsg.): Proceedings of Mensch und Computer 2019. New York: ACM. 147-154.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Können Smartphone-Apps zu einer langfristigen Steigerung der körperlichen Aktivität nach einer medizinischen Rehabilitation beitragen? – eine Pilotstudie

Monika Reuß-Borst[1]; Fabian Borst[1]; Johannes Boschmann[1]; Peter Schwarz[2]

[1] HESCURO Klinik Bad Bocklet; [2] Universitätsklinikum Dresden

Hintergrund und Zielstellung

Da die positiven Effekte der Rehabilitation im Laufe der Zeit abnehmen, war es das Ziel dieser Studie, das langfristige körperliche Aktivitätsniveau nach einer stationären Rehabilitation in Bezug auf die Nutzung eines Smartphone-basierten Nachsorgeprogramms zu untersuchen.

Methoden

202 Rehabilitand*innen (61 % weiblich; mittlerer BMI: 30,8 kg/m2) mit chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Adipositas, chronische Kreuzschmerzen, Depression) wurden zwischen 08/2020 und 08/2021 in diese einarmige Beobachtungsstudie rekrutiert. Alle Rehabilitand*innen nahmen an einem 3-wöchigen stationären Rehabilitationsprogramm teil. Zur langfristigen Steigerung der körperlichen Aktivität poststationär wurden sie während der Rehabilitation über die zertifizierte App "Videa bewegt" informiert/geschult und willigten ein, dieses aus 8 unterschiedlichen Modulen bestehende Programm zur Steigerung der körperlichen Aktivität über 3 Monate poststationär zu nutzen (Fischer et al., 2020). Die körperliche Gesamtaktivität (in Minuten/Woche) wurde mit einem validierten (Online-)Fragebogen (Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität) nach 3, 6, 9 und 12 Monaten gemessen. Die App-Nutzung (Online-Zeit, Abschluss eines Kurses) wurde automatisch aufgezeichnet und zur Bewertung des Verhaltens der App-Nutzer (Adhärenz) herangezogen. Verschiedene sozioökonomische Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Einkommen usw.) wurden erfasst, um mögliche Barrieren für die App- Nutzung zu ermitteln.

Sozioökonomische Parameter und ihr Einfluss auf das App-Nutzungsverhalten sowie die Veränderungen in der Langzeitaktivität für verschiedene App-Nutzertypen wurden auf Signifikanz getestet. Weiterhin wurde mithilfe des Wilcoxon-Tests für abhängige Stichproben ermittelt, ob signifikante Veränderungen der Gesamtaktivität für die verschiedenen App- Nutzergruppen als auch für Gesamtgruppe vorliegen.

Ergebnisse

Mit Ausnahme des Geschlechts wurde bei den sozioökonomischen Faktoren kein signifikanter Unterschied im App-Nutzungsverhalten festgestellt (s. Tab. 1).

Der Median der körperlichen Aktivität stieg nach der Rehabilitation in der Gesamtkohorte signifikant von 360 min/Woche (vor Rehabilitation) auf 460 min/Woche 6 Monate nach Rehabilitation, sank dann auf 420 min/Woche 9 Monate nach Rehabilitation und fiel nach 12 Monaten unter das Ausgangsniveau. Es gab keinen signifikanten Unterschied in der körperlichen Aktivität zwischen App-Nutzern (45 %, 91/202) und Nicht-Nutzern (55 %, 111/202), wobei die App-Nutzer tendenziell nach 3 und 6 Monaten aktiver waren (s. Abbildung 1).

Tab. 1: Linearregression der abgeschlossen Kurse in Abhängigkeit sozio-ökonomischer Faktoren

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	R^2	p
Anzahl abgeschlossener Kurse	Geschlecht	0.035	0.02
	Diagnose	0.013	0.20 | 0.15
	Einkommen	0.100	0.05 | 0.00 | 0.02
	Bildungsniveau	0.001	0.65 | 0.71
	Alter	0.001	0.82
	BMI	0.022	0.05
	Aktivitätslevel B0	0.003	0.43

Abb. 1: Median Aktivitätsdifferenz gegenüber der Baseline B0 für verschiedene Nutzergruppen

Diskussion und Fazit

Nach aktuellem Kenntnisstand ist dies die erste Studie, die die körperliche Aktivität von Rehabilitand*innen über einen Zeitraum von 12 Monaten bei Verwendung einer Smartphone- App nach der Rehabilitation untersucht. Unsere Studie bestätigt die Wirksamkeit eines stationären Rehabilitationsprogramms in dieser Patientengruppe mit hohem Leidensdruck (meist adipös). Sowohl die Nutzer der App als auch die Nichtnutzer konnten ihre körperliche Aktivität nach der stationären Rehabilitation über einen Zeitraum von 9 Monaten erfolgreich steigern. Im Gegensatz zu einer früheren Studie von uns (Reuss- Borst et al., 2022) reduzierte sich die körperlichen Aktivität nach 12 Monaten unter

das Ausgangsniveau, was wir als Auswirkung der Corona-Pandemie interpretieren, da während der Nachbeobachtungs-zeit unserer Studie eine 7-monatige Lockdown-Phase zum Erliegen des öffentlichen Lebens führte. Fast 50 % unserer Studienteilnehmer (Teilnutzer/Nutzer) nahmen das Angebot eines digitalen Nachsorgeprogramms an, wobei die meisten von ihnen die App als nützlich bewerteten, was die Anwendbarkeit des digitalen Nachsorgeprogramms in der Praxis unterstreicht. Die App-Nutzung hing, mit Ausnahme des Geschlechts der Rehabilitanden, nicht von sozioökonomischen Faktoren ab. Weiterhin waren die Nutzer der App tendenziell aktiver als die Nichtnutzer . Insbesondere schien die Nutzung der App zu einer anhaltenden Steigerung der Aktivität über einen Zeitraum von 9 Monaten beizutragen (Borst et al., 2023). Ob es sich hierbei um eine tatsächliche Wirkung der App handelt oder um das Ergebnis einer höheren intrinsischen Motivation der App-Nutzer, muss in einer randomisierten Studie weiter untersucht werden.

Take-Home-Message

Die Nutzer der App waren über einen Zeitraum von 9 Monaten nach der Rehabilitation tendenziell aktiver.

Literatur

Borst, F., Reuss-Borst, M., Boschmann, J., Schwarz, P. (2023): Can Mobile-health Applications contribute to Long-term Increase in Physical Activity after Medical Rehabilitation? – A Pilot-Study. PLOS Digit Health 2(10). e0000359. https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000359.

Fischer, T., Stumpf, P., Reinhardt, G., Schwarz, P. E. H., Timpel, P. (2020): Video-based smartphone app ('VIDEA bewegt') for physical activity support in German adults: a study protocol for a single-armed observational study. BMJ Open, 10(3). e034027.

Reuss-Borst, M., Boschmann, J., Borst, F. (2022): Nachhaltige Steigerung der Aktivität durch Rehabilitation. Z Rheumatol, 81(5). 393–399.

Telemedizinische Fränkische Adipositas NachsorgeTherapie (Tele-FANT) – Ergebnisse der formativen Evaluation

Jutta Ahnert[1]; Janina Hart-Kederer[2]; Rainer Tischendorf[2]; Heiner Vogel[1]

[1] Universitätsklinikum Würzburg; [2] Frankenland-Klinik Bad Windsheim

Hintergrund und Zielstellung

Ziel der medizinischen Rehabilitation bei Patienten mit Adipositas ist eine langfristige Lebensstiländerung, insbesondere in den Bereichen körperliche Aktivität und gesunde Ernährung. Den Patienten gelingt es allerdings oft nicht, die in der Rehabilitation initiierten Verhaltensänderungen langfristig weiterzuführen und in ihren Alltag zu integrieren. Daher ist es wichtig, Nachsorgemaßnahmen anzubieten, um das Selbstmanagement und den Transfer zu verbessern. Durch die flexiblen Einsatzmöglichkeiten und die geringen Kosten bieten insbesondere internetbasierte und telefonische Nachsorgekonzepte die Chance die Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen deutlich zu erhöhen (Ebert et al., 2013). Studien haben bereits gezeigt, dass auch therapeutische Kontakte über Telefon oder Internet

die Gewichtsstabilisierung erfolgreich unterstützen konnten (Sherrington et al., 2016; Gesser, 2016; Jahangiry et al., 2021). Im Projekt „Tele-FANT“ wurden adipöse Patienten im Anschluss an ihren stationären Reha-Aufenthalt über 12 Monate von einer Nachsorgetherapeutin mittels regelmäßiger Telefonberatung/Video-Sprechstunde begleitet.

Methoden

Für die formative Evaluation wurde ein Eingruppen-Prä-Post-Design genutzt. Es fand eine schriftliche Befragung der Teilnehmer zu Reha-Beginn, Reha-Ende sowie 4, 8 und 12 Monate nach der Rehabilitation statt (Variablen u.a. gesundheitsbezogene Lebensqualität, Bewegungsaktivität). Als zentrale Variable wurde ergänzend zu allen Messzeitpunkten das Körpergewicht (Fremdmessung durch den Hausarzt) zur Berechnung der prozentualen Gewichtsabnahme von Reha-Beginn erhoben. Es wurden deskriptive Kennwerte zu Beginn, sowie Mittelwertsdifferenzen und Standardized Effect Size (SES) zu den Post- Messzeitpunkten berechnet. Mittels qualitativer Interviews wurden am Ende des Programms die Erfahrungen der Teilnehmer und der Nachsorgetherapeutin sowie Optimierungsvorschläge erfasst.

Ergebnisse

Es konnten 47 adipöse Rehabilitanden (mittlerer BMI=44.56, SD=7.23) der Frankenlandklinik Bad Windsheim für die Teilnahme am Nachsorgeprogramm gewonnen werden. Das komplette Programm bis zur 12-Monat-Katamnese durchliefen 30 Teilnehmer (Drop- Out: 36.2 %). Sowohl für die Inhalte des Nachsorgeprogramms als auch die eingesetzten Häufigkeiten der Beratungstermine (zunächst in zwei-wöchentlichem, dann in vierwöchentlichem Abstand) zeigt sich eine hohe Akzeptanz durch die Teilnehmer. Als Medium für die Beratungstermine wurde das Telefon deutlich häufiger (ca. 84 %) in Anspruch genommen als die Video-Sprechstunde. Die meisten Teilnehmer und auch die Nachsorgetherapeutin bewerten das Angebot insgesamt als hilfreich, um die in der Rehabilitation erlernten Verhaltensweisen auch im Alltag zu stabilisieren.

Die in der Nachsorge verbliebenen Teilnehmer haben sich 12 Monate nach der Reha im Vergleich zu den Ausgangswerten zu Reha-Beginn in allen Zielvariablen deskriptiv verbessert. Eine Gewichtsabnahme um mind. 10 % wurde zur 12-Monats-Katamnese von 13 Teilnehmern (50 %) erreicht, weitere 4 Teilnehmer (15.4 %) haben 5 bis 10 % abgenommen. Die Teilnehmer konnten den BMI seit Reha-Beginn durchschnittlich um insgesamt 4.45 BMI-Punkte von 43.69 (SD=7.25) auf 39.24 (SD=7.25) reduzieren (mittlere Effektstärke: SES= 0.56).

Diskussion und Fazit

Das Nachsorgeprogramm „Tele-FANT“ zeigt in der formativen Evaluation eine gute Machbarkeit und vielversprechende Ergebnisse bezüglich des Ziels der Gewichtsreduktion/- stabilisierung. Die hohe Drop-Out-Rate von 36.2 % weist allerdings darauf hin, dass ein Teil der Teilnehmer mit dem Programm nicht zufrieden war oder aber nicht den gewünschten Erfolg erzielen konnte. Die Drop-out-Analyse zeigt, dass vor allem jüngere Teilnehmer das Programm frühzeitig abgebrochen haben (Altersdurchschnitt M=38.53, SD=11.97; verbleibenden Teilnehmer: M=47.50, SD=13.32). Möglicherweise

haben jüngere adipöse Patienten weniger gesundheitliche Beschwerden und sehen deshalb eine geringere Notwendigkeit externe Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Nächster Schritt wäre die Wirksamkeit des Nachsorgekonzepts „Tele-FANT“ in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie zu überprüfen.

Take-Home-Message

Regelmäßige telemedizinische Nachsorgeberatungen können bei adipösen Patienten die weitere Gewichtsabnahme und -stabilisierung nach der stationären Reha unterstützen.

Literatur

Ebert, D. D., Hannig, W., Tarnowski, T., Sieland, B., Götzky, B., Berking, M. (2013): Web- basierte Rehabilitationsnachsorge nach stationärer psychosomatischer Therapie (W- RENA). Rehabilitation, 52, 164–172.

Gesser, U. (2016): Langzeiteffekte der Adipositastherapie – internetbasierte, ärztliche Nachsorge mit dem Online-Portal „rehasonanz.de“. Adipositas, 10, 25–30.

Jahangiry, L., Farhangi, M. A. (2021): Obesity paradigm and web-based weight loss programs: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Health Popul Nutr 40, 16.

Sherrington, A., Newham, J. J.; Bell, R.; Adamson, A., McColl, E., Araujo-Soares, V. (2016): Systematic review and meta-analysis of internetdelivered interventions providing personalized feedback for weight loss in overweight and obese adults. Obesity reviews, 17, 541–551.

Förderung: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Untersuchung von möglichen Einflussfaktoren auf die Trainingsadhärenz bei der Tele-Reha-Nachsorge

Franka Kristin Drescher

Konstanz

Hintergrund und Zielstellung

Eine hohe Trainingsadhärenz bei der Teilnehme an der Tele-Reha-Nachsorge scheint maßgeblich für einen langfristigen Erhalt von rehabilitationsbedingten gesundheitlichen Verbesserungen. Während die Wirksamkeit der digitalen Angebote bereits belegt ist, untersucht die vorliegende Studie die Trainingsadhärenz, sowie mögliche Einflussfaktoren bei Erwachsenen im arbeitsfähigen Alter mit neurologischen Erkrankungen (Özden et al., 2022; Kaluscha & Hoffmann, 2021).

Methoden

150 Teilnehmenden an der Tele-Reha-Nachsorge mit der Mein-Schmieder-App wurden untersucht. Der Technikpartner Caspar stellte die durchschnittliche Trainingszeit zur Verfügung. Eine durchschnittliche Trainingszeit von 90 Minuten wurde als 100%ige Trainingsadhärenz festgelegt. Für alle Teilnehmenden wurde dementsprechend die

prozentuelle Trainingsadhärenz berechnet. Über die Patientenakten und Chatverläufe wurden die untersuchten Einflussfaktoren Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Hauptdiagnose, Arbeitsfähigkeit, wöchentliche Arbeitsstunden und Therapeutenkontakte erfasst und in Bezug zur Trainingsadhärenz gesetzt. Die Auswertung erfolgte über die Statistiksoftware JASP anhand von nichtparametrischen Tests.

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden lag bei 49.08 Jahren (SD = 10.58), das Geschlechtsverhältnis zeigte eine weibliche Dominanz (61.33 % weiblich und 38.67 % männlich). Die Teilnahmedauer an der Nachsorge lag zwischen einer und 51 Wochen (M = 16.96; SD = 11.29). Durchschnittlich wurde 64.29 Minuten pro Woche trainiert (SD = 47.72), was einer Trainingsadhärenz von 71,4% entspricht. Es konnten keine Unterschiede bei der Trainingsadhärenz zwischen den Geschlechtern, den Hauptdiagnosen und der Arbeitsfähigkeit gefunden werden. Auch das Alter, der Bildungsgrad und die wöchentliche Arbeitszeit waren unabhängig von der Trainingsadhärenz. Zwischen der Interaktionshäufigkeit der Teilnehmenden mit den Therapeuten und der Trainingsadhärenz gab es einen schwach positiven aber signifikanten Zusammenhang ($\rho = 0.247$ $p = .002$; $N = 150$)

Diskussion und Fazit

Die Trainingsadhärenz der Tele-Reha-Nachsorge wurde nicht negativ beeinflusst durch individuelle Parameter wie Geschlecht, Hauptdiagnose, Alter, oder Bildungsgrad. Auch Kontextfaktoren zum Beruf, wie die momentane Arbeitsfähigkeit oder die wöchentliche Arbeitszeit hatten keine nachweislichen Auswirkungen auf die Trainingsadhärenz. Auffällig war allerdings, dass zwischen den Interaktionshäufigkeiten mit den Therapeuten und der Trainingsadhärenz ein Zusammenhang zu bestehen scheint. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Erfahrungen der betreuenden Therapeuten, die ebenfalls keine Barrieren durch die individuellen Voraussetzungen erkennen können.

Inwieweit die Interaktionshäufigkeit die Trainingsadhärenz beeinflussen kann, sollte Inhalt nachfolgender Untersuchungen sein. Zudem wäre die Qualität dieser Interaktionen zu betrachten, um die potenzielle Therapieadhärenz weiter zu erhöhen.

Take-Home-Message

Individuelle Voraussetzungen, wie Alter Geschlecht oder Diagnose, scheinen in der Digitalen neurologischen Reha-Nachsorge keinen Einfluss auf die Trainingsadhärenz zu haben.

Literatur

Kaluscha, R. & Hoffmann, B. (2021): Analyse der Daten des Modellprojekts „Caspar multimodal“ der Deutschen Rentenversicherung Bund. Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung (IFR Ulm).

Özden, F., Özkeskin, M. & Ak, S. E. (2022): Physical exercise intervention via telerehabilitation in patients with neurological disorders: a narrative literature review. The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, 58(1). https://doi.org/10.1186/s41983-022-00461-1.

Usability- und User-Experience einer internetbasierten Nachsorge zur Rückkehr an den Arbeitsplatz

Adina Kreis[1]; Anna Mayer[1]; Manfred Beutel[1]; Ingo Dahn[2]; Hannah Schäfer[1]; Rebecca Kilian[1]; Rüdiger Zwerenz[1]

[1] Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz;
[2] Virtueller Campus Rheinland-Pfalz

Hintergrund und Zielstellung

Nach Abschluss der stationären Rehabilitation ist es für Rehabilitand:innen von entscheidender Bedeutung, Ziele und Handlungspläne in den Alltag zu übertragen (Köpke, 2016). Dies gewährleistet ihre Wiedereingliederung in das soziale und berufliche Leben und verhindert wirtschaftliche Folgekosten aufgrund von Krankheitsausfällen oder Erwerbsminderungsrenten. Während etablierte Nachsorgeprogramme sich vorwiegend auf die Behandlung körperlicher Einschränkungen fokussieren (Schulz-Behrendt et al., 2017), werden sozialmedizinische Aspekte bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz oft nicht ausreichend berücksichtigt (Klaus et al., 2018).

Im Rahmen des Forschungsprojektes RTW-Plan wurde eine niedrigschwellige Online-Intervention zur Unterstützung der Rückkehr an den Arbeitsplatz entwickelt. Diese wird in einer randomisiert kontrollierten Studie evaluiert. Die Implementierung von internetbasierten Interventionen in der Praxis steht vor der Herausforderung geringer Akzeptanz und hoher Dropout-Raten. Geringe Nutzungsfreundlichkeit (Usability) und Nutzungserfahrung (User Experience) können hier eine Barriere darstellen (Hennemann et al., 2018). Partizipativ wurden Rehabilitand:innen eingebunden um Usability-Probleme bei der Inanspruchnahme der Intervention zu identifizieren. Im Beitrag werden die Ergebnisse der Pilotierung und darauf aufbauende Anpassungen der Intervention vorgestellt.

Methoden

Mittels halbstrukturierter Interviews und der qualitativen „Think Aloud“-Methode wurde eine internet- und mobilbasierte Intervention mit Strategien aus der Rehabilitation, Informationen zu finanziellen und praktischen Leistungen sowie praktischen Handlungshilfen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz mit N=7 Rehabilitand:innen aus drei Rehabilitationskliniken pilotiert. Es wurden Aufgaben zu allen Schlüsselfunktionen der Intervention bearbeitet. Die Teilnehmenden wurden dazu aufgefordert ihre Gedanken während der Bearbeitung zu verbalisieren. Ergänzend wurden die Usability sowie die User Experience mittels standardisierter Fragebögen bewertet. Die Usability wurde mit der System Usability Scale (SUS) erhoben. Der SUS besteht aus zehn Items mit einer fünfstufigen Likert-Skala (0-5) aus der sich ein SUS-Score (0-100) ergibt. Zur Erhebung der User-Experience wurde eine Kurzform des User Experience Questionnaire (UEQ-S) eingesetzt. Dieser erfasst die pragmatische und hedonische Qualität der User-Experience mit jeweils vier Items auf einer siebenstufigen Likert-Skala (-3 bis +3).

Ergebnisse

Die Teilnehmenden (N=7) waren zum Erhebungszeitpunkt zwischen 33 und 58 Jahre alt (M = 50.29, SD = 8.54). Die Mehrzahl war weiblich (71 %). Insgesamt konnten 38 Fehler und

Probleme identifiziert werden, welche nach Nielsen (1994) fünf Prioritätsstufen zur Behebung in den Kategorien Darstellung, Funktionalität, Handling, Inhalt und Wording zugeordnet wurden. Die Nutzbarkeit wurde mit einem SUS-Score von 75.33 als gut bewertet. Die User Experience wurde mit einem durchschnittlichen Gesamtwert von 1.02 (SD = 1.07) als durchschnittlich eingeschätzt. Die Dimension der hedonischen Qualität betrug dabei im Mittel 0.82 (SD = 1.35) während die pragmatische Qualität einen Mittelwert von 1.21 (SD = 1.06) aufwies.

Diskussion und Fazit

Im Rahmen der Untersuchung konnten wichtige Usability-Probleme identifiziert und Handlungsempfehlungen zur Optimierung der Intervention abgeleitet werden. Verbesserungsbedarf bestand vor allem in den Kategorien Darstellung und Funktionalität, in welchen auch die Usability-Probleme mit der höchsten Priorität auftraten. Schwierig gestaltetet sich insbesondere die initiale Nutzung der Intervention (Vergabe eines Passwortes und Installation der Intervention auf dem Mobilgerät) sowie das Auffinden zentraler Funktionen wie das Hinzufügen oder die Anpassung von Nachsorge-Plänen. Da diese Funktionen die erste Nutzung und die Kernfunktionen der Intervention betreffen, sollten sie intuitiv und fehlerfrei bedienbar sein. Bei Betrachtung der User-Experience fällt zudem auf, dass die pragmatische Qualität positiver bewertet, wird als die hedonische Qualität. Die Teilnehmenden gehen somit eher davon aus, dass die Intervention sie bei der Verfolgung bestimmter Handlungsziele unterstützen kann, als dass sie sich mit der Intervention identifizieren.

Take-Home-Message

Die Pilotierung einer internetbasierten Intervention mit zukünftigen Nutzer:innen vor dem tatsächlichen Einsatz ist zentral, um Hürden in der Usability und User-Experience rechtzeitig identifizieren und beheben zu können und somit nachfolgenden Akzeptanzproblemen zu mindern.

Literatur

Hennemann, S.; Farnsteiner, S.; Sander, L. (2018): Internet- and mobile-based aftercare and relapse prevention in mental disorders: A systematic review and recommendations for future research. In: Internet Interventions 14, S. 1–17.

Klaus, S.; Meschnig, A.; Kardorff, E. v. (2018): Verlaufskarrieren und biografische Konstellationen beruflicher Rehabilitanden und deren Einflüsse auf Rückkehr und nachhaltigen Verbleib in Arbeit. In: Die Rehabilitation 57 (3), S. 165–174.

Köpke, K.-H. (2016): Ohne Nachsorge keine erfolgreiche Rehabilitation. Nachhaltigkeit als Schlüssel zum Reha-Erfolg. In: Soziale Sicherheit (65, 6), S. 245–250.

Nielsen, J. (Hg.) (1994): Usability inspection methods. New York: Wiley.

Schulz-Behrendt, C.; Salzwedel, A.; Rabe, S.; Ortmann, K.; Völler, H. (2017): Aspekte beruflicher und sozialer Wiedereingliederung aus Sicht kardiovaskulär erkrankter Rehabilitanden in besonderen beruflichen Problemlagen – Ergebnisse einer qualitativen Erhebung. In: Die Rehabilitation 56 (3), S. 181–188.

Interessenkonflikt: Die internetbasierte Intervention wird von den Autoren entwickelt und evaluiert

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Deskriptive Charakteristika krankgeschriebener Arbeitnehmer*innen mit einer psychischen Störung: eine Baseline-Untersuchung der RTW-PIA Studienpopulation

Fiona Starke; Uta Wegewitz

BAuA - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Hintergrund und Zielstellung

Die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach der Entlassung aus der psychiatrischen Behandlung ist für viele Personen nach wie vor mit Ängsten verbunden (Mernyi et al., 2018). Sie stehen vor verschiedenen Herausforderungen hinsichtlich des Transfers von erworbenem Wissen und Verhaltensänderungen, können aber auch mit individuellen, sozialen oder arbeitsbezogenen Schwierigkeiten konfrontiert sein (Blank et al., 2008). Maßnahmen der Nachsorge für Patient*innen mit einer chronischen oder rezidivierenden psychischen Störung können dazu beitragen, die Behandlungserfolge nachhaltig aufrecht zu erhalten und Rückfälle zu verhindern (Hennemann et al., 2018).

Um die nachhaltige Rückkehr von Arbeitnehmer*innen mit psychischen Störungen zur Arbeit zu unterstützen, wurde eine Intervention entwickelt, die arbeitsbezogene und medizinisch-therapeutische Maßnahmen während der Behandlung und während des Return to Work (RTW)-Prozesses kombiniert. Die Wirksamkeit dieser Intervention wird derzeit in der multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Studie „RTW-PIA“ untersucht.

Im vorliegenden Beitrag werden die Baseline-Charakteristika der RTW- PIA- Gesamtstichprobe vorgestellt. Es werden zum einen (I) die grundlegenden soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmale und berufliche Stellung der Stichprobe beschrieben sowie (II) die Aspekte der Vorbereitung der Wiedereingliederung sowohl in der Klinik als auch in den Unternehmen näher beleuchtet. Das Ziel ist es, festzustellen, wie die Ausgangssituation bezüglich der Rückkehr zur Arbeit ist, und darauf basierend die Unterstützungsbedarfe für den RTW-Prozess zu benennen.

Methoden

Für diesen Beitrag wurden die Daten der ersten Befragung von 484 krankgeschriebenen Arbeitnehmer*innen mit der Diagnose einer psychischen Störung (ICD-10 F20-F60) im Alter von 20-60 Jahren genutzt, die im Rahmen der „RTW-PIA“-Studie deutschlandweit über teilnehmende psychiatrische Institutsambulanzen rekrutiert wurden (DRKS00026232; Studienprotokoll: Starke et al., 2023). Für die deskriptiven Analysen wurden die quantitativen Variablen anhand von Häufigkeiten, Mittelwerten und Standardabweichungen für die Gesamtstichprobe beschrieben.

Ergebnisse

(I) Das mittlere Alter der Studienpopulation lag bei 42,6 Jahren (SD: 11,00), wovon mehr als die Hälfte (58,5%) weiblich waren. Die häufigsten psychischen Erkrankungen waren affektive Störungen (88,4%) gefolgt von Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (7,6%). Der PHQ-9 wies einen Durchschnittswert von 12,2 auf. Die meisten waren Angestellte (81,2%), in Vollzeit tätig (69,0%), im Großbetrieb (51,2%) beschäftigt und hatten einen unbefristeten Arbeitsvertrag (94,2%). Die Arbeitsfähigkeit (WAS, 0-10) lag im Durchschnitt bei 3,9. Bei über 87% der Arbeitnehmer*innen waren die Erwartungen an die eigene Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Rückkehr (SIBAR) sehr niedrig ausgeprägt. (II) Während des Klinikaufenthaltes gaben 87,4% an, über die eigene berufliche Tätigkeit, sowie über soziale Konflikte am Arbeitsplatz (61,0%) und mögliche Probleme bei der Arbeitsplatzrückkehr (66,5%) gesprochen zu haben; weiterführende Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung (z.B. stufenweisen Wiedereingliederung (STWE), Veränderungen am Arbeitsplatz) wurden bei weniger als der Hälfte (47,7%) vorbereitet. Von insgesamt 292 krankgeschriebenen Arbeitnehmer*innen, die über das Bestehen eines betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) in ihrem Unternehmen Bescheid wussten, hatten 63,4% bereits ein Angebot erhalten, wovon mehr als 85% ebendieses annehmen möchte. Darüber hinaus gaben fast 60% an, eine Empfehlung zur STWE erhalten zu haben, wovon ca. 90% diese Maßnahme wahrnehmen möchte. Eine STWE wurde von 76,9% der Arbeitnehmer*innen als eines der wichtigsten Erfordernisse für die Wiedereingliederung angesehen.

Diskussion und Fazit

Die vorliegenden Daten sollen helfen, die Ausgangssituation sowie Unterstützungsbedarfe der beschriebenen Stichprobe besser zu verstehen. Es zeigt sich, dass bei der Mehrheit der Stichprobe arbeitsbezogene Themen in der Therapie thematisiert wurden, aber bei weniger als der Hälfte Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung besprochen wurden. Die mittelschwere depressive Symptomatik, die niedrig ausgeprägte RTW-Selbstwirksamkeitserwartung sowie die niedrige Arbeitsfähigkeit deuten auf einen akuten Behandlungsbedarf hin. Um psychisch erkrankten Arbeitnehmer*innen bei einer nachhaltigen Rückkehr an den Arbeitsplatz zu unterstützen, bedarf es gezielt Interventionen, in denen die Wiederherstellung und der Erhalt der RTW-Selbstwirksamkeit und Arbeitsfähigkeit im Mittelpunkt stehen.

Take-Home-Message

Die Unterstützung von Arbeitnehmer*innen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz kann sowohl in der Therapie als auch im betrieblichen Kontext ein Beitrag zur nachhaltigen Teilhabe am Arbeitsleben sein.

Literatur

Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J., MacDonald, E. A. (2008) Systematic Review of the Factors which Predict Return to Work for People Suffering Episodes of Poor Mental Health. J Occup Rehabil. 2008;18(1):27–34.

Hennemann, S., Farnsteiner, S., Sander, L. (2018) Internet- and mobile-based aftercare and relapse prevention in mental disorders: A systematic review and recommendations for future research. Internet Interv. 2018;14:1–17.

Mernyi, L., Hölzle, P., Hamann, J. (2018) Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationärpsychiatrisch behandelten Patienten [Psychiatric Inpatient Treatment and Return to Work]. Psychiatr Prax. 2018;45(4):197–205.

Starke, F. (2023) Evaluating a multimodal, clinical and work-directed intervention (RTW-PIA) to support sustainable return to work among employees with mental disorders: study protocol of a multicentre, randomised controlled trial. BMC Psychiatry 23, 380 (2023).

Förderung: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Geheimhaltung und Offenlegung einer psychischer Erkrankung im Bewerbungsprozess

Noemi Baab[1]; Ricardo Baumann[2]

[1] BBRZ Reha; [2] SRH Fernhochschule - The Mobile University

Hintergrund und Zielstellung

Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in beruflicher Rehabilitation waren, stehen oft vor der Frage, wie sie bei ihrem beruflichen Wiedereinstieg mit ihrer (früheren) Erkrankung umgehen sollen. Ein offener Umgang kann Lücken im Lebenslauf oder krankheitsbedingte Einschränkungen erklären. Betroffene befürchten aber, aufgrund ihrer psychischen Erkrankung im Bewerbungsprozess diskriminiert zu werden. So entsteht häufig ein Dilemma.

Das Thema der Offenlegung oder Geheimhaltung einer chronischen bzw. psychischen Erkrankung im Arbeitskontext wird schon seit Jahrzehnten erforscht. An der Universität zu Köln wurde ein entsprechender online verfügbarer Selbst-Test für chronisch kranke Beschäftigte entwickelt (Bauer et al., 2023). Offenlegung oder Geheimhaltung einer Erkrankung wurden allerdings insbesondere in Bezug auf laufende Beschäftigungsverhältnisse untersucht. Hingegen ist die Thematik im Zusammenhang mit dem Bewerbungsprozess noch wenig erforscht.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, Wissen über hilfreiche Strategien zur Offenlegung bzw. Geheimhaltung einer psychischen Erkrankung im Bewerbungsprozess zu gewinnen. Die Erkenntnisse sollten für die Gestaltung eines Online-Moduls für Rehabilitand*innen im Bewerbungsprozess genutzt werden können.

Methoden

Es wurde ein qualitativer, multiperspektivischer Ansatz gewählt. Drei Personengruppen wurden in leitfadengestützten Einzelinterviews befragt: neun ehemalige berufliche Rehabilitand*innen, die sich erfolgreich beworben hatten; drei Fachkräfte der beruflichen Rehabilitation sowie zwei Arbeitgeber*innen. Neun Interviews erfolgten telefonisch, fünf wurden in Präsenz durchgeführt. Die Befragten hatten unterschiedliche Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation in Deutschland oder Österreich besucht oder waren an Reha-Einrichtungen bzw. Firmen in Süddeutschland tätig. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) ausgewertet.

Ergebnisse

Zwei ehemaligen Rehabilitand*innen wählten im Rahmen des Bewerbungsprozesses die Geheimhaltung ihrer psychischen Erkrankung, sieben wählten Varianten der Offenlegung. Schriftliche Offenlegungen (in den Bewerbungsunterlagen) waren nicht erfolgreich, Vorstellungsgespräche kamen dann erst nach Vermittlung von Reha-Fachkräften zustande.

Die Befragten nutzten verschiedene Möglichkeiten auf dem Kontinuum zwischen Geheimhaltung und umfangreicher Offenlegung: Ein Befragter erklärte Lebenslauf-Lücken mit einer (tatsächlich bestehenden) neurologischen Erkrankung und hielt seine psychische Erkrankung geheim. Ein Interviewpartner wählte die Teiloffenlegung, indem er den sozial weniger akzeptierten Teil seiner Diagnose verschwieg. Eine Person wies knapp auf ihre Erkrankung hin und bot an, Fragen dazu zu beantworten, woraufhin es im Bewerbungsgespräch zu einem intensiven Austausch kam. Ein Befragter nutzte die sogenannte Veränderungsstory. Dabei wird kurz auf die Erkrankung und Rehabilitation eingegangen, dann jedoch der Fokus auf die aktuelle Fähigkeit und Motivation zu arbeiten gelegt. Zwei Befragte gaben bei Bewerbungen explizit ihre während psychischer Erkrankung und Genesung erworbenen Fähigkeiten als Kompetenzen an.

Den befragten Arbeitgeber*innen war eine fachliche Passung der Bewerbenden wichtig. Vertreter*innen aller drei Personengruppen gaben an, dass Arbeitgeber*innen über einen erweiterten Handlungsspielraum verfügen, wenn sie von den krankheitsbedingten Einschränkungen oder Besonderheiten einer Person wissen.

Diskussion und Fazit

Obwohl sie Diskriminierung fürchteten, legten relativ viele Befragte im Bewerbungsprozess ihre (frühere) psychische Erkrankung offen. Teilweise entwickelten sie in einem intensiven Prozess ihre eigene Offenlegungsstrategie.

Fachkräfte der beruflichen Rehabilitation können Rehabilitand*innen wichtige Unterstützung im Entscheidungs- und Bewerbungsprozess bieten. Ziel sollte dabei sein, den Prozess zu stimulieren und zu begleiten – nicht, eine bestimmte Option zu favorisieren. Forschungsergebnisse entsprechender Programme zeigen positive Ergebnisse (Rüsch et al., 2019). Für die berufliche Rehabilitation können ergänzend Online-Tools entwickelt werden, die Entscheidungsprozesse unterstützen können, ohne Geheimhaltung oder Offenlegung einseitig zu befürworten. Ehemalige Rehabilitand*innen, die erfolgreich Arbeit gefunden haben, können hierbei als Modelle dienen. Ihre Erfahrungen und Geschichten können – z.B. als Audio oder Video eingebunden – Rehabilitand*innen anregen, ihren eigenen Weg zu finden.

Take-Home-Message

Der individuelle Umgang mit Geheimhaltung und Offenlegung einer psychischen Erkrankung ist wesentlich für den Erfolg der Bewerbung, wobei Reha-Fachkräfte oder Online-Tools unterstützen können, indem sie auf Strategien erfolgreicher Bewerber*innen zurückgreifen.

Literatur

Bauer, J. F., Chakraverty, V., Greifenberg, A. & Niehaus, M. (2023): To Tell or Not to Tell? Co-Developing an Interactive Online Tool That Supports Employees with Invisible Disabilities to Make a High-Quality Disclosure Decision. In J. Beatty, S. Hennekam & M. Kulkarni (Eds.), De Gruyter Handbook of Disability and Management (353-368). Berlin: De Gruyter.

Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (Grundlagentexte Methoden, 4. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Rüsch, N., Oexle, N., Reichhardt, L. & Ventling, S. (2019): In Würde zu sich stehen – Konzept und Wirksamkeit eines peer-geleiteten Programms zu Offenlegung und Stigmabewältigung. Psychiatrische Praxis, 46(2), 97–102.

Inneres Resonanzerleben und interaktives Problemlösen. Das Blaufeuer-Fallmanagement als professionsübergreifendes Versorgungsangebot für psychisch belastete Arbeitnehmer:innen

Uwe Krähnke[1]; Janina Myrczik[1]; Beate Lieb[1]; Katharina Mühlich[1]; Cornelia Weiß[2]; Ina Pamperin[3]; Nadine Vorsatz[3]; Heiner Vogel[4]; Michael Schuler[5]

[1] Medical School Berlin; [2] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; [3] Deutsche Rentenversicherung Bund; [4] Universitätsklinikum Würzburg; [5] Hochschule für Gesundheit Bochum

Hintergrund und Zielstellung

Im Rahmen des rehapro-Modellprojektes SEMpsych unter Federführung der Deutschen Rentenversicherung Bund ist ein Versorgungsangebot für psychisch belastete Arbeitnehmer:innen eingerichtet worden. Seit drei Jahren gibt es für Betroffene an drei Standorten in Deutschland niedrigschwellig erreichbare und institutionell unabhängige “Blaufeuer”-Anlaufstellen mit jeweils 4 Fallmanager:innen. Das Ziel dieser Einrichtungen ist die stabile und nachhaltige Rückkehr der Betroffenen an den Arbeitsplatz sowie eine Verbesserung ihrer Lebensqualität. Entlang des gemeinsam entwickelten Ziel- und Handlungsplans werden die Klient:innen auf Basis der professionellen Expertise der Sozialarbeiter:innen bzw. Psycholog:innen beraten und maximal ein Jahr lang begleitet.

Methoden

Im Rahmen einer qualitativen wissenschaftlichen Begleitforschung wurden mittels einer Methoden- und Datentriangulation (Grounded Theory, Narrationsanalyse, Dokumentarische Methode ([Kleemann et al., 2013]) und angelegt als eine qualitative Prozessevaluation die Abläufe der Blaufeuer-Beratung sowie die Auswirkungen auf die Klient:innen rekonstruiert.

Die bislang durchgeführte Datenerhebung und -auswertung umfasst:

- 4 Gruppendiskussionen mit Fallmanager:innen, Projektkoordinator:innen sowie betrieblichen Stakeholdern;
- 15 Einzelinterviews mit Klient:innen der Blaufeuer-Beratung;
- über 200 Feedbackbögen der Klient:innen.

Ergebnisse

Die interviewten Klient:innen weisen einen hohen psychischen Belastungsgrad und eine geringe subjektiv erlebte Arbeitsfähigkeit auf. Sie empfinden sich bei der Kontaktaufnahme mit den Blaufeuer-Fallmanager:innen häufig hilf- und ratlos aufgrund ihrer psychischen Probleme.

Die befragten Klient:innen benötigen Unterstützung in den folgenden Bereichen:

- Teilhabe an Erwerbsarbeit sowie Lösung von Arbeitsplatz bedingten Problemen;
- Linderung psychischer Beschwerden und Gesundheitsförderung;
- Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nach SGB 6 in der psychischen und bürokratischen Unterstützung.

Statt einer standardisierten Versorgungsleistung wird eine für die Klient:innen niedrigschwellig erreichbare und auf deren individuelle Bedarfe angepasste Unterstützungsleistung durch Fallmanager:innen erbracht. Die Ressourcen aktivierenden Effekte sind:

- emotionale Bestärkung und problemlösungsorientierte Unterstützung,
- Strukturierung des Lebensalltags und kontinuierliche Begleitung,
- Regulierung und Aktivierung,
- Vertrauen und Wertschätzung.

Mit der qualitativen Evaluation konnte gezeigt werden, dass die Blaufeuer-Beratung von Fallmanager:in und Klient:innen als ein gemeinsamer Aushandlungsprozess des interaktiven Problemlösens betrieben wird, der an den individuellen Bedürfnissen und Ressourcen der Klient:innen ansetzt. Aus deren Selbstauskünften ist ein subjektiv erlebter Wirkeffekt rekonstruierbar, der sich – in Anlehnung an Hartmut Rosa (2016) – als ein inneres Resonanzerleben beschreiben lässt. Die Klient:innen fühlen sich durch die Fallmanager:in akzeptiert, wertgeschätzt und gestärkt. Durch die sichere Arbeitsbeziehung mit den Fallmanager:innen während der Blaufeuer-Beratung wird ihr Selbstwirksamkeitsempfinden und ihre Handlungsfähigkeit angeregt. Zudem werden sie gezielt zu Netzwerkpartnern von regionalen psychosozialen und sonstigen Unterstützungsangeboten gelotst, mit denen Blaufeuer kooperiert.

Abb. 1: Inneres Resonanzerleben und interaktives Problemlösen

Charakteristisch für das Blaufeuer-Fallmanagement ist, dass Beratungstools zum Einsatz kommen, die in den drei (benachbarten) professionalisierten Berufsfeldern Soziale Arbeit, Psychotherapie und Coaching etabliert sind.

Abb. 2: Blaufeuer wirkt durch die Nutzung von Tools aus drei Berufsfeldern der Versorgungslandschaft

Diskussion und Fazit

Das Blaufeuer-Fallmanagement ist ein niedrigschwelliges, klientenorientiertes professionsübergreifendes Versorgungsangebot für psychisch belastete Arbeitnehmer:innen. Hier wird durch die Kombination von Tools aus den drei Berufsfeldern Psychotherapie, Soziale Arbeit und Coaching ein Prozess der interaktiven Aushandlung zwischen Fallmanager:in und Klient:in in Gang gesetzt. Im Zuge des interaktiven Problemlösens kommt es auf Seiten der Klient:innen zu einem inneren Resonanzerleben, wodurch ihre Agency angeregt und nachhaltig gestärkt wird und sich die Wahrscheinlichkeit auf nachhaltige Teilhabe an Erwerbsarbeit erhöht.

Zum Tragen kommen Elemente des psychologisch-therapeutischem Arbeitsbündnisses, der lebenswelt- und alltagsorientierten Klient:innenberatung der Sozialen Arbeit sowie der auf Empathie, Wertschätzung, Vertrauenswürdigkeit, Interesse und Offenheit basierenden funktionierenden Arbeitsbeziehung im Coaching. Die identifizierten positiven Effekte der Bezie hungsarbeit im untersuchten Blaufeuer-Fallmanagement korrespondieren mit validen Er kenntnissen zu den fünf Wirkfaktoren aus der Psychotherapieforschung (Grawe, 2000, S. 138) ebenso wie mit denen zur nachhaltigen Bedeutung der Adhärenz aus der Sozialen Arbeit (Thiersch, 2014) sowie aus dem Coachings (Jansen et al., 2004).

Take-Home-Message

Interaktiven Problemlösen und inneres Resonanzerleben im Rahmen eines Fallmanagements stärken die Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit von psychisch belasteten Klient:innen.

Literatur

Grawe, K. (2000): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.

Kleemann, F., Krähnke, U., & Matuschek, I. (2013): Interpretative Sozialforschung. Einführung in die Praxis des Interpretierens. VS-Verlag.

Jansen, A ., Mäthner, E. & Bachmann, T . (2004): Erfolgreiches Coaching. Kröning: Asanger

Rosa, H. (2016): Resonanz: Eine Soziologie der Weltbeziehung. Suhrkamp Verlag.

Thiersch, H. (2014): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit, Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Beltz Verlag.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Sag ich's oder sag ich's nicht? Einblicke in das Offenlegungs-Dilemma chronisch erkrankter Arbeitnehmer*innen

Jana Felicitas Bauer[1]; Veronika Chakraverty[2]; Anja Greifenberg[2]; Mathilde Niehaus[1]

[1] Universität zu Köln; [2] Köln

Hintergrund und Zielstellung

Arbeiten mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen wird im Zuge demographischer Entwicklungen immer mehr zur Regel. Arbeitgeber*innen sind verpflichtet, angemessene Vorkehrungen zur bedarfsgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes zu treffen, hierfür müssen sie jedoch von Beeinträchtigungen bzw. spezifischen Bedarfen ihrer Beschäftigten wissen. Da viele Beeinträchtigungen unsichtbar sind, stehen Betroffene häufig vor der Frage, ob sie ihre Beeinträchtigung offenlegen sollen. Diese Entscheidung ist ein Dilemma, da nicht garantiert ist, dass eine Offenlegung nur (oder überhaupt) positive Konsequenzen hat - häufig besteht die Sorge, stigmatisiert oder diskriminiert zu werden (Bauer et al., 2017). Die Entscheidung (egal in welche Richtung) kann sich somit letztendlich positiv oder negativ auf die gesundheitliche Situation und den stay at work gesundheitlich beeinträchtigter Beschäftigter auswirken. Bisher gibt es kaum empirische Erkenntnisse dazu, wie sich dieses Dilemma konkret für Personen darstellt, die sich akut in der Entscheidungssituation befinden. Hier setzt die vorliegende Studie an.

Methoden

Im Projekt Sag ich's? Chronisch krank im Job. wurde ein digitaler interaktiver Selbst-Test entwickelt, der chronisch erkrankte Arbeitnehmer*innen bei einer selbstbestimmten und informierten Offenlegungs-Entscheidung unterstützt (Bauer et al., 2023). Die anonymen Daten des Selbst-Tests geben Einblicke in das Entscheidungsdilemma der Nutzer*innen. Er beinhaltet Fragen zu entscheidungsrelevanten Aspekten der Arbeitsumgebung (z. B. Unterstützung durch Vorgesetzte), persönlichen Voraussetzungen (z. B. Bedarfen am Arbeitsplatz), Einstellungen und Werten sowie Vorerfahrungen und der eigenen Lebenssituation. Für den vorliegenden Beitrag werden die Daten von 3.806 Nutzer*innen deskriptiv ausgewertet, die selbst vor der (Nicht-)Offenlegungsentscheidung standen.

Ergebnisse

Nur 9% geben an, keine besonderen Bedarfe am Arbeitsplatz zu haben. Zu den häufigsten Bedarfen zählen zeitliche (61%) und räumliche Flexibilität (48%), Anpassungen der Arbeitsaufgaben (41%) und ein störungsarmer Arbeitsplatz (37%). Nur 14% finden an ihrem Arbeitsplatz uneingeschränkt alle Arbeitsbedingungen, Anpassungen oder Hilfen vor, die sie brauchen. Während 29% eine hohe Unterstützung durch die Vorgesetzten wahrnehmen, erleben 23% eine niedrige. 22% geben an, in der Vergangenheit noch nie jemandem von ihrer

Beeinträchtigung erzählt zu haben. Die anderen berichten unterschiedliche positive und negative Erfahrungen. Zu den häufigsten negativen Erfahrungen zählen Unverständnis, Herunterspielen oder nicht ernst nehmen, keinerlei Veränderungen bzw. ein Ignorieren der Offenlegung, Mobbing, Lästern, Bloßstellen, Abstempeln oder Kündigung. Zu den häufigsten positiven Erfahrungen zählen sich nicht mehr verstellen oder verstecken zu müssen, sich besser oder erleichtert zu fühlen, Verständnis, Anteilnahme, Rücksicht oder Ermutigung erfahren zu haben oder dass andere zur Offenlegung ermutigt wurden.

Diskussion und Fazit

Die Daten im Selbst-Test werden nicht primär zu Forschungszwecken erhoben, sondern dienen dazu, eine informierte und selbstbestimmte Entscheidungsfindung zu unterstützen. Hierdurch fehlen einige Informationen, die aus Forschungsperspektive interessant wären, wie beispielsweise soziodemographische oder beeinträchtigungsbezogene Angaben. Die Daten sind jedoch in der Hinsicht einzigartig und wertvoll, als dass sie einen Zugang zu der sehr schwer zu erreichenden Gruppe der nicht offengelegten Arbeitnehmer*innen ermöglichen und direkt aus der Situation des Entscheidungsdilemmas stammen, anstatt retrospektiv nach bereits vergangenen Entscheidungssituationen zu fragen. Die Ergebnisse verdeutlichen die Komplexität und Individualität der Entscheidung. Ein Großteil der Nutzer*innen berichtet von vielfältigen Bedarfen, die nur teilweise gedeckt sind, was für eine Offenlegung spricht. Zugleich hat aber nur ein Teil der Nutzer*innen eine unterstützende Führungskraft im Rücken. Während positive Erfahrungen in der Vergangenheit ermutigen können, schrecken (zum Teil sehr gravierende) negative Erfahrungen ab. Die Ergebnisse zeigen auch, dass ein bedeutsamer Anteil noch nie die eigene Beeinträchtigung offengelegt hat. Aus der Entscheidungsforschung ist bekannt, dass es einen Entscheidungsbias in Richtung des Status Quo gibt, der jedoch das Risiko birgt, dass sich die gesundheitliche oder berufliche Situation verändert sodass eine Offenlegung erzwungen wird (Bauer et al., 2023). Da die (Nicht-)Offenlegungsentscheidung eng mit Fragen von gesundem Arbeiten und stay at work verquickt ist, ist die Unterstützung einer proaktiven informierten Entscheidung sehr wichtig. In einem nächsten Schritt werden Nutzer*innen, die einer Nachbefragung zugestimmt haben zu ihrer Entscheidung und deren Konsequenzen befragt, um den Selbst-Tests weiter zu verbessern.

Take-Home-Message

Die (Nicht-)Offenlegungs-Entscheidung ist sehr komplex und individuell und verquickt mit Fragen von gesundem Arbeiten und stay at work. Daher ist sie relevant für alle inner- und außerbetrieblichen Akteur*innen, die sich mit diesen Themen befassen.

Literatur

Bauer, J. F., Chakraverty, V., Greifenberg, A., Niehaus, M. (2023): To Tell or Not to Tell? Co-Developing an Interactive Online Tool That Supports Employees with Invisible Disabilities to Make a High-Quality Disclosure Decision. In: Beatty, J., Hennekam, S., Kulkarni, M. (Hrsg.): De Gruyter Handbook of Disability and Management. Berlin: De Gruyter. 353-368.

Bauer, J. F., Chakraverty, V., Niehaus, M. (2017): Betriebliche Inklusion: Arbeitnehmer mit dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma. Public Health Forum, 25, 4, 315–317.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) aus Mitteln des Ausgleichsfonds, AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG

Wovon hängt die wahrgenommene Verantwortung von Führungskräften bei der beruflichen Teilhabe psychischer erkrankter Menschen ab?

Veneta Slavchova; Jens Knispel; Anna Fishan; Fiona Potthoff; Svenja Scholz; Viktoria Arling

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Wenn Arbeitnehmer:innen von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, kann dies die berufliche Teilhabe der betroffenen Person dauerhaft gefährden. Dies wiederum ist in Zeiten des Fachkräftemangels und zugunsten des Erhalts von Beschäftigungsfähigkeit zu vermeiden. Inklusion sollte in diesem Rahmen optimalerweise als „beiderseitiger Prozess der Bewältigung“ zwischen Arbeitnehmer:in und Führungskraft verstanden werden (Slavchova, 2022).

Ziel der vorliegenden Studie war es, aus Sicht von Führungskräften zu erfahren, ob aus ihrer Sicht die Verantwortung für die erfolgreiche Wiedereingliederung psychisch erkrankter Arbeitnehmer:innen primär bei der betroffenen Person oder ihnen selbst als Personalverantwortliche obliegt.

Darüber hinaus wurde untersucht, ob die persönliche Haltung und Einstellung der Führungskräfte eine Relevanz für die wahrgenommene Verantwortung hat (Motivation zu vorurteilsfreiem Verhalten, ethischer Mitarbeiterführung, Gesundheitsbewusstsein und Gewissenhaftigkeit).

Methoden

Es wurden insgesamt 174 Führungskräfte auf verschiedenen Kanälen zur Teilnahme am Online-Fragebogen motiviert (z.B. Direktansprache, soziale Netzwerke). Von den Befragten waren 80 Personen weiblich (46%) und 94 männlich (54%). Im Schnitt waren die Befragten 46.98 Jahre alt (SD = 12.20 Jahre, Spanne: 21 – 72 Jahre).

Im Rahmen der Studie erhielten alle Befragten vorab eine Situationsbeschreibung. In dieser wurde ein langjähriger Mitarbeiter beschrieben, der wichtige Tätigkeiten im Unternehmen verrichtet und in letzter Zeit auf Grund sich häufender Fehlzeiten auffällig geworden ist. In einem Gespräch ist dann deutlich geworden, dass der Mitarbeiter unter einer psychischen Erkrankung leidet, die wiederum ein Risiko für seine langfristige Beschäftigungsfähigkeit darstellt. Zur Erfassung der Verantwortlichkeitszuschreibung waren die Führungskräfte auf dieser Basis angehalten zu beurteilen, wo sie die Verantwortlichkeit für die Inklusion entlang eines Kontinuums verorten (0% = völlige Verantwortung bei dem Mitarbeiter; 100% = völlige Verantwortung bei der Führungskraft).

Zur Erfassung der „Motivation zu vorurteilsfreiem Verhalten“ kam die MVV-16 von Banse und Gawronski (2003) zum Einsatz (5-stufig). Die „ethische Mitarbeiterführung“ fragte nach der Haltung der Führungskräfte, sich bei ihrem Handeln nach den Bedürfnissen der Mitarbeiter:innen auszurichten (modifizierte Skala nach Rowold et al., 2009; 5-stufig). Die

„Bereitschaft zur Gesunden Führung“ wurde anhand einer ins Deutsche übersetzen und modifizierten Subskala des Health Promoting Leadership Culture erfasst (Jiménez et al., 2017; 7-stufig). Die Gewissenhaftigkeit wurde mit der entsprechenden Subskala aus dem BFI-S operationalisiert (Schupp & Gerlitz, 2008; 7-stufig).

Ergebnisse

Die Verantwortlichkeitszuschreibung lag im Mittel bei 49.8% (SD = 18.70%). D.h., dass die Führungskräfte durchschnittlich eine Gleichverteilung der Verantwortung für die erfolgreiche Inklusion bei der betroffene Person und sich selbst sahen. Die hohe Standardabweichung wiederum gibt Hinweis darauf, dass es auch Führungskräfte gab, die die Verantwortung deutlich bei der psychisch erkrankten Person sahen, aber auch Befragte, die die Verantwortung verstärkt bei sich verorteten.

Je deutlicher die Führungskräfte die Verantwortung bei sich selbst sahen, desto höher war ihre Motivation zu vorurteilsfreiem Verhalten (AM = 3.89, SD = 0.51; $r(172) = .239$, $p = .002$) und desto ausgeprägter war ihre Gewissenhaftigkeit (AM = 5.86, SD = 0.90; $r(172) = .207$, $p = .006$).

In Bezug auf das Führungsverhalten gilt: Die Befragten sahen die Verantwortlichkeit umso stärker bei sich, wenn sie um eine ethische Mitarbeiterführung bemüht waren (AM = 4.29, SD = 0.32; $r(172) = .211$, $p = .005$) und die Grundsätze der gesunden Führung beachteten (AM = 5.56, SD = 0.70; $r(172) = .294$, $p < .001$).

Diskussion und Fazit

Die Studie zeigt, dass Führungskräfte hinsichtlich der beruflichen Inklusion eine differenzierte Haltung einnehmen, was die Verantwortlichkeit im Inklusionsprozess angeht: Nur wenn Betroffene und Führungskräfte Hand in Hand miteinander zusammenarbeiten, kann nachhaltige Teilhabe gelingen. Das Gefühl der Verantwortlichkeit hängt darüber hinaus mit persönlichen Überzeugungen von Führungskräften und ihrem Führungsstil zusammen. Vor dem Hintergrund des soziodemografischen Wandels kann es daher bedeutsam sein, die individuellen Einstellungen als Führungskraft zu reflektieren.

Take-Home-Message

Führungskräfte sehen eine geteilte Verantwortung für die Teilhabe psychisch erkrankter Mitarbeiter:innen; ihre Haltung und Einstellungen beeinflussen das Ausmaß an empfundener Verantwortung bei der Inklusion.

Literatur

Banse, R., & Gawronski, B. (2003): Die Skala Motivation zu vorurteilsfreiem Verhalten: Psychometrische Eigenschaften und Validität. Diagnostica, 49(1), 4-13.

Jiménez, P., Winkler, B., Dunkl, A. (2017): Creating a healthy working environment with leadership: the concept of health promoting. The International Journal of Human Resource Management, 28(17), 2430-2448.

Rowold, J., Borgmann, L., Heinitz, K. (2009): Ethische Führung - Gütekriterien einer deutschen Adaption der Ethical Leadership Scale (ELS-D). Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O, 53(2), 57-69.

Schupp, J., & Gerlitz, J.-Y. (2008). Big Five Inventory-SOEP (BFI-S). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). https://doi.org/10.6102/zis54

Slavchova, V. (2021): Der schmale Grat zwischen Inklusion und Stigmatisierung von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen bei ihrer beruflichen Teilhabe (Dissertation). Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen.

Effektivität eines Kognitionstrainings auf die kognitive Leistungsfähigkeit onkologischer Rehabilitand*innen

Maren Schäfer; Alena Garber ; Oliver Rick

Klinik Reinhardshöhe

Hintergrund und Zielstellung

Zwischen 10-75% der onkologischen Patient*innen leiden unter einer krebsbedingten kognitiven Dysfunktion (KBKD) als langfristige Folgestörung (Rick, 2022). Eine KBKD beschreibt subjektiv erlebte und messbare Defizite der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen. Das Kognitionstraining mittels computergestützten Programmen zeigte in ersten Studien Wirksamkeit und stellt derzeit den Therapiestandard dar (Bray et al., 2017; Kesler et al., 2013). Ziel der Studie war die Erprobung der Machbarkeit als auch Wirksamkeit einer multimodalen kognitiven Rehabilitation, bestehend aus einem computergestützten kognitiven Training, analogem Training mittels Paper-Pencil Verfahren sowie einem verhaltenstherapeutisch orientierten „Kognitionstraining im Arbeitsalltag“ (KiA). Bei psychischer Problematik wurde dieses Programm durch meditative Verfahren und/oder Achtsamkeitstraining ergänzt.

Methoden

Von Juli 2020 bis April 2023 wurden die Daten von 38 KBKD betroffenen Rehabilitand*innen (26 Frauen, 12 Männern) im erwerbsfähigen Alter erhoben und retrospektiv ausgewertet. Das mediane Alter betrug 55 Jahre (Range: 32-60 Jahre). Als diagnostische Mittel dienten der Fragebogen erlebter Defizite der Aufmerksamkeit (FEDA-Bogen) sowie ein virtuelles, kognitives Screening (RehaCom) sowohl vor als auch nach therapeutischer Intervention, wobei ca. 76% der Rehabilitand*innen ein kognitives Screening an beiden Messzeitpunkten durchführten. Für die aktuelle Analyse wurden zusätzlich der Leipziger Kurzfragebogen zu chronischem Stress (LKCS), das Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) sowie die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) herangezogen.

Das virtuelle, kognitive Training wurde an die Bedürfnisse der Rehabilitand*innen individuell angepasst. 29 der 38 Rehabilitand*innen bekamen zum computergestütztem kognitiven Training in vier Seminaren (KiA-Modulen) kognitive Hilfen für einen erleichterten Wiedereinstieg ins Arbeitsleben vermittelt.

In den KiA-Modulen wurden Hintergrundinformationen über KBKD, Lerntypen, Gedächtnis- und Stressreduktionstechniken unter Berücksichtigung individueller Arbeitsplatzsituationen vermittelt. Bei der Analyse der Daten wurden Unterschiede zwischen der subjektiven Einschätzung und objektiven Messung der Kognition sowie der Einfluss soziodemografischer Merkmale auf das kognitive Training eruiert.

Ergebnisse

Die subjektive Verbesserung zeigte sich statistisch hoch signifikant (p=0,00). Starke Effekte offenbarten sich bei den objektiv messbaren Parametern des kognitiven Screenings „Alertness ohne und mit Warnton“ (p=0,025; p=0,018) und „Selektive Aufmerksamkeit/Reaktionskontrolle“ (p=0,030). Schließlich zeigte sich, dass die höhere Kognitionsleistung nach dem Training auch dem subjektiven Erleben der Rehabilitand*innen entsprach und sich in den entsprechenden Messungen widerspiegelte: Den Screening-Ergebnissen zufolge schienen Personen der Altersklasse zwischen 47-60 Jahren mehr vom Kognitionstraining zu profitieren als die Jüngeren, was sich in den Parametern „Alertness ohne Warnton“ (p=0,013), „Geteilte Aufmerksamkeit/auditive Modalität“ (p=0,002) und „Geteilte Aufmerksamkeit/visuelle Modalität“ (p=0,005) offenbarte. Rehabilitand*innen mit Lungen-/Bronchialkarzinom schnitten dicht gefolgt von jenen mit kolorektalem Karzinom zum Ende der Therapie in den Parametern „Alertness ohne Warnton“ (p=0,031) und „Geteilte Aufmerksamkeit/auditive Modalität“ (p=0,011) besser ab als Frauen mit Mammakarzinom. Rehabilitand*innen ohne Bestrahlung profitierten mehr vom kognitiven Training als Personen, die eine Bestrahlung erhielten, was sich bei den Parametern „Alertness ohne Warnton“ (p=0,028) und „Geteilte Aufmerksamkeit/visuelle Modalität“ (p=0,041) herausstellte. Bessere Ergebnisse erzielten zudem Teilnehmende meditativer Verfahren wie etwa bei Progressiver Muskelentspannung im Parameter „Alertness ohne Warnton“ (p=0,012), bei Yoga im Parameter „Geteilte Aufmerksamkeit/auditive Modalität“ (p=0,050) und bei Mindfulness-Based Stress Reduction im Parameter „Logisches Denken“ (p=0,011). Ähnliches konnte bei Erwerbstätigen im Vergleich zu den Nichterwerbstätigen in den Parametern „Alertness mit Warnton“ (p=0,032) und „Arbeitsgedächtnis/Merkspanne“ (p=0,005) beobachtet werden.

Angst, Stress, Fatigue-Symptomatik wirkten sich negativ auf die subjektiv erlebte Kognition aus. Es bestand ein negativer Zusammenhang zwischen der subjektiv erlebten Kognition und Erholungsunfähigkeit (p=0,015). Eine gute Schlafhygiene schien sich wiederum positiv auf Arbeitsgedächtnisleistungen auszuwirken (p=0,043).

Diskussion und Fazit

In einem kleinen Kollektiv von Rehabilitand*innen mit KBKD wurde während einer onkologischen Rehabilitation die kognitive Leistungsfähigkeit sowohl subjektiv als auch objektiv durch ein multimodales kognitives Rehabilitationsprogramm signifikant verbessert. Diese Pilotstudie diente vornehmlich als Machbarkeitsstudie und als Grundlage zur Durchführung einer geplanten kontrollierten Studie, insbesondere im Hinblick auf die Teilhabe am Erwerbsleben.

Take-Home-Message

Die kognitive Leistungsfähigkeit lässt sich durch ein multimodales kognitives Rehabilitationsprogramm signifikant verbessern, was sich insbesondere bei Rehabilitand*innen höheren Alters zeigt.

Literatur

Bray, V. J.,Dhillon, H. M., Bell, M. L.,Kabourakis, M.,Fiero, M. H., Yip, D., Boyle, F., Price, M. A. & Vary, J. L. (2017): Evaluation of a web-based cognitive rehabilitation program in cancer survivors reporting cognitive symptoms after chemotherapy. Journal of Clinical Oncology, 35(2), 217-225.

Kesler, S., Hosseini, S. M., Heckler, C., Janelsins, M., Palesh, O., Mustian, K. & Morrow, G. (2013): Cognitive training for improving executive function in chemotherapy-treated breast cancer survivors. Clinical breast cancer, 13(4), 299-306.

Rick, O. (2022): Krebsbedingte kognitive Dysfunktion. Der Onkologe, 28(3), 231-235.

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation im allgemeinen Antragsverfahren bei onkologischen Erkrankungen: eine Post-hoc-Analyse

David Fauser[1]; Julian Wienert[2]; Jan Schmielau[3]; Matthias Bethge[1]

[1] Universität zu Lübeck; [2] IU Internationale Hochschule; [3] AMEOS Reha Klinikum Ratzeburg

Hintergrund und Zielstellung

Multidisziplinäre Interventionen mit deutlichem Berufsbezug können die Rückkehr in Arbeit bei Krebs unterstützen (de Boer et al., 2015). Unsere clusterrandomisierte Multicenterstudie evaluierte die Effekte der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Vergleich zur medizinischen Rehabilitation bei onkologischen Erkrankungen (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00007770) (Fauser et al., 2019). In beiden Gruppen konnten nach zwölf Monaten Verbesserungen der körperlichen und psychischen Gesundheit beobachtet werden. Im Gruppenvergleich identifizierte die Studie aber trotz gut implementierter Programme keine Vorteile zugunsten der MBOR nach zwölf Monaten. Ziel unserer explorativen Analyse war die Suche nach Hinweisen für Vorteile in spezifischen Teilgruppen der eingeschlossenen Personen. Möglicherweise kann ein komplexes Programm, wie das von uns untersuchte, die erwartete Wirkung direkt nach Abschluss der primären Behandlung (z. B. als Anschlussrehabilitation) aufgrund der unmittelbaren Therapie- und Erkrankungsfolgen nicht ausreichend entfalten. In der vorliegenden Post- hoc- Analyse haben wir die Daten der clusterrandomisierten Studie (Fauser et al., 2019) unter Berücksichtigung einer Teilstichprobe, die nur Personen im allgemeinen Antragsverfahren berücksichtigt, erneut analysiert und die Unterschiede ein Jahr nach Rehabilitationsende bewertet.

Methoden

Onkologische Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter wurden in drei Rehabilitationseinrichtungen rekrutiert und in Gruppen mit gleichem Anreisetermin zufällig der Interventionsgruppe (IG; medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation) oder der Kontrollgruppe (KG; medizinische Rehabilitation) zugewiesen (Fauser et al., 2019). Für die Post-hoc-Analyse wurden ausschließlich Daten von Studienteilnehmenden verwendet, die die Rehabilitation im allgemeinen Antragsverfahren beantragten, d. h. einer Rehabilitationsleistung, die als Wiederholungsbehandlung möglich ist, wenn weiterhin

Funktionseinschränkungen bestehen. Teilnehmende mit Anschlussrehabilitation wurden ausgeschlossen.

Primäres Zielkriterium war die selbst eingeschätzte Rollenfunktion (zwei Items; 0 bis 100 Punkte) ein Jahr nach Rehabilitationsende, erfasst mit dem Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30) (Aaronson et al., 1993). Sekundäre Endpunkte waren weitere Skalen des EORTC QLQ-C30 (alle 0 bis 100 Punkte) sowie Erwerbstätigkeit. Die Effekte wurden mit gemischten linearen und logistischen Mehrebenenmodellen überprüft, kontrolliert für die Klinik und Werte der Ersterhebung. Wir berichten absolute Differenzen, standardisierte Mittelwertdifferenzen (SMD; kleiner Effekt: ≥ 0,2; mittlerer Effekt: ≥ 0,5; großer Effekt: ≥ 0,8) und ein Odds Ratio (OR).

Ergebnisse

Insgesamt lagen Daten zur Antragsart für 297 Personen vor (allgemeines Antragsverfahren: n = 101; Anschlussrehabilitation: n = 196). Von den 101 Teilnehmenden im allgemeinen Antragsverfahren analysierten wir vollständig vorliegende Daten von 73 Personen, die an der Nachbefragung teilnahmen. Beide Gruppen (IG: n = 39; KG: n = 34) wiesen zur Erstbefragung keine relevanten Unterschiede hinsichtlich der erhobenen Merkmale auf. Ein Jahr nach Rehabilitation zeigten sich zwischen IG und KG Unterschiede mit kleinen bis mittleren Effektstärken zugunsten der IG für Rollenfunktion, allgemeine Gesundheit, körperliche Funktionsfähigkeit und Fatigue (Tabelle 1). Ein Jahr nach Rehabilitationsende waren 58,7 % in der IG und 49,3 % in der KG erwerbstätig oder arbeitsfähig (OR = 1,71; 95-%-KI: 0,49; 6,01).

Tab. 1: Zielkriterien zu Beginn und ein Jahr nach Rehabilitationsende

		Beginn der Rehabilitation		Ein Jahr nach der Rehabilitation				
		IG	KG	IG	KG			
	n	M	M	MAW	MAW	Differenz	95-%-KI	SMD
EORTC QLQ-C30								
Rollenfunktion	73	40,2	39,7	59,0	46,1	12,9	1,0; 24,9	0,43
Allgemeiner Gesundheit	72	45,9	44,7	59,9	46,9	13,0	3,3; 22,7	0,57
Körperliche Funktionsfähigkeit	73	65,3	58,6	72,6	64,3	8,3	2,0; 14,6	0,39
Emotionale Funktionsfähigkeit	72	37,6	37,6	55,6	51,1	4,5	-5,3; 14,4	0,17
Kognitive Funktionsfähigkeit	72	50,9	54,5	62,6	64,6	-2,0	-12,0; 7,9	-0,07
Soziale Funktionsfähigkeit	72	44,9	45,5	60,6	55,1	5,5	-6,2; 17,4	0,18
Schmerz	73	46,2	51,0	36,9	45,5	-8,6	-20,3; 3,1	-0,28
Fatigue	73	65,0	64,1	50,2	60,3	-10,1	-19,3; -1,0	-0,42

IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; M = Mittelwert; MAW = mittlere adjustierte Werte;
KI = Konfidenzintervall; SMD = standardisierte Mittelwertdifferenz

Diskussion und Fazit

Die Post-hoch Analyse liefert Hinweise zur Wirksamkeit der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation bei Personen mit Krebserkrankungen im allgemeinen Antragsverfahren

(Fauser et al., 2023). Im Vergleich zur Gesamtstichprobe sind die Unterschiede vor allem darauf zurückzuführen, dass die KG keine relevante Verbesserung erfährt. Limitierend ist, dass eine Subgruppe der ursprünglichen Studie analysiert wird und der Gruppenvergleich nicht mehr durch die Randomisierung geschützt ist. Das Modell der Wiederholungsbehandlung nach Anschlussrehabilitation könnte auch bei anderen Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt) eine Möglichkeit für die Implementierung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitationsprogramme sein.

Take-Home-Message

Studien zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in der Onkologie sollten nach der Antragsart differenzieren, da insbesondere Personen im allgemeinen Antragsverfahren, von einem verstärkt berufsorientierten Ansatz profitieren können.

Literatur

Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A. (1993): The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. Journal of the National Cancer Institute, 85. 365-376.

de Boer, A. G. E. M., Taskila, T., Tamminga, S. J., Feuerstein, M., Frings-Dresen, M. H. W., Verbeek, J. H. (2015): Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. Cochrane Database of Systematic Reviews, 9. CD007569.

Fauser, D., Wienert, J., Schmielau, J., Bethge, M. (2023): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation im allgemeinen Antragsverfahren bei onkologischen Erkrankungen – Eine Post-hoc-Subgruppenanalyse. Deutsches Ärzteblatt International, doi: 10.3238/arztebl.m2023.0217.

Fauser, D., Wienert, J., Zomorodbakhsch, B., Schmielau, J., Biester, I., Krüger, H. U., Presl, A., Bethge, M. (2019): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bei Krebs – Eine clusterrandomisierte. Deutsches Ärzteblatt International, 116. 592-599.

Interessenkonflikt: Jan Schmielau ist leitender Arzt in einem der teilnehmenden Rehabilitationszentren. Die übrigen Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Patient-Reported Outcomes in der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit kolorektalem Karzinom

Tilman Schmiesing; Bruno Neuner[1]; Georgia Schilling[2]

[1] Charité - Universitätsmedizin Berlin; [2] Asklepios Nordseeklinik Westerland GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Although inpatient oncological rehabilitation is an integral part of oncological therapy and care, evidence for effectiveness and sustainability is still relatively sparse.

Methoden

In a retrospective analysis, the data of 77 patients with colorectal cancer, who underwent a 21-day inpatient rehabilitation program between 2019 and 2022 were analysed. The effectiveness and sustainability of this rehabilitation were assessed by Patient-Reported Outcomes being based on parts of the validated quality of life questionnaires EORTC QLQ- C30 and QLQ-LMC21. The PROMs were completed by the patients at time T1 (before rehabilitation), time T2 (after rehabilitation) and at time T3 (one year after rehabilitation). Due to a high drop-out rate, the assessment of sustainability was only analysed in a subgroup of 29 patients. The effectiveness was evaluated by the additional gain in quality of life between T1 and T2, the sustainability by the additional gain between T1 and T3 and the deterioration between T2 and T3.

Ergebnisse

Evaluating the effectiveness of rehabilitation for the entire collective (T1 vs. T2), there was a significant improvement in health status/QoL ($p =< 0.001$), physical function ($p = 0.011$), diarrhea ($p =< 0.001$), constipation ($p =< 0.001$) and the QLQ-C30 total score ($p =< 0.001$). There was no significant change in the extent of the polyneuropathy (Chi^2 trend test 0.1). Neither gender, tumour location (colon vs. rectum), WHO-performance status (0 vs. ≥ 1), patient treatment (adjuvant chemotherapy vs. no adjuvant chemotherapy) or the time between last reported treatment and start of the inpatient oncological rehabilitation had an influence on the effectiveness of rehabilitation.

For the subgroup, there was a significant improvement in health status/QoL ($p = 0.004$) and in the QLQ-C30 total score ($p = 0.004$) for the evaluation of the effectiveness of rehabilitation (T1 vs. T2). In the evaluation of the sustainability (T1 vs. T3), only health status/QoL showed a significant improvement ($p = 0.05$). All parameters analysed, deteriorated between T2 and T3. However, only constipation worsened significantly ($p = 0.017$).

Diskussion und Fazit

Inpatient oncological rehabilitation shows its greatest benefit at the end of the rehabilitation with significantly increasing the quality of life of the patients. But even one year after the end of the rehabilitation, positive effects still can be demonstrated. Thus, oncological rehabilitation in this patient group is effective and sustainable.

Take-Home-Message

Die onkologische Reha kann als effektiv und nachhaltig gewertet werden, es braucht aber noch mehr Studien um dieses zu untermauerten.

Literatur

Heim, M.E., Lanzlinger, B., Wunnenberg, E., Sigrist, S., Frank, B., Berthold, I., Schröter, T. (2019): Verbesserung der Lebensqualitat durch integrative onkologische Rehabilitation. Complement Med Res. 2019;26(3):166-73.

Interessenkonflikt: Eine der Autorinnen arbeitet an dem Standort an dem die Daten erhoben worden sind.

Postoperative Ernährungsstörungen bei Patient:innen mit Magen- und AEG-Tumoren – Analyse von 460 Patientenfällen

Holger Hass[1]; Andrea Herzberger[1]; Volker Kunzmann[2]

[1] Paracelsus-Klinik Scheidegg GmbH; [2] Universitätsklinikum Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Die Prognose des Magenkarzinoms sowie von Tumoren des gastroösophagealen Übergangs ist unverändert schlecht. Daher wird heutzutage eine meist multimodale Therapie zur Prognoseverbesserung durchgeführt, welche zu einer Vielzahl von somatischen und insbesondere zu gastroenterologischen Folgestörungen (Straatman et al., 2017) und psychischer Belastung (Kim et al., 2017; Kinami et al., 2020) führen kann.

Über die Inzidenz dieser teils chronischen Beschwerden in der onkologischen Rehabilitation liegen allerdings unverändert wenig publizierte Daten vor. Ziel dieser prospektiven Datenerhebung war daher die systematische Erfassung häufiger gastrointestinaler Nebenwirkungen zu Beginn der Rehabilitation.

Methoden

Von Juli 2019 – Juni 2023 konnte bei 460 Patient(inn)en (Alter 61,4 ± 8,3J; 55,8% ♂) zu Beginn der onkologischen Rehabilitation (63,7% AHB) typische gastroenterologische Folgestörungen erhoben und mit soziodemographischen und klinischen Parametern verglichen werden. Zusätzlich erfolgte eine Erfassung der psychischen Belastung mittels der dt. Version des 11-stufigen NCCN-Distress Thermometers.

Ergebnisse

In 97 % wurde eine chirurgische Tumorresektion, meist in Form einer Teil- oder kompletten Gastrektomie durchgeführt. In 69,6 % erfolgte zudem eine adjuvante oder perioperative Chemotherapie, in 11,9% zusätzlich ergänzt durch eine Immun- bzw. Antikörpertherapie. In 79,3 % der Fälle erfolgte die Therapie in primär kurativer Intention, in 21,7 % lag ein chronisches / palliatives Tumorstadium vor. Der durchschnittliche BMI betrug 22,9.

Die am häufigsten dokumentierte gastrointestinale Folgestörung (84,7 %) waren ein postoperativer Gewichtsverlust von durchschnittlich 13,7 (± 8,1) kg mit dadurch häufig induzierter Mangelernährung / Kachexie (28,0 % BMI < 20). Weitere häufige gastrointestinale Beschwerden waren rezidivierende Oberbauchbeschwerden infolge einer Briden-/Stenosesymptomatik (38,2%), eine Refluxsymptomatik (Galle-/Säure-Reflux) in 28,7 %, chronische Diarrhöen (27,8 %)(, meist im Rahmen einer sekundären, exokrinen Pankreasinsuffizienz (21,8%) und typische Dumping-Beschwerden (v.a. Früh-Dumping) in 22,5%.

Neben diesen postoperativen Komplikationen klagten die Patienten am häufigsten über eine massive Dekonditionierung / Fatigue in 84,5%, über eine Chemotherapie-induzierte Polyneuropathie (CIPN, 58,0 %) sowie über eine hohe psychische Belastung (Distress 5.63 ± 2.8; Distress ≥ 4 / 10 in 75,2%).

Ein hoher psychischer Distress korrelierte signifikant mit jüngerem Erkrankungsalter (≤ 60J; $p = 0.048$), CIPN ($p < 0.01$) und v.a. mit gastrointestinalen Folgestörungen wie einem

postoperativen Gewichtsverlust ($p < 0.001$) und dem Vorkommen eines Dumping-Syndroms ($p < 0.001$).

Diskussion und Fazit

Die aktuellen Daten belegen das häufige Vorkommen spezifischer gastrointestinaler Folge- und Ernährungsstörungen bei Patient(inn)en mit Magen- und AEG-Karzinomen in der onkologischen Rehabilitation. Daher ist eine gastroenterologische Expertise und eine fundierte Ernährungsmedizin inkl. Möglichkeit einer par- und enteralen Zusatzernährung eine Grundvoraussetzung bei der Rehabilitation dieser auch psychisch sehr belasteten Patientengruppe.

Take-Home-Message

Bei Patient(inn)en mit Karzinomen des Magens und des gastroöso-phagealen Übergangs sind postoperative gastrointestinale Beschwerden sowie eine hohe psychische Belastung häufig, weswegen routinemässig auf diese Folgestörungen in der Rehabilitation gescreent werden sollte.

Literatur

Kim, G. M., Kim, S. J., Song, S. K., Kim, H. R., Kang, B. D., Noh, S. H., Chung, H. C., Kim, K. R., Rha, S. Y. (2017) Prevalence and prognostic implications of psychological distress in patients with gastric cancer. BMC Cancer. 2017 Apr 20;17(1):283.

Kinami, S., Nakamura, N., Zhiyong, J., Miyata, T., Fujita, H., Takamura, H., Ueda, N., Iida Y, Kosaka, T. (2020) Severity of postgastrectomy syndrome and quality of life after advanced gastric cancer radical gastrectomy. Mol Clin Oncol. 2020 Aug;13(2):133-140.

Straatman, J., Wiegel, J., van der Wielen, N., Jansma, E. P., Cuesta, M. A., van der Peet DL. Systematic Review of Exocrine Pancreatic Insufficiency after Gastrectomy for Cancer. Dig Surg. 2017;34(5):364-370.

Eine Übersicht über das Post-COVID-Rehabilitationsangebot in Niedersachsen

Sanny Witt; Anna Völkel; Dorian Louis Noll; Anna Levke Brütt

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Hintergrund und Zielstellung

Eine Infektion mit dem Coronavirus kann schwere gesundheitliche Folgen hervorrufen. Sind diese auch nach 12 Wochen noch persistent, wird dies als Post-COVID bezeichnet. Für das Post-COVID-Syndrom wird eine Prävalenz von bis zu 30 Prozent angenommen (Negrini et al., 2022). Ist durch das Post-COVID-Syndrom die Erwerbsfähigkeit gefährdet, ergibt sich ein Anspruch auf Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Das in Deutschland gut ausgebaute Rehabilitationssystem gilt hierbei als wichtige Anlaufstelle für Betroffene. Die Bedarfslage für die Rehabilitation (Reha) ist aufgrund der vielfältigen Symptomatik jedoch relativ komplex. Neben der S1-Leitlinie Long-/Post-COVID der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) steht für die Rehabilitation seit kurzem auch das Eckpunktepapier der DRV zur Entwicklung von Behandlungskonzepten zur Verfügung. Inwieweit Post-COVID-Behandlungskonzepte in der Praxis implementiert sind, ist jedoch bisher unklar. In dieser Studie soll deshalb exploriert werden, inwieweit Informationen zu Post-COVID-Behandlungskonzepten auf den Webseiten von niedersächsischen Rehabilitationskliniken präsentiert werden.

Methoden

Über die Internetseite „Rehakliniken.de“ wurde eine Liste der Rehakliniken in Niedersachsen erstellt. Anschließend wurde die Liste an den aktuellen Gegebenheiten angepasst. So wurden z.B. Kliniken die aufgegeben wurden und Kliniken die mehrmals gelistet waren entfernt. Über die Texte auf der Internetseite der jeweiligen Rehaklinik (und ggf. herunterzuladende Dokumente wie Infoflyer) wurde recherchiert, ob eine Post-COVID-Rehabilitation angeboten wird. Falls ein Post-COVID-Rehabilitationsangebot vorlag, war zudem von Interesse, wie detailliert dieses beschrieben wurde und was das Post-COVID-Rehabilitationskonzept beinhaltet. Es wurde z.B. gescreent ob die Rehabilitationsmaßnahmen ambulant und/oder stationär durchgeführt werden, die Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen in Wochen und eventuelle besondere Merkmale des Rehabilitationskonzepts.

Ergebnisse

Auf der Webseite „Rehakliniken.de“ sind aktuell (Stand: November 2023) 144 Rehakliniken im Bundesland Niedersachsen gelistet. Davon stellen 22 Kliniken (15,3%) eine Post- COVID- Rehabilitation auf ihren Webseiten dar. Die beschriebenen Rehabilitationsangebote umfassen sowohl stationäre als auch ambulante Rehabilitationsaufenthalte, die in der Regel 3 bis 5 Wochen dauern. Wenige Rehakliniken beschreiben auf ihrer Internetseite spezifische Post-COVID-Rehabilitationsinhalte,

z.B. Schulungen zu bedarfsgerechten Themen wie „Informationen zu Long- /Post- COVID- Erkrankung“. Spezielle bzw. besondere konzeptuelle Merkmale wie beispielsweise die Durchführung der Rehabilitation in einer Gruppe von maximal 10 Personen, die zeitgleich anreisen, werden vereinzelt thematisiert.

Diskussion und Fazit

Nur eine von sechs Rehabilitationskliniken in Niedersachsen bewirbt auf ihrer Internetseite ein Post-COVID-Rehabilitationsangebot. Aufgrund der hohen sozialmedizinischen Relevanz der Post-COVID-Symptomatik sollte das Rehabilitationsangebot erweitert werden. Oft sind die Informationen zur Post-COVID-Rehabilitation sehr allgemein gehalten. Genauere Informationen könnten Patient:innen z.B. die Angst und Unsicherheit bezüglich einer Post- COVID-Rehabilitation nehmen.

Take-Home-Message

Post-COVID-Rehabilitationskonzepte sollten auf den Internetseiten der anbietenden Rehabilitationskliniken detaillierter beschrieben werden. Die stetige Weiterentwicklung und Anpassung der Post-COVID-Rehabilitationskonzepte an die aktuellsten Forschungsergebnisse sind wünschenswert.

Literatur

Negrini, F., de Sire, A., Andrenelli, E., Lazzarini, S. G., Patrini, M., Ceravolo, M. G. (2022): 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.

Funktionelles Outcome von Post-COVID-Patienten: Treppen steigen – vom Defizit zum Einstieg in eine therapeutische Studie

Maike Schrader; Marlen Tietz; Heithem Ben Abdallah; Susann Seddigh; Tobias Ohmann

BG Klinikum Duisburg

Hintergrund und Zielstellung

Die COVID-19-Pandemie verursachte bis Ende Oktober 2023 mehr als 697.390.307 Infektionen und 6.934.968 Todesfälle (Worldometer, 2023). Viele Betroffene leiden auch nach überstandener Infektion dauerhaft an mehr oder weniger ausgeprägten gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Dieses Post Covid Syndrom sowie das Prodromal Symptom „Fatigue“ bzw. „Fatigueability“ sind bisher nur eingeschränkt objektivierbar, und es fehlen Erkenntnisse zur Rolle der Rehabilitation bei postakuten COVID-19-Patienten.

Im Rahmen dieser Studie wird das funktionelle Ergebnis von Post-COVID-Patienten mit dem von Personen, die nach einer Covid-19 Infektion keine Symptome eines Post Covid Syndroms entwickelt haben, verglichen.

Methoden

Patienten, die sich wegen eines Post Covid Checks in stationärer Behandlung im BG Klinikum Duisburg befanden, wurden in die Studie aufgenommen (Post-Covid-Gruppe). Als Kontrollgruppe fungierten Mitarbeiter des BG Klinikums, die eine Covid-19 Infektion innerhalb der letzten 6 Monate durchgemacht haben, jedoch keine Post Covid Syptomatik aufwiesen. Alle Studienteilnehmer absolvierten einen Treppensteigtest (2 x 30 s Treppensteigen) und den 6-Minuten-Geh-Test und es wurde der Fatigue Status anhand Weimus-Score, sowie die Erschöpfung vor und nach der körperlichen Aktivität anhand der Borg-Skala erfasst.

Ergebnisse

Es wurden 83 Post-COVID-Patienten (32 Männer und 51 Frauen) mit einem Durchschnittsalter von 50 ± 11 Jahren und einem BMI = 28,6 ± 6 sowie 26 Probanden für die Kontrollgruppe (10 Männer und 16 Frauen, Durchschnittsalter 47,2 ± 10 Jahre alt, BMI = 22,3 ± 11) eingeschlossen. Die mittlere Anzahl Treppenstufen war in der Kontrollgruppe (1. Durchgang: 77,2 ± 16, 2. Durchgang: 77,3 ± 11) deutlich höher, als in der Post-Covid-Gruppe (1. Durchgang: 58,3 ± 19, 2. Durchgang: 56 ± 18). Darüber hinaus stieg der Mittelwert der Borg-Skala in der Post-Covid-Gruppe von PRE: 3,3 ± 2 (leichte Anstrengung) auf POST: 7,6 ± 1,5 (anstrengend) und in der Kontrollgruppe von PRE: 1,4 ± 1,6 (leichte Anstrengung) auf POST: 6± 1,5 (Mäßige Anstrengung). Der Gesamt-Weimus-Score zeigte in der Post-Covid-Gruppe mehr Erschöpfung Symptome (44,8 ± 14) als in der Kontrollgruppe (9,6 ± 9).

Diskussion und Fazit

Wir konnten zeigen, dass die Post-Covid-Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe stärkere körperliche Einschränkungen sowie Ermüdungserscheinungen zeigten. Unsere Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, innovative Rehabilitationsstrategien zu etablieren, um die negativen funktionellen Folgen von COVID-19 zu reduzieren. Es werden jedoch weitere Studien empfohlen, um die langfristigen Folgen der Krankheit besser verstehen zu können.

Take-Home-Message

Unsere Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, innovative Rehabilitationsstrategien zu etablieren, um die negativen funktionellen Folgen von COVID-19 zu reduzieren. Es werden jedoch weitere Studien empfohlen, um die langfristigen Folgen der Krankheit besser verstehen zu können.

Literatur

Worldometer. COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC, <https://www.worldometers.info/coronavirus / > (2023).

Optimierungspotenziale der medizinischen Rehabilitation von Long COVID aus der Sicht von Klinikmitarbeiter*innen – eine qualitative Erhebung

Mercedes Rutsch; Ruth Deck

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

In Folge einer SARS-CoV-2-Infektion kann es zu anhaltenden gesundheitlichen Einschränkungen kommen (Long/Post COVID), die zu Teilhabeeinschränkungen im Beruf und Alltag führen. Aufgrund einer noch fehlenden kausalen Therapie empfiehlt die aktuelle AWMF-Leitlinie bei Long COVID (LC) eine symptomorientierte Behandlung, die z.B. in der medizinischen Rehabilitation stattfinden kann (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2022). Im Rahmen der Rehabilitation verbessern sich gesundheitsbezogene Outcomes mit mittlerer bis großer Effektstärke (Rutsch & Deck, 2023). Allerdings existiert klinikübergreifend bislang kein einheitliches therapeutisches Vorgehen. In der vorliegenden qualitativen Untersuchung sollen Anforderungen an die Rehabilitationsmaßnahme von LC, die Reha-Nachsorge und Wünsche an die Kostenträger aus Sicht der Klinikmitarbeiter*innen analysiert werden.

Methoden

Im Rahmen des Projekts ReCo (Projektförderer: Deutsche Rentenversicherung Bund) wurden acht leitfadengestützte Interviews mit Klinikmitarbeiter*innen geführt. Die telefonischen Einzelinterviews fanden zwischen Oktober 2021 und Januar 2022 statt. Die Interviewpartner*innen wurden in vier pneumologischen Rehabilitationseinrichtungen rekrutiert, wobei jeweils ein(e) Arzt/Ärztin und ein(e) Therapeut*in befragt wurden (Psycho- , Ergo-, Bewegungstherapie).

Der Interviewleitfaden umfasste, u.a. Fragen zu therapeutischen Angeboten, Nachsorgeempfehlungen und gesundheitlichen Merkmalen der Zielgruppe.

Die Interviews wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse

Das ärztliche Personal betonte, dass seitens der Reha-Einrichtung Erfahrungen mit dem Krankheitsbild vorhanden sein sollte. Das Personal müsse geschult sein und über eine geeignete Kommunikation mit dieser Patientengruppe verfügen. Das Therapieprogramm umfasst sowohl pneumologische Elemente sowie Modifizierungen bestehender Angebote. Berufsgruppenübergreifend wird die Notwendigkeit von COVID-spezifischen Angeboten geäußert (z.B. Gedächtnistraining, Gesprächsgruppen, krankheitsspezifische Schulungen und Informationsveranstaltungen) was entsprechend geschulte Therapeut*innen voraussetzt und in einem Mehraufwand resultiert: „Diese Patienten sind einfach sehr, sehr AUFWENDIG […]“ (Ärztin). Der Therapieplan bei LC sollte sowohl aktive als auch passive Phasen sowie ausreichend Pausen beinhalten. Darüber hinaus muss die Möglichkeit bestehen, dass Patient*innen selbstständig Therapien streichen, was jedoch die Therapieplanung erschwert.

Erforderlich Voraussetzungen für die Reha-Nachsorge sind neben der konkreten Planung und Organisation während der Rehabilitation, dass die ambulante Versorgung sichergestellt wird. Die Weiterversorgung im niedergelassenen Bereich scheitere oftmals an fehlenden Angeboten und unzureichendem Wissen seitens der Behandelnden. Die Befragten wünschen sich mehr Aufklärung im ambulanten Sektor und sehen eine Chance in digitale Anwendungen für die therapeutische Weiterbegleitung von Personen, die in strukturschwachen Regionen leben. Außerdem sollten die Rehabilitand*innen während der Rehabilitation befähigt werden, Übungen und Praktiken im Zweifel ohne Nachsorgeprogramm eigenständig fortführen zu können.

Sowohl die Anforderungen an die Rehabilitation als auch an die Nachsorge sind eng mit den Vorgaben der Kostenträger verbunden. Die Befragten waren sich einig, dass die Rehabilitation bei LC obligatorisch vier Wochen umfassen sollte und die Tagessätze für pneumologische Rehabilitand*innen nicht den Mehraufwand abdecken. Neben organisatorischen Anpassungen wünschen sich die Mitarbeiter*innen längere und häufigere Kontakte mit gewissen Berufsgruppen (z.B. Ergotherapie, Sozialdienst Psycholog*innen) und eine Zuweisung der Rehabilitand*innen unter Berücksichtigung vorhandener Fachdisziplinen. Interdisziplinarität, aber auch die Ausweitung des Angebots geht laut der Befragten einher mit der Bereitstellung von personellen und finanziellen Ressourcen sowie einer angemessenen Ausstattung (z.B. Computer für Gedächtnistraining, Assessments, Materialien Physiotherapie). Einigkeit bestand darin, dass Leitlinien, Handreichungen und konkrete Behandlungsempfehlungen notwendig sind. Aktuelle Leitlinien empfehlen zwar eine Rehabilitation: „Aber was wir da machen? Das steht da nicht.“ (Ärztin).

Diskussion und Fazit

Die Rehabilitationseinrichtungen richten die Therapie bei LC an bestehenden Symptomen aus und orientieren sich an ihrem Erfahrungswissen. Sie fordern aber konkrete, evidenzbasierte Empfehlungen, die flexible und individuelle Anpassungen ermöglichen. Die medizinische Rehabilitation ist multiprofessionell ausgerichtet, jedoch werden Potenziale in der interdisziplinären Zusammenarbeit gesehen. Die Komplexität der Erkrankung erfordert eine hohe Flexibilität und das Vorhalten diverser Berufsgruppen, was für die Rehabilitationseinrichtungen als Herausforderung wahrgenommen wird. In Bezug auf die Reha-Nachsorge werden Barrieren geäußert, die bereits aus anderen Indikationen bekannt sind (Handlungsplanung, wohnortnahe Versorgung), allerdings besteht bei LC noch die zusätzliche Herausforderung der Symptomvielfalt, die fachübergreifend weiterbehandelt werden muss.

Take-Home-Message

Die Behandlung von LC erforderte von den Rehabilitationseinrichtungen zunächst pragmatische Lösungen, um der Multiorganerkrankung gerecht zu werden. Um den bekannten Anforderungen des Krankheitsbilds und Rehabilitand*innen gerecht zu werden, sind strukturelle Anpassungen sowie konkrete Handlungsempfehlungen gefordert.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)- Ständige Kommission Leitlinien. (2022). S1-Leitlinie Long/ Post-COVID - Living Guideline. Abgerufen von https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-027l_S1_Post_COVID_Long_COVID_2022-08.pdf.

Rutsch, M. & Deck, R. (2023). Medizinische Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom – gesundheitliche und berufliche Veränderungen im Zeitverlauf. Deutsche Rentenversicherung, 1, 27-51.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Post-COVID-Betroffene im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege: psychosoziale Aspekte und Teilhabeerfahrungen

Laura Luedtke[1]; Julia Haller-Wolf[1]; Levente Kriston[1]; Uwe Koch-Gromus[1]; Albert Nienhaus[2]; Martin Härter[1]

[1] Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf;
[2] Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Hintergrund und Zielstellung

Aktuellen Prävalenzschätzungen zufolge sind ca. 6-15% der SARS-CoV-2-Infizierten vom Post-COVID-Syndrom (PCS) betroffen (Thompson et al., 2022). Die andauernden Symptome können die Lebensführung und -qualität beeinflussen und zu Einschränkungen führen. Überdurchschnittlich häufig infizierten sich Personen, die im Gesundheitswesen tätig und damit zentral für die erfolgreiche Bewältigung der Pandemie und ihrer Folgen waren und sind (Wahrendorf et al., 2023).

Dieses Projekt verfolgt die Ziele, (i) die Prävalenz von Spätsymptomen nach einer SARS- CoV-2-Infektion, deren Zusammenhänge mit (ii) der Lebensqualität und Funktionsfähigkeit, (iii) psychosozialen Aspekten und (iv) der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sowie die Entwicklung der genannten Endpunkte bei Betroffenen aus dem Gesundheitswesen und der Wohlfahrtspflege zu erheben.

Methoden

Seit April 2023 wird eine vom BMBF geförderte Kohortenstudie mit randomisierter Teilnehmenden-Auswahl (N= 20.000) unter im Gesundheitswesen tätigen Personen, die im Arbeitskontext an COVID-19 erkrankten, mit zwei Messzeitpunkten (Follow-up nach 12 Monaten) durchgeführt (FKZ: 01EP2110A).

Berichtet werden die Ergebnisse der Baseline-Erhebung (Mai-August 2023). Die primären Zielgrößen sind anhaltende oder neu auftretende Symptome nach einer Akutinfektion mit SARS-CoV-2, gemessen durch den PCS-Score (Bahmer et al., 2022). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D5L), Funktionsfähigkeit (WHODAS 2.0) und die psychische Belastung (PHQ4, PTBS-Skala) sowie die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (z.B. Ergotherapie, Informationsveranstaltung) stellen sekundäre

Endpunkte dar. Die Studie wird durch einen Betroffenenbeirat beraten und in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege durchgeführt.

Ergebnisse

Bei einer Rücklaufquote von 11.9% (N=2.374 Teilnehmenden, davon 84.2% weiblich, Alter M=52 Jahre) zeigte sich eine im Mittel moderat ausgeprägte PCS-Symptomatik (PCS- Score: M=24.1, SD=17.3) bei einer Range von 0-59), wobei 82,9% min. mild ausgeprägte Symptome erleben. Signifikante Zusammenhänge bestehen zwischen dem PCS-Score und allen Aspekten der gesundheits-bezogenen Lebensqualität (z.B. Bewertung des ges. Zustands - .618**, Schmerzen .606**, soziale Teilhabe .492**), der Funktionsfähigkeit (-.694**), der psychischen Belastung (Ängstlichkeit und Depressivität .627**, PTBS .665**), der Anzahl in Anspruch genommener ergänzender Versorgungsmaßnahmen (.318**) sowie der subjektiven Bewertung der arbeitsbezogenen Einschränkungen durch die Symptomatik (.528**) und der eigenen Arbeitsfähigkeit im Hinblick auf die nächsten zwei Jahre (-.440**).

Diskussion und Fazit

Unsere Ergebnisse liefern Hinweise dafür, dass Menschen, die von PCS betroffen sind, Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen erfahren und dadurch in ihrer gesellschaftlichen und professionellen Teilhabe bedeutsam limitiert sind.

Take-Home-Message

Die Integration PCS-Betroffener im Hinblick auf ihre soziale und arbeitsbezogene Teilhabe muss weiter unterstützt werden.

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., Hae-usler, K. G., Mokhtari, N. E. E., Witzenrath, M., Vehreschild, J. J., Krefting, D., NAPKON study group (2022): Severity, predictors and clinical correlates of Post-COVID syndrome (PCS) in Germany: A prospective, multi-centre, population-based cohort study. EClinicalMedicine, 51, 101549. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101549.

Lemhöfer, C., Sturm, C., Loudovici-Krug, D., Best, N., Gutenbrunner, C. (2021). The impact of Post-COVID-Syndrome on functioning - results from a community survey in patients after mild and moderate SARS-CoV-2-infections in Germany. J Occup Med Toxicol. 2021 Oct 7;16(1):45. doi: 10.1186/s12995-021-00337-9. PMID: 34620202; PMCID: PMC8495185.

Thompson, E. J., Williams, D. M., Walker, A. J., Mitchell, R. E., Niedzwiedz, C. L., Yang, T. C., Huggins, C. F., Kwong, A. S. F., Silverwood, R. J., Di Gessa, G., Bowyer, R. C. E., Northstone, K., Hou, B., Green, M. J., Dodgeon, B., Doores, K. J., Duncan, E. L., Williams, F. M. K., OpenSAFELY Collaborative, Steptoe, A., Steves, C. J. (2022). Long COVID burden and risk factors in 10 UK longitudinal studies and electronic health records. Nature communications, 13(1), 3528. https://doi.org/10.1038/s41467-022-30836-0.

Wahrendorf, M., Schaps, V., Reuter, M., Hoebel, J., Wachtler, B., Jacob, J., Alibone, M., Dragano, N. (2023) Berufsbedingte Unterschiede bei COVID-19-Morbidität und -Mortalität in Deutschland. Eine Analyse von Krankenkassendaten von 3,17 Mio. Versicherten [Occupational differences of COVID-19 morbidity and mortality in Germany. An analysis of

health insurance data from 3.17 million insured persons]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2023 Aug;66(8):857-868. German. doi: 10.1007/s00103-023-03738-9. Epub 2023 Jul 19. PMID: 37466654; PMCID: PMC10371894.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Teilhabebeeinträchtigungen zwölf Monate nach COVID-19-Rehabilitation

Isabel Meier[1]; Jana Stucke[2]; Stefanie Gillitzer[2]; Thorsten Meyer-Feil[3]

[1] MZG Westfalen Bad Lippspringe, Klinik Martinusquelle; [2] Universität Bielefeld;
[3] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Sowohl nach leichten als auch nach schweren COVID-19-Erkrankungen zeigen Betroffene heterogene, rehabilitationsrelevante Langzeitfolgen. Auch zwei Jahre nach der akuten SARS- CoV-2-Infektion berichtet ein Teil der Erkrankten von anhaltenden Alltagsbeeinträchtigungen (Van Wambeke et al., 2023). Diese können die Teilhabe beeinträchtigen. Ein zentrales Ziel der Rehabilitation ist es, die Teilhabe langfristig zu verbessern. Dieser Beitrag setzt sich daher mit der Frage auseinander, wie sich die Teilhabe in der Zeit zwölf Monate nach der Rehabilitation entwickelt, um potenzielle langfristige Bedarfe für die Rehabilitation ableiten zu können. Da es in der Literatur Hinweise auf geschlechtsbezogene Unterschiede bei den Teilhabeeinschränkungen gibt (Deck et al., 2015), untersuchen wir diese explizit.

Methoden

Teil des Mixed-Methods-Projekts Eva-CoReha ist eine retrospektive Studie. Alle Personen, die im Zeitraum zwischen April 2021 und April 2022 wegen einer COVID-19-Erkrankung in einer von drei Rehabilitationseinrichtungen an einer stationären medizinischen Rehabilitation teilgenommen haben, wurden zwölf Monate nach Rehabilitation mittels eines standardisierten Fragebogens zu ihrem Gesundheitszustand bzw. zur Funktionsfähigkeit befragt. Zur Messung der Teilhabebeeinträchtigungen wurde der Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) verwendet. Dieser erhebt die Beeinträchtigung der Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen. Es können Summenwerte von 0-90 erreicht werden, wobei ein hoher Wert mit einer hohen Teilhabebeeinträchtigung assoziiert ist. Zur Überprüfung des Geschlechtsunterschiedes wurde ein t-Test für unverbundene Stichproben durchgeführt. Zur Identifikation möglicher prognostischer Variablen wurden die befragten Personen um Einwilligung gebeten, ihre Klinikdokumentation für die Studie nutzen zu können.

Ergebnisse

Es wurden 1173 Rehabilitand*innen angeschrieben. Davon nahmen 463 (39,47%) an der schriftlichen Befragung teil, 368 stimmten der Dokumentenanalyse zu. Die Rehabilitand*innen der Stichprobe sind im Mittel 56,1 Jahre alt, 63,5% (n=261) sind männlich. Zwischen der Infektion und dem Beginn der Rehabilitation vergingen durchschnittlich 4,6 (±3,7) Monate.

56,4% der Befragten waren während der Akutinfektion hospitalisiert, 25% waren auf der Intensivstation und 10,4% erhielten eine invasive Beatmung. Die mittlere Einschränkung der Teilhabe zwölf Monate nach der Rehabilitation liegt bei 29,7 (±22,9) mit einer Range von 0- 88. Frauen haben einen signifikant höheren Mittelwert als Männer [Mw=33,4±24,6; Mm=27,6±21,7 (tdf=4062,432, p=0.015); Cohens d=0,252].

Diskussion und Fazit

Die IMET-Werte der hier untersuchten Stichprobe liegen zwölf Monate nach der Rehabilitation mehr als eine halbe Standardabweichung über denen der Allgemeinbevölkerung (17,4 ± 20,7) (Deck et al., 2015). Der Wert liegt auch über den in der Literatur publizierten Referenzwerten von pneumologischen (25,5 ±19,4), jedoch unter den Werten der neurologischen (38,3 ±21,2) Rehabilitand*innen, die allerdings während der Rehabilitationsmaßnahme befragt wurden (Deck et al., 2015). Anders als in den vorliegenden Daten sind Männer in der Allgemeinbevölkerung stärker in ihrer Teilhabe beeinträchtigt. Die mittlere Differenz ist in der Allgemeinbevölkerung [Mw=17,1±20,8; Mm=17,7±20,5] (Deck et al., 2015) deutlich geringer als in der Kohorte der COVID-19-Rehabilitand*innen.

Neben dem Einfluss des Geschlechts gilt es, weitere Prädiktoren zu untersuchen, um anhaltende Teilhabebeeinträchtigungen besser erklären zu können. Daher werden im Projektverlauf weitere potenzielle Einflussfaktoren mithilfe von Regressionsmodellen analysiert.

Take-Home-Message

Auch ein Jahr nach einer COVID-19-Rehabilitation bestehen bei einigen Personen, vermehrt bei Frauen, weiterhin Teilhabebeeinträchtigungen, die auf einen langfristigen Rehabilitationsbedarf hindeuten.

Literatur

Deck, R., Walther, A. L., Staupendahl, A. & Katalinic, A. (2015): Einschränkungen der Teilhabe in der Bevölkerung - Normdaten für den IMET auf der Basis eines Bevölkerungssurveys in Norddeutschland. Rehabilitation, 54(6), 402–408.

Van Wambeke, E., Bezler, C., Kasprowicz, A. M., Charles, A. L., Andres, E. & Geny, B. (2023): Two-years follow-up of symptoms and return to work in complex post-COVID-19 patients. Journal of Clinical Medicine, 12(3), 741.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Betriebliche Schwerbehindertenvertretungen – wichtiger Akteur bei Prävention und Rehabilitation

Thomas Ketzmerick; Cathleen Rabe-Rosendahl

Zentrum für Sozialforschung Halle 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 letzten Wahlen fanden Ende 2022 statt. Das Poster soll anhand von Studienergebnissen zeigen, dass die SBV in Betrieben und Dienststellen bedeutende Akteure nicht nur im Arbeits- und Gesundheitsschutz allgemein, sondern insbesondere auch bei betrieblicher Prävention und Rehabilitation sein können. Dabei wird auch ein Überblick zu gesetzlichen Regelungen bezüglich der Aufgaben und Rechte von SBV gegeben.

Methoden

Die Ergebnisse basieren auf mehreren eigenen Erhebungen:

- eine bundesweite, explorative Online-Befragung von 1.543 SBV, Betriebs- und Personalräten zur Partizipation beim betrieblichen Arbeits- und Infektionsschutz in der Corona-Pandemie, die im Frühjahr 2021 im Rahmen des Projektes CAUSA-A durch das Zentrum für Sozialforschung (ZSH) durchgeführt wurde,

- eine Folgeerhebung eines vergleichbaren Samples von 1.439 SBV und Stufenvertretungen im Projekt ZIP-NATAR des ZSH, die die Ergebnisse der SBV-Wahlen 2022/23 sowie Aspekte von Interessenvertretung, Beteiligung und Kooperation abbildet,

- eine wiederholte Erhebung in verschiedenen Projekten des ZSH, bei der für die Zeiträume nach den SBV-Wahlen 2006, 2014 und 2018 bundesweit Angaben zu Anzahl und Struktur betrieblicher SBV bei den Integrationsämtern und Hauptfürsorgestellen erhoben wurden.

Ergebnisse

Verbreitung und Struktur von SBV: Langjährige Ergebnisse zeigen, dass parallel zur steigenden Beschäftigung schwerbehinderter Menschen in einer Mehrheit der Regionen auch ein Anstieg der Zahl von SBV zu beobachten ist. Gleichzeitig wird die Struktur stärker durch weibliche Vertretungen geprägt. Somit etabliert sich die SBV weiter in der Arbeitswelt und erschließt auch neue Betriebe. Dies soll vor allem anhand eigener Ergebnisse verdeutlicht werden.

Auswirkungen von SBV auf Gesundheitsschutz und Inklusion: Die Pandemie und die damit verbundene Digitalisierung hat sich als Forschungsgelegenheit erwiesen, die Wirksamkeit der Arbeit von SBV bei der Gewährleistung des Gesundheitsschutzes für behinderte und andere vulnerable Beschäftigte sowie beim Abbau digitaler Barrieren zu untersuchen. Wie sich zeigt, wurden in Betrieben mit SBV-Beteiligung Risikogruppen effektiver geschützt, sowohl im

Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit als auch die Qualität von Schutzmaßnahmen im Betrieb, dabei spielte auch das Engagement der Interessenvertretungen eine wesentliche Rolle. Entsprechende Hinweise aus einschlägigen Untersuchungen und Berichten (Eickholt et al., 2021; Schulte, 2021) konnten quantitativ erhärtet werden. In ähnlicher Weise konnte gezeigt werden, dass im Zuge der Pandemie neu entstandene Barrieren für die Teilhabe von behinderten Beschäftigten (v.a. solche mit Sinnesbeeinträchtigungen) in Betrieben mit guter Beteiligungskultur von SBV besser überwunden wurden. Beide empirische Ergebnisse werden präsentiert.

Probleme der Beteiligung: Voraussetzung für die erfolgreiche Arbeit von SBV ist die Beachtung ihrer Beteiligungsrechte durch Arbeitgeber. In der Pandemie war die teils geringe Beteiligung von Schwerbehindertenvertretungen bei der Planung und Umsetzung der Schutzmaßnahmen problematisch und beeinträchtigte damit den Infektionsschutz für behinderte und andere vulnerable Beschäftigte. Auch nach der Pandemie bestehen weiterhin ausgeprägte Beteiligungslücken z.B. bei BEM-Verfahren, Kündigung, Einstellung oder Übernahme. Beide Aspekte werden mit Zahlen aus den Befragungen 2021 und 2023 belegt.

Diskussion und Fazit

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 Anträgen zur Feststellung einer Behinderung, ihres Grades oder bei der Beantragung präventiver Maßnahmen, die schwerbehinderten Beschäftigten dienen. Zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben finden sich im SGB IX Initiativ-, Anhörungs- und Beteiligungsrechte.

Wie sich zeigte, wurden in Betrieben mit vorhandener und gelebter Beteiligungskultur Risikogruppen effektiver geschützt und Hindernisse, die der Schaffung von Barrierefreiheit und behinderungsgerechter Beschäftigung entgegenstehen können, besser überwunden. Problematisch ist jedoch die anhaltende, teils geringe Beachtung von Beteiligungsrechten der SBV. Diese sind aber eine notwendige Bedingung, um die Interessen von Menschen mit Behinderung sowohl bei Arbeits- und Gesundheitsschutz als auch bei betrieblicher Prävention und Rehabilitation wirksam zu vertreten.

Take-Home-Message

SBV haben das Potenzial, ein „Motor der Inklusion“ (Heide und Niehaus, 2019) im Betrieb zu sein, aufgrund unzureichender Beteiligung bleibt ihre Rolle jedoch oft noch hinter den Möglichkeiten zurück.

Literatur

Eickholt, Trimpop, Winkelmann, Templer, Hamacher, Schmitz (2021): Evaluation von SARS-CoV-2 Arbeits- und Infektionsschutzmaßnahmen: Befragung von Arbeitsschutzexpertinnen und -experten, Projektnummer: F 2513. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Heide, Niehaus (2019): Der Stellwert der Schwerbehindertenvertretung in der betrieblichen Inklusion, WSI Mitteilungen, 72 Jg. 5/2019, S. 358-364.

Schulte (2021): Ein Piepser gegen die Pandemie. MITBESTIMMUNG, Nr. 5. 30-31.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

„Gesundheitsvorsorge Aktiv“ – ein Präventionsprogramm der Österreichischen Pensionsversicherung zur Erhaltung der Teilhabe

Bettina Thauerer[1]; Bibiane Steinecker-Frohnwieser[1]; Johannes Püspök[2]; David Felder[3]; Martin Skoumal[4]

[1] Ludwig Boltzmann Gesellschaft, Saalfelden;
[2] Moorheilbad Harbach Gesundheits- und Reha-Zentrum; [3] Pensionsversicherung

Hintergrund und Zielstellung

Heutzutage müssen sich Menschen in verschiedensten Bereichen großen Herausforderungen stellen und kontinuierlich Leistung in der Arbeit vollbringen. Daher gewinnt Gesundheit, definiert als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens, an Bedeutung und die Prävention und Förderung der Gesundheit rückt immer mehr in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik. Die Prävention hat für den Einzelnen den Vorteil, gesund und leistungsfähig zu bleiben bzw. eine Behinderung zu vermeiden. Insbesondere chronische Erkrankungen, wie Rückenschmerzen und Rückenleiden, sowie psychosoziale Probleme sind für eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit verantwortlich, und machen arbeitsbedingte Probleme zu einem der kostspieligsten Gesundheitsprobleme. Es ist daher besonders wichtig frühzeitig einzuschreiten, um die Teilhabe zu erhalten.

Die österreichische Pensionsversicherung (PV) hat ein stationäres Präventionsprogramm, "Gesundheitsvorsorge Aktiv (GVA)", speziell für Patient*innen mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, entwickelt. Ziele der GVA sind die Aufrechterhaltung der Gesundheit zur Vermeidung von Rehabilitationsmaßnahmen und Pflegebedürftigkeit, Erhaltung der Arbeitsfähigkeit, Behebung oder Verbesserung von indikationsbezogenen Funktionseinschränkungen, Verminderung von Risikofaktoren und Sekundärprävention. Durch den modularen Aufbau des 3-wöchigen Programmes können individuelle Schwerpunkte gesetzt werden. Das Basismodul besteht aus Bewegungstherapie, Kraft- , Ausdauer- und/oder Entspannungstraining. Patient*innen können gemeinsam mit Ärzt*innen entscheiden, welches der drei Submodule (1 Bewegungsoptimierung, 2 Bewegungsmotivation, 3 mentale Gesundheit) in der aktuellen Situation am besten helfen kann. Mittels zusätzlicher Schulungen und Workshops soll die Eigenverantwortung für die Gesundheit der Patient*innen gestärkt werden. Dieses ganzheitliche Prinzip soll die Gesundheit festigen und erhalten, sowie die Selbstfürsorge stärken. So kann die GVA zu nachhaltigen sozialmedizinischen Effekten im Sinne des Erhalts der Arbeitsfähigkeit und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, sowie zur Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beitragen.

Ziel dieser Studie war es, das neue präventionsorientierte und stärker personalisierte stationäre Gesundheitsprogramm GVA in Bezug auf Arbeitsfähigkeit, Lebensqualität, psychische und physische Gesundheit zu erfassen.

Methoden

Als Erhebungszeitpunkte wurden T0 (Beginn des Programmes), T1 (nach 3-wöchigem Programm) und T2 (6 Monate Follow-Up) gewählt. Dafür wurde ein spezieller Fragebogen entwickelt, der die Lebensqualität (EQ-5D-5L Index), den allgemeinen Gesundheitszustand (EQ-5D-5L VAS), psychosoziale Komponenten (PHQ-D), sowie den Verlauf von Schmerzen (VAS) und die Arbeitsfähigkeit (WAI) abbilden soll. Es konnten n=330 Patient*innen in die per-Protokoll Analyse miteinbezogen werden. Die Patient*innen wurden in die drei Submodulgruppen unterteilt: n=132 „Bewegungsoptimierung“ (Modul 1), n=134 „Bewegungsmotivation“ (Modul 2) und n=64 „mentale Gesundheit“ (Modul 3). Der Outcome wurde auf intramodularer (Vergleich der einzelnen Erhebungszeitpunkte) und intermodularer (Vergleich der einzelnen Module) Ebene erhoben.

Ergebnisse

Analysen der Zeitpunkte T0 und T1 ergaben für das 3-wöchige Programm GVA bereits bei Ende des Rehabilitationsaufenthaltes sowie nach 6 Monaten positive Veränderungen im psychosozialen Bereich. Die Minderung depressiver Symptome, psycho-sozialer Stressoren und psycho-somatischer Beschwerden, konnten im intramodularen Vergleich abgebildet werden. Die subjektive Einschätzung bezüglich der aktuellen physischen und psychischen Arbeitsfähigkeit verbesserte sich einhergehend mit einer Reduktion der Beeinträchtigung der Arbeitsleistung im Zeitverlauf. Durch die deutliche körperliche Verbesserung, welche sich auf die primäre Reduktion der Schmerzen zurückführen ließ, konnte der allgemeine Gesundheitszustand und die Lebensqualität gesteigert und auch über 6 Monate erhalten werden. Eine Kausalität zwischen Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit konnte bestätigt werden. Im intermodularen Vergleich zeigte sich, dass Patient*innen des Moduls „Bewegungsoptimierung“ (Modul 1) die beste Ausgangslage aufwiesen, gefolgt von denen des Moduls „Bewegungsmotivation“ (Modul 2). Personen des Moduls „mentale Gesundheit“ traten mit der schlechtesten Ausgangskonstitution (T0) das Programm an, konnten aber große Verbesserungen verzeichnen.

Diskussion und Fazit

Betrachtet man die Ergebnisse des neuen Präventionsprogramms Gesundheitsvorsorge Aktiv, so wird deutlich, dass der modulare Aufbau einen wertvollen Schritt hin zu einem stärker personalisierten Ansatz der Gesundheitsförderung darstellt. Auf diese Weise wird auf die individuelle Ausgangssituation ein stärkeres Augenmerk gelegt, so dass die Therapien effektiver eingesetzt werden können. Studien zeigen, dass Schmerzen die meisten Bereiche der Lebensqualität, vor allem die körperliche und emotionale Funktionsfähigkeit, beeinträchtigen und häufig in Verbindung mit psychischen Problemen stehen können. Die Abnahme des Schmerzes und die gleichzeitige Verbesserung von psychosozialen Faktoren durch das Programm GVA, verdeutlicht erneut die Wichtigkeit der Umsetzung einer bio-psycho-soziale Herangehensweise. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die GVA eine vielversprechende präventive Gesundheitsmaßnahme darstellt und als erfolgreiche Erweiterung des methodischen Spektrums zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit beitragen kann.

Take-Home-Message

Durch frühzeitige Präventionsangebote zur Förderung eines hohen Wohlbefindens und damit auch eines langfristig gesunden physischen und psychischen Zustandes, könnten die zu einem späteren Zeitpunkt intensiveren Rehabilitationsmaßnahmen verzögert und eine lange Teilnahme am Arbeitsleben gewährleistet werden.

Literatur

Thauerer, B.; Püspök, J.; Kullich, W., Felder, D., Steinecker-Frohnwieser, B.; Skoumal, M. (2023): Results of an Inpatient Preventive Health Care Program to Improve Quality of Life, Psychosocial Health, and Work Ability in Austria. Int J Public Health 2023 68. doi:10.3389/ijph.2023.1606193.

Promotionsbetreuende als Schlüsselfaktor für den Verbleib gesundheitlich beeinträchtigter Promovierender in der Wissenschaft

Karoline Rhein; Jana Felicitas Bauer; Mathilde Niehaus

Universität zu Köln

Hintergrund und Zielstellung

Die Stay at Work Forschung untersucht den Verbleib von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Erwerbsleben. Im Fokus stehen betriebliche Maßnahmen sowie persönliche und betriebliche Faktoren, die einen Verbleib begünstigen oder erschweren (Dettmann, Hasselhorn, 2020). Doch wie sieht die Situation in Arbeitsfeldern aus, in denen die Berufsausübung unter „up or out“-Bedingungen stattfindet, wie im deutschen Wissenschaftssystem? Die prekären Arbeitsbedingungen und unklaren Karriereperspektiven für Wissenschaftler*innen in der Qualifizierungsphase sind bereits seit einigen Jahren Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen und politischer Debatten. Die große Mehrheit (92 Prozent) der an Hochschulen beschäftigten Promovierenden hat einen befristeten Arbeitsvertrag (BuWiN, 2021) und die durchschnittliche Befristungsdauer beträgt zwei Jahre. Dauerstellen unterhalb der Professur gibt es nur wenige. Diese Flaschenhalsproblematik setzt, so konstatiert Ambrasat, "einen Wettbewerbs- und Ausbeutungsmechanismus in Gang, der den Individuen kein Innehalten, keine Auszeit […] erlaubt, da die sich ihrer beruflichen Perspektive noch nicht sicheren Wissenschaftler:innen im Vergleich mit anderen nicht ins Hintertreffen geraten wollen“ (Ambrasat, 2021). Für Promovierende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verschärft sich diese Situation durch einen behinderungsbedingten zeitlichen Mehraufwand, bürokratische Hürden und Barrieren in der Umwelt (Bauer et al., 2023).

Eine Schlüsselrolle für den Zugang und den Verbleib von Promovierenden in der Wissenschaft kommt den Promotionsbetreuenden zu. Als Betreuende ermöglichen sie den Zugang zur Promotion sowie die fachliche Qualifizierung und Mobilität während der Promotionsphase. Darüber hinaus sind Betreuende häufig Arbeitgeber*innen von Promovierenden und spielen somit eine wichtige Rolle für betriebliche Unterstützungsmaßnahmen und ein inklusives Arbeitsklima. Doch trotz ihrer zentralen Rolle

sind die Einstellungen, die die Rekrutierungs- und Unterstützungsentscheidungen von Betreuenden gegenüber Promovierenden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen beeinflussen, bislang nur unzureichend erforscht. Die Zielstellung der vorliegenden Forschungsarbeit war es daher, Einstellungen von Promotionsbetreuenden zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Wissenschaft zu untersuchen.

Methoden

Im Projekt „PROMI – Promotion inklusive“ wurden 45 halbe Promotionsstellen für Hochschulabsolvent*innen mit Schwerbehinderung an 21 Hochschulen bundesweit geschaffen und bis August 2022 wissenschaftlich begleitet. Im Rahmen des Projekts wurden halbstrukturierte Interviews mit Promotionsbetreuenden (N=22) zu den Erfahrungen mit gesundheitlich beeinträchtigten Promovierenden geführt. Fünf dieser Interviews wurden ausgewählt und anhand der Grounded Theory Methode nach Strauss und Corbin (2010) ausgewertet. Die Auswahl wurde so getroffen, dass eine Bandbreite von Haltungen und positiven bzw. negativen Erfahrungen abgebildet wurde.

Ergebnisse

In den Interviews betonen die Betreuenden ihren Anspruch, Teilhabe an der Wissenschaft zu ermöglichen. Sie berichten überwiegend positiv über ihre konkreten Erfahrungen mit den Promovierenden. Allerdings zeigt sich auch ein Widerspruch zwischen diesem Anspruch und der Umsetzung. Die Betreuenden äußern sich sowohl skeptisch bezüglich der Wiederbeschäftigung von Promovierenden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (ohne zusätzliche finanzielle Förderung) als auch hinsichtlich der Zukunftsperspektiven dieser Promovierenden nach Abschluss der Promotion.

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Betreuenden mehrheitlich den Anspruch äußern, Teilhabe in der Wissenschaft zu fördern. Allerdings setzen sie dies nur begrenzt um, was den Anschein erwecken kann, es handle sich lediglich um ein Lippenbekenntnis. Andererseits gibt es auch Aussagen zu konkreten positiven Erfahrungen mit den PROMI- Promovierenden, die jedoch nur auf die einzelnen Personen und nicht auf Promovierende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Allgemeinen bezogen werden. Um Vorurteile nachhaltig abzubauen und zu verdeutlichen, dass Promovieren mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht nur in Einzelfällen gelingen kann, sind umfangreichere und heterogenere Vorbilder für Wissenschaftler*innen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen notwendig. Diese können jedoch nur durch strukturelle und politische Veränderungen erreicht werden, einschließlich der nachhaltigen Finanzierung von Sensibilisierungs- und Informationsarbeit.

Take-Home-Message

Stay at Work oder Up or Out? Im kompetitiven Arbeitsumfeld Wissenschaft nehmen Promotionsbetreuende eine Schlüsselrolle für den Verbleib gesundheitlich beeinträchtigter Promovierender ein.

Literatur

Ambrasat, J. (2021): Zur Arbeitssituation des wissenschaftlichen Mittelbaus in Deutschland. In: Per Holderberg/Christian Seipel (Hrsg.). Der wissenschaftliche Mittelbau - Arbeit, Hochschule, Demokratie. Weinheim/Basel, Beltz Juventa.

Bauer, J. F., Groth, S., Rhein, K., Niehaus, M. (2023): Qualität in der Nachwuchsförderung durch inklusive Rahmenbedingungen?! Erkenntnisse zu Barrieren, Handlungsmöglichkeiten und guten Praxisbeispielen aus dem Projekt PROMI – Promotion inklusive. In: S. Dippelhofer/K. Hombach/L. Müller et al. (Hrsg.). Qualität im Hochschulsystem. Eine Auseinandersetzung im Rahmen von Forschung, Lehre, Governance und Transfer. Münster, Waxmann.

BuWiN (2021): Bundesbericht Wissenschaftlicher Nachwuchs 2021. Bielefeld, wbv Publikation.

Dettmann, M.-M., Hasselhorn, H. M. (2020): Stay at Work – Erhalt von und Wunsch nach betrieblichen Maßnahmen bei älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen in Deutschland. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie 70 (2), 66–75. https://doi.org/10.1007/s40664-019-00378-2.

Strauss, A., Corbin, J. (2010): Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim, Beltz.

Wie sich die berufliche Teilhabe von Menschen mit chronisch-entzündlicher Darmerkrankung gestalten lässt

Philipp Trögeler; Eva Eisch

Institut der deutschen Wirtschaft

Hintergrund und Zielstellung

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) bezeichnen wiederkehrende oder kontinuierliche Entzündungen des Verdauungstrakts, zu denen Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa gehören. Der Einfluss dieser Erkrankungen auf die berufliche Laufbahn ist für Betroffene, die häufig schon in jungen Jahren erkranken, signifikant (Pfizer Pharma GmbH, 2022). CED-Patienten sehen sich vielfältigen Herausforderungen im Arbeitsalltag gegenüber, die auf individuellen Krankheitsbildern und -verläufen basieren. Daher war es Ziel dieser Untersuchung, die folgenden Fragen explorativ zu beantworten: Welche konkreten Schwierigkeiten erleben CED-Betroffene im Arbeitsalltag und inwiefern lässt sich die Arbeitsgestaltung für diese Bedürfnisse anpassen?

Methoden

Das Projekt REHADAT führte eine groß angelegte, anonyme Online-Befragung zum Arbeitsleben von Menschen mit CED durch, um ihre berufliche Situation besser zu verstehen. Die Umfrage mit dem Titel "CED im Arbeitsleben" wurde von Mitte Mai bis Ende Juli 2023 durchgeführt. Dabei kamen teilweise standardisierte Messinstrumente zum Einsatz, darunter der Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (SIBDQ) (McGonagle et al., 2020) und der Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) (Nübling et al., 2005).

Insgesamt wurden n=451 Personen befragt, die zum Zeitpunkt der Erhebung als CED- Erkrankte einer Beschäftigung, Ausbildung oder selbstständigen Tätigkeit nachgingen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass die Arbeit für die Mehrheit der Befragten den Umgang mit ihrer CED beeinträchtigt.

Im Durchschnitt konnten die Teilnehmenden der Umfrage aufgrund ihrer CED in den letzten 12 Monaten für 28 Tage krankheitsbedingt nicht arbeiten.

Von allen Befragten hatten 41,9 Prozent einen anerkannten Grad der Behinderung (GdB). Davon wurde bei etwa einem Fünftel eine Schwerbehinderung (GdB von mindestens 50) anerkannt.

In Bezug auf die berufliche Zufriedenheit waren 43 Prozent der Berufstätigen mit ihrer aktuellen beruflichen Situation weniger oder überhaupt nicht zufrieden. Lediglich 15 Prozent der Betroffenen haben innerbetriebliche Unterstützungsangebote in Anspruch genommen.

Hinsichtlich des Umgangs mit der Erkrankung im beruflichen Umfeld zeigte sich, dass Offenheit gegenüber Kolleg*innen und Vorgesetzten zu mehr Solidarität und Unterstützung führte. Individuelle Anpassungen in Bezug auf die Tätigkeit könnten eine Erleichterung bei der Bewältigung der Arbeitsaufgaben bringen, wenngleich sie keine endgültige Lösung darstellen. Diese Anpassungen könnten zeitliche Flexibilität, individuelle Pausengestaltung, ortsflexibles Arbeiten oder eine vorübergehende Reduzierung der Arbeitszeit umfassen.

Es wurde betont, wie wichtig es ist, die Sensibilisierung für chronisch entzündliche Darmerkrankungen zu erhöhen und 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 CED kritisch. Vielfältige Symptome und Ausprägungen zeigen die Heterogenität der Erkrankung – CED ist nicht gleich CED. Ein Teil der Betroffenen hat beispielsweise eine schwere Erschöpfungssymptomatik, die es mitunter gar nicht zulässt, zu arbeiten. Andere erleben Auswirkungen in ihrem Arbeitsalltag durch körperliche Symptome, wie Schmerzen oder häufige Toilettengänge. Hierbei wird deutlich, dass Anpassungen und Unterstützung in Bezug auf die Arbeit entsprechend individuell vorgenommen werden sollten. Zusammenfassend unterstreicht die vorliegende Erhebung die Bedeutung einer offenen Kommunikation über die Erkrankung im beruflichen Umfeld sowie der Möglichkeit zur Anpassung der Arbeitssituation.

Die Befragung ist nicht repräsentativ. Einzelne enthaltene Aspekte können anhand der vorliegenden Daten ohne weitere Untersuchungen nur sehr eingeschränkt interpretiert oder verallgemeinert werden.

Die REHADAT-Befragung näherte sich der Thematik „CED im Arbeitsleben“ explorativ. Daher ergibt sich kein abschließendes Bild der Arbeitssituation von Menschen mit CED, wohl aber ein Situationsbericht. Die Ergebnisse liefern erste Hinweise auf relevante Auswirkungen und Zusammenhänge. Weitere Forschung zum Thema ist notwendig.

Take-Home-Message

Anpassungen in Bezug auf die individuelle Tätigkeit können eine Erleichterung bei der Bewältigung der Arbeitsaufgaben bringen, wenn auch keine finale Lösung der Problematik. Dennoch ist es als erster wichtiger Schritt anzusehen, dass mögliche individuelle Lösungen für den Wiedereinstig und den Verbleib im Arbeitsleben in Absprache mit Vorgesetzten und Kolleg*innen umgesetzt werden. Hierzu zählen eine zeitliche Flexibilität und individuelle Pausengestaltung, die Möglichkeit, ortsflexibel zu arbeiten oder auch eine (vorübergehende) Reduzierung der Arbeitszeit, welche jedoch meist finanzielle Einbußen mit sich bringt. Weitere Aufklärung zum Thema CED und den Auswirkungen auf die Arbeitssituation der Erkrankten stellen einen wichtigen Baustein dar, um auch in Unternehmen für die Situation der betroffenen Mitarbeitenden zu sensibilisieren.

Literatur

McGonagle, A. K., Schmidt, S. & Speights, S. L. (2020): Work-health management interference for workers with chronic health conditions: Construct development and scale validation. Occupational Health Science, 4(4), 445–470. https://doi.org/10.1007/s41542-020-00073-2.

Nübling, M., Stößel, U., Hasselhorn, H. M., Michaelis, M. & Hofmann, F. (2005): Measuring psychological stress and strain at work: Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany. Journal of Occupational Health Psychology, 10(4), 433-443. https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.4.413.

Pfizer Pharma GmbH. (2022): CED-Kompass: Morbus Crohn Symptome. Abgerufen am 27. September 2023 von https://www.ced-kompass.de/morbus-crohn/symptome.

Förderung: Ausgleichsfonds

Follow-up-Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Multicenter-Studie drei Monate nach einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in der Psychosomatik

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

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

Hintergrund und Zielstellung

Lange und wiederholte Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit oder eine negative subjektive Erwerbsprognose gehen einher mit erhöhten beruflichen Teilhaberisiken. Damit die Rückkehr in Arbeit auch bei diesen stark beeinträchtigten Personen gelingt, wurde die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) entwickelt. Durch eine verstärkte Berücksichtigung individueller Arbeitsanforderungen und der dafür erforderlichen Fähigkeiten sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten und Rentenzugänge verhindert werden. Gemeinsame Empfehlungen der Rentenversicherungsträger definieren Zielgruppe, Inhalte und Umfang der MBOR (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019). Evidenz zur Wirksamkeit der MBOR in der Psychosomatik beschränkt sich bislang auf zwei ältere randomisierte kontrollierte Studien, die die Wirksamkeit einer in die Rehabilitation integrierten beruflichen Belastungserprobung für eine Stichprobe mit längerer Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitslosigkeit untersucht haben (Hillert et al., 2003; Beutel et al., 2005). In unserer randomisierten kontrollierten Multicenter- Studie überprüften wir, ob Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unter realen Versorgungsbedingungen stärker von einer MBOR als von einer herkömmlichen medizinischen Rehabilitation (MR) profitieren.

Methoden

Die Daten wurden im Rahmen der Studie „Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen (MBOR-P)“ in fünf Rehabilitationseinrichtungen erhoben (Markus et al., 2021). Eingeschlossen wurden 18- bis 60-jährige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen, die durch mindestens 27 Punkte auf dem SIMBO-C erhöhte Teilhaberisiken aufwiesen (Streibelt, 2009). Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden im Verhältnis eins zu eins randomisiert und erhielten entweder eine MBOR oder MR. Primäres Zielkriterium war die stabile Rückkehr in Arbeit, definiert als mindestens vierwöchige durchgängige Beschäftigung ohne Arbeitsunfähigkeit zum Nacherhebungszeitpunkt. Sekundäre Zielkriterien umfassten verschiedene gesundheitsbezogene Parameter, Funktionsfähigkeit und Bewältigungsstrategien. Demografische Angaben und Zielkriterien wurden zu Beginn und 12 Wochen nach Abschluss der Rehabilitation erhoben. Die Complete- Case-Analysen wurden mit Random-Effects-Modellen gerechnet. Anhand der wahrgenommenen berufsbezogenen Zielerreichung in der

MBOR (starker Kontrast zwischen MBOR und MR vs. geringer Kontrast zwischen MBOR und MR) und kumulierten Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahr vor der Rehabilitation (> 26 Wochen vs. ≤ 26 Wochen) wurden Subgruppen gebildet.

Ergebnisse

1.637 Personen erfüllten die Einschlusskriterien und wurden in die Analysen eingeschlossen (mittleres Alter: 49,6 Jahre; SD = 9,4; 59,3 % weiblich). Drei Monate nach der Rehabilitation waren die Unterschiede zwischen den Behandlungsarmen gering. Im primären Zielkriterium zeigte sich kein Vorteil zugunsten der MBOR (OR = 0,01; p = 0,44). In beiden Behandlungsarmen war bei der Nacherhebung rund ein Drittel mindestens vierwöchig durchgängig beschäftigt. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die eine MBOR erhalten hatten, berichteten jedoch von einer signifikant verbesserten sozialen Funktionsfähigkeit (b = 3,04; p < 0,05). In den Einrichtungen, in denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von einer signifikant besseren Erreichung berufsorientierter Rehabilitationsziele in der MBOR berichteten, zeigten sich nach drei Monate zusätzliche signifikante Vorteile im Hinblick auf körperliche Schmerzen, psychisches Wohlbefinden und Regenerationsorientierung. Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer MBOR, die im Jahr vor der Rehabilitation mehr als 26 Wochen arbeitsunfähig waren, profitierten in zwei der Einrichtungen, in denen die Erreichung berufsbezogener Rehabilitationsziele signifikant wahrgenommen wurde, von einer größeren subjektiven Arbeitsfähigkeit (b = 1,09 bis 1,22; p < 0,05). In Einrichtungen, in denen der Kontrast zwischen beiden Interventionsarmen weniger deutlich wahrgenommen wurde, konnten Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht von einer MBOR profitieren.

Diskussion und Fazit

Signifikante Verbesserungen nach einer MBOR im Vergleich zu einer MR zeigten sich vor allem in zwei von fünf Einrichtungen. In beiden war der Kontrast zwischen MBOR und MR in der Erreichung berufsbezogener Rehabilitationsziele für die Patientinnen und Patienten deutlicher wahrnehmbar. Weitere Analysen der erbrachten therapeutischen Leistungen können die Einrichtungsunterschiede möglicherweise genauer abbilden.

Take-Home-Message

Drei Monate nach der Rehabilitation zeigten sich nur dann Vorteile, insbesondere bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit langer Arbeitsunfähigkeit, wenn das Konzept tatsächlich stärker berufsorientiert als die herkömmliche MR war.

Literatur

Beutel, M. E., Zwerenz, R., Bleichner, F., Vorndran, A., Gustson, D., Knickenberg, R. J. (2005): Vocational training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation - short and long-term results from a controlled study. Disabililty and Rehabilitation, 27. 891-900.

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

Hillert, A., Staedtke, D., Heldwein, C., Toth, A., Cuntz, U. (2003): Randomisierte Evaluation der beruflichen Belastungserprobung (BE) bei psychosomatischen Patienten im Rahmen eines stationären verhaltenstherapeutischen Settings: 12-Monatskatamnese. DRV- Schriften, 40. 287-290.

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

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

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Formative Evaluation einer dualen Rehabilitation in verschiedenen Indikationsbereichen – Analyse der Rahmenkonzeptumsetzung anhand von KTL-Daten

Sophia Fiedler[1]; Natascha Fahmer[1]; Peter Eisermann[2]; Klaus Herrmann[3]; Volker Köllner[4]; Christoph Reichel[5]; Gerhard Sütfels[6]; Robert Weßbecher[7]; Karin Meng[1]

[1] Universitätsklinikum Würzburg; [2] Reha-Zentrum Bad Frankenhausen; [3] Reha-Zentrum Bad Kissingen; [4] Reha-Zentrum Seehof; [5] Reha-Zentrum Bad Brückenau; [6] Reha-Zentrum Todtmoos, Klinik Wehrawald; [7] Reha-Zentrum Borkum

Hintergrund und Zielstellung

Für multimorbide Patient*innen mit einer körperlichen und psychischen Erkrankung ist eine integrierte, fächerübergreifende Versorgung indiziert. Hierfür gibt es mehrere Rehabilitationsansätze, die sich in der Intensität der psychischen Belastung der Rehabilitand*innen und in der psychologischen Versorgung dieser unterscheiden (Köllner, 2021).

Ein Ansatz ist die duale Rehabilitation mit einer strukturierten Zusammenarbeit von zwei Fachabteilungen. Ein Rahmenkonzept zur Umsetzung in einer Modellphase liegt vor (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2020). Definierte Bausteine sind eine fachabteilungsübergreifende Aufnahme, Fallbesprechungen, Visiten und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung sowie eine psychotherapeutische Bezugsgruppe, Einzelgespräche und Entspannungstraining mit einer Bewilligungsdauer von 5 Wochen. An der Modellphase beteiligt sind sechs Kliniken, wobei die Konzepte jeweils in Zusammenarbeit mit der psychosomatischen Fachabteilung eingeführt werden: Psycho-Gastroenterologie, Psycho- Dermatologie, Psycho-Orthopädie, Psycho-Diabetologie, Psycho-Kardiologie, Psycho-Pneumologie (folgend: P-). Als Teil einer formativen Evaluation (Projekt DUAL; Universitätsklinikum Würzburg) wurde die Ausgestaltung des Rahmenkonzepts in den Fachbereichen exploriert.

Fragestellungen: Wie wird das Rahmenkonzept von den Einrichtungen ausgestaltet? Liegen Unterschiede in der Ausgestaltung nach den Reha-Fachbereichen vor?

Methoden

Implementationsanalyse mittels Dokumentenanalyse, d.h. Analyse der therapeutischen Leistungen aus der Klinikdokumentation (KTL-Analyse). Ausgewertet wurden die KTL-Daten

aller dualen Rehabilitand*innen definierter Zeiträume (nach Implementationsabschluss; Quartal 3 und 4 2021 und/oder Quartal 1 und 2 2022).

Die Auswertung erfolgte deskriptiv (Mittelwert, Standardabweichung, Minimum, Maximum). Für die Umsetzung der Richtwerte definierter Therapiebausteine des Rahmenkonzepts wurde der prozentuale Anteil (für Anzahl und Dauer) bestimmt: psychotherapeutische Bezugsgruppe und Einzelgespräche (mehrstufige Analyse durch Abgleich mit KTL-Codes nach Konzept [Stufe 1] und Ergänzung um klinikspezifische Zusatzcodes aus den jeweiligen KTL-Kapiteln [Stufe 2 und 3]), Entspannungstraining.

Die Analyse umfasste Daten von 633 dualen Rehabilitand*innen (P-Gastroenterologie n=161; P-Dermatologie n=80; P-Orthopädie n=106; P-Diabetologie n=50; P-Kardiologie n=100; P- Pneumologie n=136). Alle Rehabilitand*innen hatten mindestens 5 Wochen Reha- Aufenthaltsdauer.

Ergebnisse

Die dualen Rehabilitand*innen erhielten pro Woche zwischen 26,8 (SD= 2,98) und 41,6 (SD= 17,45) Therapieeinheiten mit einer Gesamttherapiedauer zwischen 1.047,3 (SD= 11,02) und 1.490,5 (SD= 213,84) Minuten. Der Anteil der Rehabilitand*innen mit mindestens einer Leistung aus dem jeweiligen KTL- Kapitel lag mit wenigen Ausnahmen bei jedem Kapitel und Fachbereich bei annähernd 100% (Abbildung 1). Der höchste Therapieumfang (Minuten/Woche) lag in den Bereichen P- Gastroenterologie (M=293,4; SD=103,9), P-Kardiologie (M=287,7; SD=60,9) und P- Pneumologie (M=242,1; SD=53,7) im Kapitel A „Sport- und Bewegungstherapie“, in der P- Orthopädie (M=250,8; SD=55,9) und P-Diabetologie (M=359,1; SD=138,7) im Kapitel G „Psychotherapie“ und in der P-Dermatologie in Kapitel L ,,Rekreationstherapie‘‘ (M=267,5; SD=73,8).

Abb. 1: Anteil der Rehabilitand*innen die mindestens einer Leistung aus den Kapiteln A bis M (%)

Die prozentualen Erfüllungsgrade definierter Therapiebausteine finden sich in Tabelle 1. Sie lagen (in der jeweils höchsten Stufe) für die psychotherapeutische Bezugsgruppe zwischen 76% (Anzahl) bzw. 63% (Dauer) und 99,3% (jeweils für Anzahl und Dauer), für die psychotherapeutischen Einzelgespräche zwischen 0% und 21,7% (Anzahl) bzw. 15,5% und 52,9% (Dauer) und für das Entspannungstraining zwischen 0% und 68,3% (Anzahl) bzw. 4% und 90,1% (Dauer).

Tab. 1: Erfüllungswerte für einzelne Therapiebausteine in Prozent (%) nach Richtwerten des Rahmenkonzepts

	P-Gastro enterologie		P-Dermatologie		P-Orthopädie		P-Diabetologie		P-Kardiologie		P-Pneumologie	
	Anzahl	Dauer	Anzahl	Dauer	Anzahl	Dauer	Anzahl	Dauer	Anzahl	Dauer	Anzahl	Dauer
Psychotherapeutische Bezugsgruppe (Häufigkeit und Dauer: mind. 2 x 90 Minuten pro Woche)*												
1	65,2%	24,2%	32,5%	22,5%	60,6%	59,6%	98%	98%	0%	0%	0,7%	0%
2	97,5%	53,4%	56,3%	43,8%	62,5%	62,5%	-	-	64%	62%	35,3%	10,3%
3	-	-	97,5%	85%	92,3%	92,3%	98%	98%	76%	63%	99,3%	99,3%
Psychotherapeutische Einzelgespräche (Häufigkeit und Dauer: mindestens 2 x 30 Minuten pro Woche)*												
1	0%	0%	0%	0%	0%	23,1%	18%	20%	18%	23%	0%	49,3%
3	21,7%	15,5%	16,3%	16,3%	0%	25,0%	-	-	-	-	10,7%	52,9%
Entspannungstraining (Häufigkeit und Dauer: mindestens 2 x 30 Minuten pro Woche)*												
1	68,3%	90,1%	46,3%	76,3%	55,8%	76,9%	0%	4%	42%	60%	61,8%	63,2%

*Definierter Rehabilitandenanteil: jeweils 100%. 1 = Abgleich KTL-Codes des Rahmenkonzepts. 2 = klinikspezifische Zusatzcodes aus Kapitel G (Psychotherapie). 3 = klinikspezifische Zusatzcodes aus Kapitel G (Psychotherapie) und F (Klinische Psychologie, Neuropsychologie).

Diskussion und Fazit

Die KTL-Daten zeigen, dass die dualen Rehabilitand*innen in allen Indikationen ein breites Leistungsprofil erhalten. Es liegen variierende Werte zwischen den Indikationsbereichen für die Therapiehäufigkeit und -dauer vor. Unterschiede in den Kapiteln sind auch in Zusammenhang mit den somatischen Indikationen (z.B. Therapiestandard Diabetes, Rückenschmerz) zu bewerten. Hinsichtlich der Richtwerte des Rahmenkonzept zeigen sich in den Kliniken meist hohe prozentuale Erfüllungsgrade für die psychotherapeutische Bezugsgruppe, geringe Erfüllungsgrade für die Einzelgespräche und variierende Erfüllungsgrade für das Entspannungstraining. Die stufenweise Analyse verweist auf eine heterogene Verschlüsselung der Leistungen in den Kliniken. Geringe Erfüllungsgrade vom Rahmenkonzept sind nach Abgleich mit den klinikspezifischen Konzepten und Austausch mit den Klinikern unter anderem durch intendierte Abweichungen vom Rahmenkonzept (z.B. ein psychotherapeutisches Einzelgespräch pro Woche) oder nicht-intendierten Ausfall von einzelnen Therapien (z.B. Feiertage, Krankheit) bedingt.

Als weitere Teile der formativen Evaluation werden die Rehabilitationskonzepte systematisch beschrieben, Interviews mit dualen Rehabilitand*innen geführt und Prä-Post-Effekte der dualen Rehabilitation mittels Kohortenstudie geprüft. Auf dieser Grundlage und der Expertise der Kliniken wird das Rahmenkonzept weiter diskutiert.

Take-Home-Message

Die KTL-Daten zeigen fachbereichsbezogene Unterschiede in der Ausgestaltung einer dualen Rehabilitation; weitere Evaluationsdaten sollen eine Weiterentwicklung des dualen Rehabilitationskonzepts unterstützen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2020): Duale Rehabilitation. Rahmenkonzept für die Modellphase. Berlin: Hrsg.

Köllner, V. (2021): Psychotherapeutische Versorgungsstrukturen in der somatischen Rehabilitation. In: Köllner, V., Bassler, M. (Hrsg.): Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation. München: Elsevier. 338-340.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Gelingt die berufliche Reintegration nach der psychosomatischen Rehabilitation – Auswertung von Basisdokumentation- und Katamnesedaten

Sina Hommes; Dieter Bingel-Schmitz

MEDIAN Kliniken Daun

Hintergrund und Zielstellung

Psychische Erkrankungen führen bei Betroffenen zu einer besonders hohen Anzahl an Arbeistunfähigkeitstagen. Zwischen 1995 und 2018 stieg der Anteil psychischer Erkrankungen an den erwerbsminderungsbedingten Rentenzugängen in Deutschland von 19 % auf 43 %. 2018 ergaben sich 71.000 erwerbsminderungsbedingte Rentenzugänge aufgrund psychischer Erkrankung. Erwerbsminderungsbedingte Rentenzugänge aufgrund von psychischen Erkrankungen erfolgen im Vergleich zu vielen anderen Erkrankungen deutlich früher. Im Verlauf von zwei Jahren nach einer psychosomatischen Rehabilitation scheidet jede achte Person aus dem Erwerbsleben aus und bezieht eine Erwerbsminderungsrente. Die medizinische Rehabilitation stellt mit MBOR ein konzeptionelle Weiterentwicklung von Reha-Diagnostik und Reha-Therapie dar, die gezielt an den gesundheitlich bedingten beruflichen Problemlagen und der gefährdeten und bereits geminderten Teilhabe am Erwerbsleben ansetzen. Damit erweitert die MBOR das potenzielle Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitation um explizit arbeitsbezogene Leistungen. Da Rehabilitanden*innen im Durchschnitt erst nach langer Krankheitsphase sich für eine psychosomatische Rehabilitation entscheiden, ist eine berufliche Integration durch das chronifizierte Krankheitsbild mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Häufig fehlen nach Abschluss der Rehabilitation begleitende Hilfen in Bezug auf Teilhabe und beruflicher Integration. Die nachfolgende Untersuchung soll die Problematik da stellen und die Notwendigkeit eines Unterstützungsbedarf deutlich machen.

Methoden

Die Badodaten der Rehabilitand*innen die zwischen 2018 und 2021 eine psychosomatische Behandlung in den Median Kliniken Daun absolvierten und gleichzeitig an der Katamnesebefragung teilgenommen haben, wurden unter dem besonderen Aspekt der beruflichen Integration verglichen. Insgesamt wurden Badodaten von 2675 Rehabilitand*innen herangezogen. Davon haben 26 Rehabilitand*innen die Teilnahme

abgelehnt. Es verbleiben 2649 Fälle in der Stichprobe. Davon haben 1514 Rehabilitand*innen die Katamnese beantwortet. Das entspricht 57,2%.

Ergebnisse

Vergleicht man die Rentensituation bei Behandlungsbeginn und Katamnesezeitpunkt ist ein starker Anstieg erfolgt (Bezug befristete Rente: 1,5% vs. 15,3%, Bezug unbefristete Rente 2,0% vs. 9,7%, Rentenantrag gestellt 3,3% vs. 7,6%, aktuell im Rentenstreit 0,4% vs. 1,6%).

Des Weiteren waren zu Beginn der Rehabilitation 20,2 % arbeitslos und beim Katamnesezeitpunkt gaben 26,1% der Rehabilitand*innen an, dass sie seit Entlassung arbeitslos sind. Zum Katamnesezeitpunkt verfügten 51,2% über einen Arbeitsplatz, 0,5 % über einen Ausbildungsplatz, 1% waren in Selbstständigkeit und 2,8% befanden sich in einer beruflichen Rehabilitation.

Bei Behandlungsende wurden 69,6% der Rehabilitand*innen voll Leistungsfähig für den letzten Beruf (6 Stunden und mehr) entlassen und 78,7% der Rehabilitand*innen voll leistungsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Bei der Katamneseerhebung gaben die Rehabilitand*innen beim Vergleich ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit an, dass dieser sich stark verbessert (11,7%), etwas verbessert (19,5%), gleich geblieben (30,3%), etwas verschlechtert (11,0%), stark verschlechtert (14,3%) habe.

Diskussion und Fazit

Zur Förderung der beruflichen Reintegration und zur Vermeidung von Erwerbsminderung ist eine stärkere Anwendung von MBOR und die Vorbereitung von betrieblichen Eingliederungsmanagementgesprächen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation unabdingbar.

Eine Ausweitung der Reha-Fallbegleitung (Deutsche Rentenversicherung Nord, Deutsche Rentenversicherung Westfalen) ist zu empfehlen. Modelle der Tele-Nachsorge mit Schwerpunkt der beruflichen Reintegration sind zu prüfen.

Take-Home-Message

Zur erfolgreichen beruflichen Reintegration sind neben MBOR, begleitende Hilfen nach der Rehabilitation zu empfehlen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2019): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. URL: file:///H:/Downloads/MBOR_AP_2019.pdf (Stand: 10.10.2023).

Deutsche Rentenversicherung Westfalen (2022): Fachkonzept "Fallmangement nach psychosomatischer Rehabilitation". URL: file:///H:/Downloads/MBOR_AP_2019.pdf (Stand: 10.10.2023).

Krankenstandsdauern im Jahr vor und nach ambulanter psychiatrischer Rehabilitation in Österreich

Miriam Traugott; Daniela Fischer-Hansal; Barbara Haider-Novak; Birgit Senft

BBRZ Med GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen sind tendenziell im Steigen (Blomgren & Perhoniemi, 2022) und liegen in Deutschland bei ø 15 Tagen im Jahr 2022 (Statistisches Bundesamt, 2023). In Österreich lag der Schnitt 2021 bei ø 12,3 Tagen, der Anteil aufgrund psychischer Erkrankungen steigt seit Jahren an. Nur 3,2% der Krankenstände entfallen auf psychische Erkrankungen, sie machen aber 11% aller Krankenstandstage aus (ø 37 Tage) (Mayrhuber & Bittschi, 2022).

Bisherige Analysen zeigen am Ende der 6-wöchigen ambulanten Rehabilitation bei 45% der Fälle eine signifikante und bei 23% sogar eine klinisch signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik (Senft et al., 2020). Die stationären Aufenthaltstage waren im Jahr nach der Rehabilitation signifikant niedriger als im Jahr davor und es zeigte sich eine signifikante und deutliche Reduktion der gesundheitsbezogenen Kosten (Schosser et al., 2021). Neben stationären Aufenthalten sind Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen ein relevanter Indikator für den Schweregrad der Erkrankung und für den Erfolg und die Nachhaltigkeit der Rehabilitation.

Zielsetzung dieser Arbeit ist der Vergleich von selbst berichteten Krankenstandstagen in den 12 Monaten vor Beginn und nach Ende der Rehabilitation.

Methoden

Von den 5.733 durchgeführten Heilverfahren im Zeitraum 2014 bis 2021 liegen 1.315 Fälle mit katamnestischen Daten inklusive Angaben zu Krankenstandstagen vor (Rücklaufquote 23,4%, ø 51,7 Jahre alt (SD=9,73), 64,4% weiblich). Gut ⅓ war berufstätig und 38% bezogen Arbeitslosengeld (16% Reha-Geld/BU-Pension; 12% Kündigung im Krankenstand) und ⅔ litten unter affektiven Störungen (F3) [22% Neurotische-/Belastungs- und somatoformen Störungen (F4); 5% Persönlichkeitsstörungen (F5); 7% sonstige]. Die Anzahl der Krankenstandstage wurde im Fragebogen bei Beginn und ein Jahr nach Ende der Rehabilitation jeweils retrospektiv für die letzten 12 Monate erhoben.

Ergebnisse

In den 12 Monaten vor der Rehabilitation wurden bei 78,6% Krankenstände erhoben, in den 12 Monaten danach bei 67,6%. Von den 1034 Rehabilitand:innen die vor der Rehabilitation im Krankenstand waren, waren 27,2% danach nicht mehr im Krankenstand. Umgekehrt waren von den 281 Rehabilitand:innen ohne Krankenstand danach 48,4% im Krankenstand.

In den 12 Monaten vor Aufnahme lag die ø Dauer der Krankenstandstage bei 106,16 Tagen (SD=111,86), danach bei ø 62,25 Tagen (SD=100,90). Die große Streuung ist durch den beruflichen Status erklärbar, Berufstätige (M=108,78; SD=102,86) und Arbeitslose (M=74,36; SD=95,94) wiesen schon im Jahr davor deutlich niedrigere Krankenstände auf als

Personen mit Reha-Geld/BU-Pension (M=122,40; SD=136,74) bzw. im Krankenstand gekündigte Personen (M=172,09; SD=109,32).

Von den bei Aufnahme Berufstätigen (N=424) sind ein Jahr später noch immer 72% berufstätig (13% arbeitslos, 15% Reha-Geld), damit ist es dem überwiegenden Teil möglich gewesen im Erwerbsleben zu verbleiben. Von den bei Aufnahme arbeitslosen Rehabilitand:innen (N=479) haben ein Jahr später 14% gearbeitet und 64% immer noch Arbeitslosengeld bezogen (20% Reha-Geld, 2% sonstige). Rehabilitand:innen die ein Jahr nach Reha-Ende berufstätig (M=36,30; SD=66,20) oder arbeitslos waren (M=58,15; SD=87,61), wiesen im Schnitt deutlich niedrigere Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen auf.

Abb. 1: Krankenstand

Diskussion und Fazit

Im Jahr nach der Rehabilitation zeigte sich bei 11% kein Krankenstand mehr und die durchschnittliche Dauer hat sich signifikant reduziert. Trotzdem waren die ø Krankenstandstage aufgrund psychischer Belastungen hoch, die Hälfte der Rehabilitand:innen ist im Jahr nach der Rehabilitation mindestens 2 Monate im Krankenstand, dies lässt auf einen hohen Chronifizierungsgrad schließen.

Einschränkungen der Aussagekraft bestehen aufgrund des geringen Rücklaufs und des Selektionseffekts bei den katamnestischen Daten sowie aufgrund der Selbstauskunft/Schätzung von Krankenstandstagen.

Take-Home-Message

Vor der Rehabilitation ist die ø Dauer von Krankenständen aufgrund psychischer Erkrankungen enorm hoch (ø 3,5 Monate) und liegt im Jahr danach bei ø 2 Monaten, woraus

ableitbar ist, dass viele Rehabilitand:innen erst nach längerer psychiatrischer Vorgeschichte im Reha-Setting ankommen.

Literatur

Blomgren, J. & Perhoniemi, R. (2022): Increase in sickness absence due to mental disorders in Finland: Trends by gender, age and diagnostic group in 2005-2019. Scandinavian Journal of Public Health, 50(3), 318–322. doi:10.1177/1403494821993705.

Mayrhuber, C. & Bittschi, B. (2022): Fehlzeitenreport 2022: Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. URL: https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.846173&portal=svportal, Abruf: 02.11.2023.

Schosser, A., Senft, B., & Rauner, M. (2021): The benefit of an ambulant psychiatric rehabilitation program in Vienna, Austria: an uncontrolled repeated measures study. Central European Journal of Operations Research, doi:10.1007/s10100-021-00773-2.

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, 11(3), 103. doi.org:10.1007/s40211-020-00343-z.

Statistisches Bundesamt (2023): Qualität der Arbeit - Krankenstand. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-2/krankenstand, Abruf: 02.11.2023.

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation an der Nahtstelle von psychosomatischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration („RehaTrail“)

Matthias Stapel[1]; Katharina Schmell[2]; Andreas Malone[2]; Matthias Rudolph[3]; Vanessa Bernhard[4]; Luisa Mertiny[4]

[1] SRH Fernhochschule - The Mobile University; [2] Berufsförderungswerk Birkenfeld; [3] Praxis für Verhaltenstherapie; [4] Deutsche Rentenversicherung Saarland

Hintergrund und Zielstellung

Vor dem Hintergrund längerfristiger Behandlungs- und Rehabilitationsprozesse psychischer und psychosomatischer Erkrankungen zeigen sich bei Reuter et al. (2014) eine hohe Belastung in der Ausgangssymptomatik und störungsspezifische Faktoren (Persönlichkeitsstörungen oder somatoforme Störungen) als bedeutsame Einflussgrößen auf das Ansprechverhalten Betroffener.

Obgleich die Effekte der psychosomatischen Rehabilitation mehr als gut belegt sind, verbleibt dennoch ein bedeutsamer Anteil an Rehabilitanden ohne signifikante Symptombesserung bzw. Symptomverschlechterung nach stationärer psychotherapeutischer Behandlung und Rehabilitation. Diese psychisch weitgehend instabilen Versicherten werden in der Regel mit einem geminderten Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und einer Empfehlung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus der Rehabilitation entlassen. Zur Steigerung der erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit psychisch schwer beeinträchtigter Rehabilitanden stehen bisher kaum geeignete Interventionsmaßnahmen zur Verfügung.

Zudem vergeht in der Regel nach einem positiven Grundbescheid auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben sehr viel Zeit (z. T. bis zu sechs Monate und länger), das zu einer weitergehenden Verschlechterung des Befindens der betroffenen Versicherten und zu einer nicht-Inanspruchnahme der beantragten Leistung beiträgt (Sternberg, Bethge, 2019).

Methoden

Mit dem Konzept „Reha-Trail“ steht ein gestuftes Angebot zur weiteren Stabilisierung der psychischen Beeinträchtigungen und gleichzeitiger sukzessiver Steigerung der psychischen und physischen Leistungsfähigkeit zur Verfügung, das an der Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation ansetzt und dazu beitragen kann, das Ausscheiden psychisch und psychosomatisch schwer Erkrankter aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Darin werden im Rahmen von einem dreimonatigem Stabilisierungsprogramm und einem sich daran anschließenden dreimonatigem Trainingsprogramm die berufliche Leistungsfähigkeit der Teilnehmer in einem fördernden und fordernden Umfeld durch eine aktive erwerbsbezogene Rollenübernahme gestärkt. Im Rahmen eines uni-zentrischen Forschungsprojekts wird überprüft, zu welchen Zeitpunkten und in welchem Ausmaß die berufliche Leistungsfähigkeit gesteigert werden können. Mit Hilfe eines mit vier Messzeitpunkten längsschnittlich angelegten quasi-experimentellen Untersuchungsdesigns mit einer Wartekontrollgruppe werden Hinweise darauf gewonnen, inwiefern das Rehabilitationsprogramm „RehaTrail“ zum Erreichen primärer Zielkriterien beitragen kann.

Ergebnisse

Für den Zeitraum der Datenerhebung, der sich von Oktober 2020 bis August 2023 erstreckte, war die Aufnahme von insgesamt pro Interventionsphase N=72 Rehabilitanden für das Versorgungsangebot des Berufsförderungswerks Birkenfeld aufgenommen werden. Insgesamt konnten jedoch für die Stabilisierungsphase N=84 und für die Trainingsphase N=87 Rehabilitanden eine Aufnahme gewährleistet werden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass das Ziel der sukzessiven Leistungssteigerung nach Ende einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bei prognostisch ungünstig erscheinenden Fällen durchaus erreichbar scheint. Erste Analysen weisen darauf hin, dass sich bei nahezu allen teilnehmenden Versicherten nach der Stabilisierungsphase die berufliche Belastbarkeit auf sechs Stunden täglich und nach der Trainingsphase auf acht Stunden täglich aufbauen lässt. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse auf eine deutliche Veränderung in verschiedenen Befindensmaßen hin. Unter anderem zeigt sich im Verlauf der Behandlung eine deutliche Veränderung in der Krankheitsverarbeitung und eine wesentliche Verbesserung in den Aktivitäten und der Partizipation. Die deutliche Steigerung des Selbstwirksamkeitserlebens zeigt sich zudem in einer Veränderung des Belastungserlebens durch Arbeit und der Zunahme der psychosozialen Verstärkerfunktion von Erwerbstätigkeit. Im Rahmen der Ergebnispräsentation sollen zudem Analysen der Wartegruppe sowie katamnestische Ergebnisse vorgestellt werden.

Diskussion und Fazit

Gerade für Versicherte jüngeren Alters ebnet eine unzureichende sozialmedizinische Leistungsfähigkeit am Ende einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme den Weg in die Erwerbsminderungsrente und kann so zu einem sozialen Abstieg sowie einem weiteren psychosozialen Verstärkerverlust, den Erwerbstätigkeit für viele Erwerbstätige beinhaltet,

führen. Damit einhergehend ist eine weitergehende Verschlechterung und Chronifizierung der psychischen Erkrankung der Betroffenen. Maßnahmen zur frühzeitigen Identifikation und Rehabilitation von Erwerbstätigen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sind aktuell populär und scheinen die Verhinderung von Chronifizierungen zu versprechen. Dennoch wird es immer einen bedeutsamen Anteil an Rehabilitanden geben, die mit bereits chronifizierten psychischen Erkrankungen in die Rehabilitation kommen. Für diese Gruppe scheint das Angebot einer medizinisch beruflich-orientierten Rehabilitationsmaßnahme zur sukzessiven Steigerung der beruflichen Belastbarkeit ein geeignetes Instrument zu sein. Katamnestische Ergebnisse werden Hinweise zur Nachhaltigkeit derartiger Programme liefern.

Take-Home-Message

Die Behandlung und Rehabilitation von chronifizierten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bleibt weiterhin eine Herausforderung für Betroffene und Behandler. Instrumente, die den Betroffenen, neben verhaltensmedizinischen und psychotherapeutischen Interventionen, auch die notwendige Zeit zur Wiederherstellung der Belastungsfähigkeit einräumen, sind noch immer die Ausnahme.

Literatur

Reuter et al. (2014): Therapie-Non-Response in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation - Eine systematische Übersicht, PPMP, 60, 121-145.

Sternberg, A., Bethge, M. (2019): Determinanten und Effekte eines Leistungsbeginns bei Antragstellern von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Gesundheitswesen, 80(08/09).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Saarland

Ärztliche Personalsituation in stationären Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Julia Habermann; Deborah Hauser; Dorothee Noeres; Claudia Kirsch

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Laut der Bundesärztekammer steht etwa jede*r fünfte Ärzt*in unmittelbar vor dem Ruhestand. Zudem arbeiten Ärzt*innen zunehmend in Teilzeit und machen weniger Überstunden (Bundesärztekammer, 2022). Von dem zukünftig drohenden Ärzt*innenmangel können auch die stationären Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (im Folgenden Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen) bedroht sein.

Aus diesem Grund wurden in der Studie „Ärztliche Tätigkeit in der stationären Vorsorge und Rehabilitation von Müttern und Vätern mit ihren Kindern“ unter anderem folgende Fragestellungen untersucht:

1. Wie schätzen Klinikleitungen von Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen die ärztliche Personalsituation aktuell und in den kommenden Jahren ein?
2. Wie schwer empfinden es Klinikleitungen neue Ärzt*innen einzustellen und gibt es einen Zusammenhang mit klinikspezifischen Aspekten?
3. Welche Strategien werden verfolgt, um bei Bedarf neue Ärzt*innen für die Einrichtungen anzuwerben und erleichtert der Einsatz vieler Strategien die Einstellung neuer Ärzt*innen?

Methoden

Von 128 Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen in Deutschland beteiligten sich 81 (63,3%) an der schriftlichen Befragung. Die ursprünglich 5-stufig skalierte Variable „Leichtigkeit des Einstellens neuer Ärzt*innen“ wurde in drei Gruppen (sehr leicht/leicht/mittelmäßig, schwer, sehr schwer) unterteilt. Zusätzlich erfolgte eine qualitative Analyse der Freitextangaben zu den Strategien zur Anwerbung neuer Ärzt*innen und eine Zuordnung der Strategien zu sechs Kategorien, um sie anschließend in einem Summenscore zur Anzahl verwendeter Strategien zusammenzufassen. Zusammenhänge zwischen beiden neu gebildeten Variablen wurden mittels Korrelation nach Spearman berechnet, ebenso wurden Zusammenhänge zu weiteren Variablen ermittelt.

Ergebnisse

Mit der aktuellen ärztlichen Personalsituation sind 55,6% der Klinikleitungen (sehr) zufrieden. Im Hinblick auf die kommenden Jahre geben jedoch 90,2% der Klinikleitungen an, dass sie die Personalsituation beschäftigt, 51,9% beschäftigt diese sogar sehr. Selbst von den 45 Klinikleitungen, die aktuell mit der Situation zufrieden sind, machen sich 82,3% ziemlich bis sehr Gedanken über die zukünftige ärztliche Personalsituation in den stationären Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen.

Die Einstellung neuer Ärzt*innen empfinden 13,9% der 72 Klinikleitungen als leicht bis mittelmäßig, 33,3% als schwierig und 52,8% als sehr schwierig. Von keiner Klinikleitung wurde der Prozess als sehr leicht beschrieben. Klinikleitungen aus Einrichtungen ohne Reha- Status fällt es auf Ebene der hier beschriebenen Stichprobe schwerer neue Ärzt*innen einzustellen (bspw. Kategorie sehr schwer: 60% ohne Reha-Status zu 43,8% mit Reha- Status, rs=-.173, p=.146). Gleiches gilt für Einrichtungen, in denen eine geringere Anzahl von Ärzt*innen – unabhängig von Festanstellung oder Honorartätigkeit – beschäftigt ist (rs=-.245, p=.038). Sind bereits Stellenanteile in der Einrichtung unbesetzt (rs=.265, p=.038) und fällt der Zeitraum bis zur Neubesetzung einer Stelle länger aus (rs=.596, p= < .001), wird auch die Einstellung neuer Ärzt*innen als schwieriger bewertet.

Die Strategien zur Gewinnung neuer Ärzt*innen, über die 66 Klinikleitungen berichteten, werden unterschiedlich häufig genutzt: Stellenanzeigen (53,0%), die Nutzung von Netzwerken (53,0%), die Verbesserung und Flexibilisierung von Arbeitszeitmodellen (16,7%), arbeitsbezogene Benefits (12,1%), der Einsatz von Headhunter*innen/Personalvermittlung (10,6%) sowie sonstige Strategien (15,2%). Am häufigsten wird nur eine der Strategien berichtet (51,5%), drei Klinikleitungen erwähnen aber auch vier (4,5%) (M=1,6, SD=.762). Dabei zeigt sich, dass ein vielfältigerer Einsatz von Strategien nicht dazu führt, dass Klinikleitungen die Neubesetzung von Ärzt*innen als leichter wahrnehmen (rs=-.031, p=.813), es jedoch auf Stichprobenebene zu einer schnelleren Neubesetzung von ärztlichen Stellen kommt (rs=-,198, p=.192). Die drei Kliniken, die vier unterschiedliche Strategien kombinieren, empfinden alle die Einstellung neuer Ärzt*innen als sehr schwer.

Diskussion und Fazit

Die Gewinnung ärztlichen Personals sehen Klinkleitungen bereits jetzt als schwierig an und sie rechnen mit einer zukünftigen Verschlimmerung. Vergleichsweise noch schwieriger empfinden dies Klinikleitungen, deren Einrichtung keinen Reha-Status und nur ein kleines ärztliches Team aufweist. Genutzt werden verschiedene Strategien zur Personalgewinnung, wobei die Kombination mehrer Strategien zu keiner Erleichterung der Neubesetzungen führt.

Diese Ergebnisse bieten nur einen kleinen Einblick in die ärztliche Personalsituation in den Kliniken und die Herausfoderungen im Finden neuen ärztlichen Personals, sodass weitere Auswertungen und Forschungen notwendig sind. Gleichwohl zeigen die Resultate, dass trotz des Engagements der Klinikleitungen die Einstellung neuer Ärzt*innen herausfordernd bleibt. Daher ist zu überlegen, wie Klinikleitungen unterstützt werden können, damit die Qualität ihres Versorgungsangebots auch in Zukunft gewahrt bleiben kann.

Take-Home-Message

Bereits heute spiegelt sich der drohende Ärzt*innenmangel in stationären Mutter-/Vater-Kind- Einrichtungen in der Schwierigkeit neue Ärzt*innen einzustellen – trotz der Nutzung vielfältiger Strategien zur Gewinnung ärztlichen Personals – wider.

Literatur

Bundesärztekammer, (2022): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2021 – Wenn ein leichter Zuwachs in den Mangel führt. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2021 [letzter Zugriff: 25.10.2023].

Interessenkonflikt: Die wissenschaftliche Arbeit im Forschungsverbund Familiengesundheit wird durch Kliniken finanziert, die Untersuchungsobjekt des Artikels sind.

Förderung: Die Autorinnen der Studie sind im Forschungsverbund Familiengesundheit angestellt. Es handelt sich bei diesem um einen Zusammenschluss eines wissenschaftlichen Teams und 29 stationären Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge-/Rehabilitationskliniken. Die wissenschaftliche Arbeit wird durch diese Kliniken finanziert. Die Kliniken waren in die Konzeption, Auswertung und Erstellung des Papers nicht einbezogen.

Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL): Nutzung und Kodierungsverhalten in den Jahren 2019–2022

Rainer Kaluscha[1]; Markus Thiede[2]; Angela Kranzmann[2]; Anke Mitschele[2]

[1] Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm;
[2] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) dient der Darstellung des therapeutischen Geschehens in den Rehabilitationseinrichtungen und ist eine wichtige Grundlage für die Qualitätssicherung in der Rehabilitation, insbesondere zur Ausgestaltung der Leistungen in den Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung. Anlässlich der laufenden Überarbeitung der KTL-Version 2015 (Deutsche Rentenversicherung, 2015) erfolgt neben einer Anwenderbefragung auch eine Analyse der bisherigen Nutzung, um ggfs. Veränderungsbedarfe zu erkennen.

Methoden

Datengrundlage waren anonymisierte KTL-Daten zu 3.073.400 Rehabilitationsmaßnahmen der Jahre 2019 – 2022 aus allen 3.274 Fachabteilungen , d.h. es gab keine Ausschlüsse bei vorzeitig beendeten Maßnahmen oder bei Fachabteilungen mit geringen Fallzahlen.

Untersucht wurde u.a. die Nutzungshäufigkeit der einzelnen KTL-Kodes. Denn bei einer guten Klassifikation sollte die Anzahl der Kategorien überschaubar sein und jede Kategorie auch genutzt werden (Gaus, 2005).

Ferner wurde die Anzahl KTL-Kodes pro Reha-Maßnahme sowie die Verteilung der Therapiedauern analysiert.

Ergebnisse

Alle 472 KTL-Kodes aus der Ausgabe 2015 werden in der Praxis benutzt – allerdings mit stark unterschiedlicher Intensität (vgl. Tab. 1). Während eine allgemeine Leistung wie „ärztliche Beratung zu Krankheit und Therapie“ als Einzelgespräch von mind. 15 Minuten Dauer in 80,7% der 3.274 Reha-Fachabteilungen genutzt wird, sind es bei fach- und erkrankungsspezifischen Leistungen wie der „psychodynamischen Psychotherapie bei Zwängen“ gerade noch vier Fachabteilungen, die diesen Kode verwenden.

Die Anzahl unterschiedlicher KTL-Kodes (vierstellig) schwankt pro Rehabilitationsmaßnahme zwischen eins und dem technischen Maximum von 75, das lediglich in einem Fall erreicht wurde. Der Median beträgt 27 Nennungen mit einem Interquartilsabstand von 22 – 31.

Bei den Zeitdauern gibt es erwartungsgemäß Häufungen bei den üblichen Werten von 30 und 60 Minuten, die bei 32% bzw. 23,4% der Therapietermine zu beobachten waren, gefolgt von 15, 45 und 90 Minuten mit Anteilen von 15,7%, 9,3% bzw. 3,7%. Längere Leistungen jenseits von 90 Minuten Dauer sind mit insgesamt ca. 1,5% selten.

Tab. 1: KTL-Kodes 2015

		Anzahl			
KTL-Kode 2015	**Bezeichnung der Leistung**	**Maß-nahmen**	**Therapien**	**Therapie-minuten**	**Fach-abt.**
Die häufigsten Leistungen					
C552	Ärztliche Beratung zu Krankheit und Therapie (einzeln)	2.287.819	7.745.638	163.941.765	2.643
A552	Ausdauertraining ohne Monitoring (Gruppe)	2.182.544	25.281.392	907.406.925	2.422
M590	Ernährungsberatung (einzeln)	892.156	1.513.457	41.182.775	2.301
D552	Sozialrechtliche Beratung (einzeln)	1.035.028	1.661.564	41.953.680	2.263
A561	Muskelkrafttraining an Krafttrainingsgeräten (Gruppe)	2.163.675	21.810.961	929.560.525	2.222
F612	Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson in der Gruppe	1.532.801	7.660.855	294.715.155	2.189
K562	Lokale Wärmebehandlung einzeln	1.546.362	10.252.210	256.225.910	2.165
C551	Ärztliche sozialmedizinische Beratung (einzeln)	1.432.984	2.937.280	62.718.385	2.146
M600	Ernährungsberatung (Gruppe)	1.173.568	2.097.116	106.702.045	2.099
K620	Klassische Massage (einzeln)	1.047.448	4.757.480	110.828.900	2.070
D573	Beratung zu Nachsorgeangeboten, Selbsthilfegruppen und externen Beratungsstellen	1.289.666	1.618.157	33.195.545	2.050
Die seltensten Leistungen					
B581	Physiotherapeutische Behandlung im Bewegungsbad (einzeln): Atemwegskrankheiten	80	336	9.950	8
F694	Theatertherapie (Kleingruppe)	155	326	26.160	8
E810	Hörtraining (Kleingruppe)	177	208	8.010	7
B591	Physiotherapeutische Behandlung im Bewegungsbad (Kleingruppe): Atemwegskrankheiten	23	120	3.750	5
G584	Psychotherapie psychodynamisch als indikative Gruppe: Zwänge	19	31	2.305	4

Diskussion und Fazit

Schon ein Blick auf die ersten zehn Plätze zeigt, dass die KTL-Kodierungen das breit gefächerte Therapieangebot in der Rehabilitation gut widerspiegeln. Dazu gehören

Bewegungstherapie, diverse Beratungsleistungen, physikalische Therapie und Entspannungstraining.

Aus dem Bereich Rehabilitandenschulungen folgen die Leistungskategorien „C613: Vortrag Medizinische Rehabilitation“ (1.939 Fachabteilungen) und „C632: Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Gesunde Ernährung“ (1.741 Fachabteilungen) erst weiter hinten. Da die Rehabilitandenschulungen in der KTL stärker inhaltlich differenziert sind, entfallen auf die einzelnen fachspezifischen Schulungen naturgemäß weniger Nennungen. Allerdings wäre bei den beiden genannten Leistungen angesichts ihrer grundlegenden Inhalte eigentlich ein höherer Verbreitungsgrad in den Einrichtungen bzw. Fachabteilungen zu erwarten.

Angemerkt sei noch, dass selten genutzte Kodes nicht notwendigerweise überflüssig sind. Schließlich soll jede in der Rehabilitation therapeutisch relevante Leistung adäquat abgebildet werden können.

Take-Home-Message

Ein Blick in die bisherige Dokumentationspraxis der KTL 2015 ergab zwar keine Auffälligkeiten, die unmittelbar Veränderungen erforderlich machen würden, kann aber dennoch Impulse zur Weiterentwicklung der KTL geben.

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.

Interessenkonflikt: Rainer Kaluscha ist Auftragnehmer für die KTL-Überarbeitung, Markus Thiede, Anke Mitschele und Angela Kranzmann sind Auftraggeber

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Neuauflage des Peer-Review-Verfahrens zur Qualitätssicherung von Durchgangsarztberichten der DGUV: Einfluss veränderter Rahmenbedingungen auf die Ergebnisse

Liesa Steidle[1]; Daniel Szczotkowski[1]; Bianca Biedenweg[1]; Carolin Neik[1]; Marion Wittwer[2]; Ute Polak[2]; Thomas Kohlmann[1]

[1] Universitätsmedizin Greifswald; [2] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.

Hintergrund und Zielstellung

Zur Erfassung und Verbesserung der Berichtsqualität im Rahmen ihrer Qualitätssicherung führte die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) im Jahr 2018 erstmals ein bundesweites Peer-Review-Verfahren für Durchgangsarztberichte (D-Berichte) der Besonderen Heilbehandlung durch (Szczotkowski et al., 2021). Dabei wurden 30 D-Berichte

pro Leistungserbringer mittels einer validierten Checkliste auf Vollständigkeit und Schlüssigkeit der dokumentierten Angaben beurteilt. Als Peers kamen Fachkolleg*innen mit langjähriger durchgangsärztlicher Erfahrung zum Einsatz.

Anfang 2021 wurde das Peer Review unter leicht veränderten Rahmenbedingungen erneut aufgelegt. Der erste von insgesamt drei Durchgängen dieser Neuauflage wurde Ende 2022 abgeschlossen. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, welchen Einfluss die Veränderungen auf die Berichtsbewertungen haben.

Methoden

Wie bereits 2018 wurden den Peers auch im Durchgang 2022 anonymisierte D-Berichte über eine Webanwendung zufallsverteilt zur Bewertung vorgelegt. Die Beurteilung erfolgte in neun Beurteilungskategorien mit dichotomem Antwortformat und durch eine abschließende Gesamtbewertung.

Anders als 2018, erhielten die Beurteilenden 2022 eine erweiterte multimodale Schulung, um sie noch intensiver auf Ihre Tätigkeit vorzubereiten (Biedenweg, Szczotkowski, 2022; siehe Tab. 1).

Tab. 1: Elemente der Schulungsmaßnahmen 2018 und 2022

Schulungs-maßnahme	Bearbeitungs-umfang	Lernerfolgskontrolle	Inhalt
Manual	ca. 1,5h	keine	• Vermittlung konsentierter, einheitlicher Kriterien zur Beurteilung von D-Berichten • Vorstellung der Webanwendung (C-DAB)
NEU 2022: Interaktiver Fragenkatalog	ca. 0,5 – 1h	*Hauptbefragung:* Erreichen von mind. 18Pkt. *Nachbefragung:* Erreichen von mind. 4 Pkt.	• Überprüfung und Anwendung des theoretischen Wissens aus dem Manual • Bewertung ausgewählter Fälle anhand der Checklistenkriterien (Hauptbefragung: 25 Fragen, Nachbefragung: 8 Fragen)
NEU 2022: Online-Schulung	ca. 1h	keine	• Impulsvorträge zum Peer-Review-Verfahren und zur Anwendung der Webanwendung • Diskussion von Fehlerquellen aus dem Interaktiven Fragenkatalog
Trainings-berichte	ca. 15 – 30min 5-10min/Bericht	direkte Rückmeldung an den Peer in den Webanwendung	• erstmaliges eigenständiges Arbeiten in der Webanwendung • Bewertung von drei vollständigen Trainingsberichten
NEU 2022: Optionales Angebot Jour Fixe und eigens erstellte Webseite mit weiterführenden Informationsmaterialien			

Durch eine im Jahr 2018 erfolgte Aktualisierung des Formulars für D-Berichte (F1000) ergaben sich für das aktuelle Peer-Review einige Anpassungen an der eingesetzten Checkliste. So wurde beispielsweise der „Unfallort“ als eigenes Freitextfeld aus den „Angaben zur versicherten Person“ herausgelöst.

Im Jahr 2018 wurden Leistungserbringer aus dem niedergelassenen Bereich (NG) sowie dem Bereich der Kliniken, die am Schwerstverletzungsartenverfahren teilnehmen (SAV), evaluiert. 2022 hingegen lag der Fokus auf dem stationären Bereich (einschließlich SAV). Zudem wurde eine kleine Gruppe von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich erstmalig (Neuzulassung) oder erneut (Auffälligkeiten in 2018) beurteilt. Ein zeitlicher Vergleich auf Leistungserbringerebene ist daher für den niedergelassenen und den SAV-Bereich möglich.

Bei Vorliegen von mindestens 25 Bewertungen erhielten die Leistungserbringer einen individuellen Qualitätsbericht. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Ebene dieser Qualitätsberichte.

Tab. 2: Ergebnisse der Durchgänge 2018 und 2022 im Vergleich.

	Erhebung 2018	Erhebung 2022
NIEDERGELASSENER BEREICH		
evaluierte Leistungserbringer [N]	**849**	**56**
Beurteilungskategorien („kein Mangel/Mangel“)		
Mangelquote [%]		
Angaben zum Unfall	**30**	**33**
Klinische Befunde	**26**	**36**
Entscheidung der Bildgebung	**8**	**12**
Ergebnis der Bildgebung	**13**	**14**
Erstdiagnose	**15**	**20**
Erstversorgung	**13**	**16**
Annahme eines Arbeitsunfalls	**7**	**9**
Art der Heilbehandlung	**21**	**27**
Klassifikation der Verletzung	**7**	**2**
Gesamtbewertung [1="sehr gut, 6=“ungenügend"]		
Mittelwert	**2,7**	**2,8**
Standardabweichung	**0,44**	**0,51**
Interrater-Reliabilität		
Mittlere Prozentuale Überstimmung [%]	**81**	**82**
Finn-Koeffizient der Gesamtbewertung	**0,49**	**0,53**
KLINIKEN MIT ZULASSUNG ZUM SAV		
evaluierte Leistungserbringer [N]	**108**	**114**
Beurteilungskategorien („kein Mangel/Mangel“)		
Mangelquote [%]		
Angaben zum Unfall	**39**	**35**
Klinische Befunde	**12**	**20**
Entscheidung der Bildgebung	**4**	**6**
Ergebnis der Bildgebung	**15**	**15**
Erstdiagnose	**14**	**13**
Erstversorgung	**11**	**12**
Annahme eines Arbeitsunfalls	**15**	**10**
Art der Heilbehandlung	**11**	**10**
Klassifikation der Verletzung	**13**	**11**
Gesamtbewertung [1="sehr gut, 6=“ungenügend"]		
Mittelwert	**2,5**	**2,5**
Standardabweichung	**0,35**	**0,40**
Interrater-Reliabilität		
Mittlere Prozentuale Überstimmung [%]	**77**	**80**
Finn-Koeffizient	**0,46**	**0,52**

Ergebnisse

Für die Erhebung 2018 beurteilten 82 Peers insgesamt 30.384 D-Berichte von 1.073 Leistungserbringern. In der Erhebung 2022 waren 91 Peers tätig und bewerteten 30.489 D- Berichte von 1.021 Leistungserbringern.

Im Vergleich zum Peer Review 2018 zeigen sich 2022 bei der Peer-Bewertung keine bis leichte Verschlechterungen in den einzelnen Beurteilungskategorien sowie bei der Gesamtbewertung (NG: - 0,1 Punkte, SAV: ± 0 Punkt, siehe Tab. 2).

In beiden Erhebungen wurde eine Bestimmung der Interrater-Reliabilität durchgeführt. Es wurde die Prozentuale Übereinstimmung in den neun Beurteilungskategorien sowie der Finn- Koeffizient für die Gesamtbewertung ermittelt. Zu beiden Erhebungszeitpunkten konnte eine moderate bis gute Interrater-Reliabilität erzielt werden (siehe Tab. 2). In der Erhebung 2022 kann in beiden Leistungserbringerbereichen sogar eine leichte Verbesserung sowohl der Mittleren Prozentualen Übereinstimmung über alle Kategorien (NG: + 1 Prozentpunkt, SAV: + 3 Prozentpunkte), als auch des Finn-Koeffizienten (NG: + 0,04 Punkte, SAV: + 0,06 Punkte) beobachtet werden.

Diskussion und Fazit

Im Hinblick auf die Ergebnisse lassen sich trotz angepasster Rahmenbedingungen vorerst keine gravierenden Veränderungen im Jahresvergleich feststellen (unverändert bis leicht schlechtere Ergebnisse bei der Mängel- und Gesamtbewertung). Obgleich leichte Verbesserungen in der Beurteilerübereinstimmung zu erkennen sind, ist nicht unweigerlich von einer gesunkenen Berichtsqualität auszugehen.

Neben den Anpassungen des F1000 spielt auch die Größe und Zusammensetzung der evaluierten Gruppen eine Rolle. Durch die Stilllegung oder Eröffnung von Arztsitzen sowie Personalwechseln innerhalb von Gemeinschaftspraxen oder Kliniken ist eine grundsätzliche leichte Variabilität der Gruppengröße und -zusammensetzung gegeben. Die Gruppengröße der Leistungserbringer im niedergelassenen Bereich unterscheidet sich darüber hinaus stark zwischen den Durchgängen, da 2022 nur eine kleine Untergruppe analysiert wurde. Zudem können die erweiterten Schulungsmaßnahmen zu einem strengeren Beurteilungsverhalten der Peers geführt haben.

Abschließende Erkenntnisse bezüglich der Wirksamkeit des Verfahrens können erst mit Auswertung der noch geplanten Durchgänge gewonnen werden. Insbesondere für den SAV- Bereich herrschen zwischen dem ersten und dem dritten Durchgang weitgehend konstante Rahmenbedingungen, sodass sich der Effekt des Peer-Reviews bestmöglich quantifizieren lassen wird.

Take-Home-Message

Um die Vorteilhaftigkeit des Peer-Review-Verfahrens über die Zeit zu bewerten, sollten Evaluationsgegenstand (Leistungserbringer) sowie Evaluationsinstrument (Checkliste, Peers) über den Projektzeitraum so konstant wie möglich gehalten werden.

Literatur

Biedenweg, B., Szczotkowski, D.: Entwicklung, Implementierung und Evaluation einer multimodalen Peer-Schulung im Rahmen des Projektes „Qualitätssicherungsverfahren für Durchgangsarztberichte“ der DGUV (Posterbeitrag) 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium; 2022 März 09; Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. In: DRV- Schriftenreihe. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 332-334.

Szczotkowski, D., Neik, C. Polak, U. Wittwer, M. Kohlmann, T. (2021): Evaluation der Durchgangsarztberichte in der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Methodik und Ergebnisse eines Peer-Review-Verfahrens. Unfallchirurg 2021 · 124:48–58.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Neue Qualitätskriterien für die Patientenschulung – Ergebnisse eines mehrstufigen Delphi-Prozesses

Andrea Reusch[1]; Heiner Vogel[2]; Ulrike Worringen[3]; Petra Becker[4]; Silke Neuderth[5]; Robert Jaeschke[6]; Roland Küffner[1]

[1] Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung e.V.;
[2] Universitätsklinikum Würzburg; [3] Deutsche Rentenversicherung Bund;
[4] Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG;
[5] Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt;
[6] Waldburg-Zeil Kliniken, Fachkliniken Wangen

Hintergrund und Zielstellung

Für Patientenschulungen wurden im Jahr 2007 eine indikationsübergreifende Definition, Bestimmungsstücke und zusätzliche Qualitätsmerkmale über einen Delphi-Prozess erarbeitet und publiziert (Ströbl et al., 2007). In der Folge dienten diese für Forschung und Praxis zur Standardisierung von Schulungsprogrammen und sie waren für die Leistungsträger nützlich, um Qualitätsstandards zu definieren (z. B. im Rahmen der KTL; DRV, 2015). Neue Theorien, Evidenzen zu therapeutischen Strategien und patientenorientierten Methoden sowie Veränderungen in der Praxis (z. B. Digitalisierung) legten jedoch nahe, die Qualitätskriterien zu aktualisieren und zu erweitern.

Methoden

Das Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung (ZePG) hat deshalb im 1. Halbjahr 2023 über einen mehrstufigen Delphi-Prozess die Qualitätskriterien aktualisiert. Dazu wurden Expert:innen aus 10 Fachgesellschaften, 10 Berufsverbänden, 5 Selbsthilfevereinigungen und dem ZePG-Netzwerk zur Teilnahme aufgerufen. 50 Personen haben sich zur Teilnahme bereit erklärt (aus 5 Fachverbänden, 8 Berufsverbänden, 5 Selbsthilfevertretungen und weitere Expert:innen).

Die bisherigen Kriterien wurden mit neuer Evidenz abgeglichen und im ZePG-Vorstand diskutiert. Eine Version 1 neuer Qualitätskriterien wurde den Delphi-Expert:innen (N = 50) online zur Bewertung vorgelegt. Der Online-Fragebogen erfasste quantitativ das Ausmaß der

Zustimmung zu jedem der 50 Qualitätsaspekte auf einer 4-stufigen Likert-Skala. Zudem konnten zu jedem Aspekt offene Angaben gemacht werden. Der Rücklauf betrug 86 % (n = 43). Gemäß dem Regelwerk strukturierter Konsensfindung (AWMF, 2023) wurde ein Konsens ab 75%iger Zustimmung definiert. Die Ergebnisse und alle offenen Anmerkungen und Alternativvorschläge wurden im ZePG-Vorstand diskutiert. Durch Streichung, Umformulierung oder Umsortierung etlicher Qualitätsaspekte konnte eine Version 2 der Qualitätskriterien erstellt werden. Die erste Version inklusive der quantitativen Ergebnisse aus der ersten Befragungsrunde wurden allen Delphi-Expert:innen der 1. Runde (N = 43) wieder vorgelegt. Zudem erhielten sie alle Änderungsvorschläge der Version 2 zur erneuten Abstimmung. Der Rücklauf der 2. Runde betrug 58 % (n = 25). Die Ergebnisse wurden in einer 3. ZePG-Vorstandsitzung abschließend diskutiert und eine Endversion der Qualitätskriterien erstellt. Der Delphi-Prozess ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abb. 1: Delphi-Prozess

Ergebnisse

Zu vielen der 50 Qualitätsaspekte wurde bereits in der 1. Delphi-Runde ein Konsens erzielt, wobei offene Anmerkungen genutzt wurden, um die Kriterien präziser zu formulieren.

Die neuen Kriterien bestehen, wie bisher, aus drei Teilen: Teil A. Definition und Ziel der Patientenschulung. Teil B. Qualitätskriterien, die eine Schulung erfüllen sollte. Teil C. Zusätzliche Qualitätsmerkmale, die eine Schulung verbessern könnten.

Erwähnenswert sind insbesondere die folgenden Neuerungen: In der Definition werden nun neben Gruppenprogrammen auch individuelle Schulungen zur Patientenschulung gezählt. Diese sollen auch im Einzelsetting geplant, von qualifiziertem Personal und zielorientiert durchgeführt werden und grenzen sich daher von individuellen ad-hoc Beratungen ab. Übergeordnetes Ziel ist der Aufbau von Gesundheitskompetenzen, welche die Grundlage für weitere Ziele sind. Neue Qualitätskriterien umfassen die Theorie- und Evidenzbasierung der Schulung, die über Lehrziele definiert und an den Bedürfnissen der Teilnehmenden orientiert ist. Zu den Formaten zählen nun auch die digitale Durchführung und Einzel-Angebote. Lehrziele, Inhalte und Methoden sollen aufeinander abgestimmt sein und die Schulung modular und flexibel aufgebaut werden. An zusätzlichen Qualitätsmerkmalen wurden die strukturelle Verankerung und die Vernetzung mit anderen Angeboten ergänzt.

Diskussion und Fazit

Die neuen ZePG-Qualitätskriterien können in Forschung, Praxis und Qualitätsmanagement eine Orientierung zur Entwicklung, Durchführung und Bewertung von Schulungsprogrammen geben und setzen damit einen neuen Standard.

Take-Home-Message

Die neuen Qualitätskriterien der Patientenschulung sind online abrufbar unter: zepg.de/wissenschaftlicher-hintergrund/zepg-qualitaetskriterien-der-patientenschulung/.

Literatur

AWMF, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, (2023): Regelwerk Strukturierte Konsensfindung. URL: https://www.awmf.org/regelwerk/strukturierte-konsensfindung, Abruf: 5.10.2023.

Deutsche Rentenversicherung (2015): Klassifikation therapeutischer Leistungen – KTL 2015. Berlin: DRV Bund.

Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H. & Faller, H. (2007): Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 20 (1). 11-14.

Unterschiede und Ähnlichkeiten in den Patientenkollektiven der Reha-Qualitätssicherungssysteme von DRV und GKV

Eva Maria Bitzer[1]; Max Hassenstein[2]; Annika Hambrecht[1]; Gwendolyn Schmitt[1]; Edith Andres[2]; Sophie Janzen[2]; Elena Dreher[3]; Simone Telenga[1]; Erik Farin-Glattacker[3]; Björn Broge[2]

[1] Pädagogische Hochschule Freiburg;
[2] aQua - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH; [3] Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland existieren für die externe Qualitätssicherung (QS) in der medizinischen Rehabilitation zwei Verfahren: die Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung (DRV) (DRV, 2023) und QS-Reha® der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (GKV-SV (2023). Beide Verfahren basieren auf wissenschaftlichen Grundlagen und erkennen sich gegenseitig an (GKV-Spitzenverband, Deutsche Rentenversicherung Bund, 2013). Beide Verfahren sind der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verpflichtet, berücksichtigen Spezifika von Indikationsbereichen und führen für faire Einrichtungsvergleiche eine Risikoadjustierung durch. Aufgrund des unterschiedlichen gesetzlichen Auftrags mit dem DRV und GKV eine medizinische Rehabilitation durchführen (DRV: Reha vor Rente; GKV: Reha vor Pflege), ist anzunehmen, dass sich das Patientengut in bestimmten, ggf. für die Ergebnisqualität relevanten Merkmalen unterscheidet, selbst innerhalb von vergleichbaren Indikationsbereichen. In der vorliegenden Studie prüfen wir, inwiefern diese Annahme zutrifft und welche, v.a methodischen Konsequenzen sich ggf. daraus für trägerübergreifende Einrichtungsvergleiche ergeben.

Methoden

Die empirische Basis für unsere Untersuchung sind von DRV und GKV zur Verfügung gestellte Stichproben aus den Indikationsbereichen Orthopädie/Muskuloskelettale Erkrankungen (MSK), Neurologie und Psychosomatik. Die Daten der DRV beinhalten Angaben zur gesamten zwischen 10/2020 und 09/2021 befragten Rehabilitandenschaft, die GKV-Daten umfassen die Daten der im 4. Zyklus von QS-Reha® zwischen 08/2021 bis 11/2022 durchgeführten Patientenbefragung. Der Vergleich der Patientenkollektive erfolgt in Bezug auf zentrale, für die Risikoadjustierung relevante soziodemographische Charakteristika sowie das Erkrankungsspektrum (Haupt- und Nebendiagnosen) anhand von absoluten und relativen Häufigkeiten sowie Ergebnisse der durchgeführten Signifikanztests (Chi- Quadrat- Test).

Ergebnisse

Wir stellen hier aus Platzgründen nur Ergebnisse für den Indikationsbereich MSK vor. Die Stichprobe der DRV umfasst n=34 025 Personen, die der GKV n=13 192 Personen.

Tab. 1: Ausgewählte Charakteristika der Patientenkollektive in der Reha-Qualitätssicherung von DRV und GKV

Merkmal		DRV (%) (n=34 025)	GKV (%) (n=13 192)	Signifikanz
Alter (Jahre, MW)		55,3	72,6	
Geschlecht = männlich		48,7	34,7	p < 0.001
Bildungsabschluss Ohne Hauptschule Mittlere Reife (Fach-)Abitur		 3,1 36,3 42,0 18,6	 1,2 48,2 46,0 4,6	p < 0.001
Partnerschaft = ja		78,7	61,4	p < 0.001
Art der Behandlung Allgemeine Reha Anschluss-Reha (AHB) Sonstige		 46,5 37,3 16,2	 15,7 83,9 0,4	p < 0.001
Hauptdiagnosen (ICD-10 3-stellig)	M54 M17 M16 M51 M53 Andere	20,7 14,2 10,7 10,3 5,7 38,4	M17 M16 Z96 M48 S72 Andere	27,9 25,3 9,6 5,1 5,0 27,1
Nebendiagnose = Essenzielle Hypertonie		9,4	17,3	

Anmerkungen: M16 Koxarthrose; M17 Gonarthrose; M48 Sonstige Spondylopathien; M51 Sonstige Bandscheibenschäden; M54: Rückenschmerzen; M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens; S72 Fraktur des Femurs; Z96 Vorhandensein v. anderen funktionellen Implantaten

Tab. 1 verdeutlicht für den Indikationsbereich MSK annahmegemäß, dass sich die Patientenkollektive von DRV und GKV substanziell und statistisch signifikant in Bezug auf

zentrale soziodemographische Merkmale (u.a. Alter, Geschlecht, Bildungsgrad) unterscheiden. Das DRV-Kollektiv ist im Vergleich zum GKV-Kollektiv jünger, ist formal höher gebildet und zu einem höheren Anteil männlichen Geschlechts. Darüber hinaus bestehen auch substanzielle Unterschiede in Bezug auf die Hauptdiagnose und den Anteil an AHB. Das DRV-Kollektiv befindet sich zu 36,7 % wegen Rückenschmerzen in Rehabilitation (ICD: M51, M53, M54) und zu 21 % wegen Arthrose am Hüft- bzw. Kniegelenk (und vorausgegangenem künstlichen Gelenkersatz). Im GKV-Kollektiv besitzen Gon- und Koxarthrose mit 62,8 % eine ungleich größere Bedeutung (ICD: M16, M17, Z96), dagegen tauchen Rückenschmerzen gar nicht unter den häufigsten Diagnosen auf. In den beiden anderen hier nicht dargestellten Indikationsbereichen treten ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Kollektiven zu tage.

Diskussion und Fazit

Im Indikationsbereich MSK unterscheiden sich die Patientenkollektive der DRV und GKV insbesondere hinsichtlich ihres Alters sowie des Diagnosespektrums. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen sozi-alrechtlich verankerten Zielsetzung sind diese Ergebnisse plausibel. Die deutlichen Unterschiede in Bezug auf das Bildungsniveau sind nach unserer Einschätzung in erster Linie bedingt durch sog. Kohorten-effekte: früher geborene Kohorten haben niedrigere Bildungsabschlüsse als später geborene. Unabhängig davon, dass man die Unterschiede gut begründen kann, sind sie von großer Relevanz, möchte man Qualitätsergebnisse von Fachabteilungen, die entweder am DRV- oder am GKV-Verfahren teilnehmen, miteinander vergleichen.

Take-Home-Message

Die Patientenkollektive in der QS von DRV und GKV unterscheiden sich in verschiedenen, auch für die Qualitätsbewertung relevanten Merkmalen, die zwar durch die unterschiedlichen Zielsetzungen der Rehabilitationssysteme erklärbar sind, die methodischen Anforderung an faire systemübergreifende Einrichtungsvergleiche aber erhöhen.

Literatur

DRV (2023): Webportal Meine Rehabilitation | Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de) Zugegriffen: 30.10.2023.

GKV-SV (2023): QS-Reha® - GKV-QS-Reha. Zugegriffen: 30.10.2023

GKV-Spitzenverband, Deutsche Rentenversicherung Bund, (2013) Gemeinsame Vereinbarung über die weitere Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation. https://qs-reha.de/media/dokumente/gesetze_und_richtlinien/Anlage_Vereinbarung_Zusammenarbeit_GKV_und_DRV_QS_Reha_Okt_2013.pdf. Zugegriffen: 30.10.2023.

Interessenkonflikt: Teil der Unabhängigen Auswertungsstelle nach §137d

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund, GKV-Spitzenverband

Ergebnisse einer Fokusgruppe zur Berücksichtigung der ICF-Kontextfaktoren in der sozialmedizinischen Begutachtung

Judith Gartmann; Christoph Egen; Christian Sturm; Andrea Bökel

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

In der sozialmedizinischen Begutachtung wird vermehrt auf Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Standardisierung in den Gutachten auf Erwerbsminderungsrente (EMR) hingewiesen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2004; Tittor et al., 2000). Ebenso wird die Anwendung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) empfohlen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018). Dabei sollen auch die ICF-Kontextfaktoren berücksichtigt werden. Diese beschreiben personbezogene und Umweltfaktoren, welche Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen, und somit auch seine Teilhabe am Erwerbsleben haben (Cibis, 2013). Vor diesem Hintergrund kann die Anwendung der ICF- Kontextfaktoren in der sozialmedizinischen Begutachtung die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe oder die Gewährung einer EMR beeinflussen.

Im Rahmen der Studie Kombi-EMR wurde die Anwendung der ICF-Kontextfaktoren in sozialmedizinischen Gutachten auf EMR bei muskuloskelettalen Erkrankungen analysiert. Zusätzlich beurteilten Expert:innen aus dem Gesundheitswesen die Relevanz dieser ICF- Kontextfaktoren für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente.

Ziel der Fokusgruppe war es, die Diskrepanz zwischen identifizierten bzw. nicht identifizierten ICF-Kontextfaktoren in den sozialmedizinischen Gutachten und deren Relevanz unter Expert:innen, besser zu verstehen.

Methoden

Es wurde eine Fokusgruppe mit Expert:innen aus dem Gesundheitswesen in Präsenz durchgeführt. Die Auswertung des Transkriptes erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz, 2016).

Ergebnisse

Die vier Teilnehmenden betonten die Bedeutung von ICF-Kontextfaktoren für die sozialmedizinische Begutachtung. Gleichzeitig identifizierten sie Barrieren und Förderfaktoren für die Dokumentation von ICF-Kontextfaktoren in der sozialmedizinischen Begutachtung. Zeitmanagement, Kenntnisse und die Überzeugung bzgl. der ICF- Kontextfaktoren unter den Begutachtenden stellen aktuell Barrieren für die Dokumentation von ICF-Kontextfaktoren in der sozialmedizinischen Begutachtung dar. Mit Maßnahmen, die diese Barrieren reduzieren, kann die Anwendbarkeit der ICF- Kontextfaktoren verbessert werden. Auch die Nutzung spezieller Fragenkataloge oder vorab geschalteter Screenings können unterstützend wirken.

Diskussion und Fazit

Die Vorschläge der Teilnehmenden sind eine Grundlage für die optimierte Anwendung der ICF-Kontextfaktoren in der sozialmedizinischen Begutachtung auf EMR bei muskuloskelettaler Erkrankung. Die ICF und ihre Kontextfaktoren können präsenter in Leitlinien der Begutachtung bei muskuloskelettalen Erkrankungen, einschlägiger Fachliteratur sowie in sozialmedizinischen Schulungen implementiert werden, um das Bewusstsein der Bedeutung unter den begutachtenden zu schaffen. Mit praktikablen Checklisten und angepasstem Zeitmanagement, kann durch die Dokumentation von ICF-Kontextfaktoren langfristig eine gezieltere Planung von Teilhabeleistungen für die Antragstellenden gewährleistet werden.

Take-Home-Message

Die ICF-Kontextfaktoren in der sozialmedizinischen Begutachtung auf EMR sind bedeutsam für die Gewährung einer EMR. Ihre Anwendung kann durch gezieltes Bewusstsein unter den Begutachtenden und angepasstes Zeit- oder Personalmanagement verstärkt werden.

Literatur

Cibis, W. (2013): Kontextfaktoren - Bedeutung für die Begutachtung - "Risiken und Nebenwirkungen der ICF". Med Sach 109, 108-112.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2004): Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO). DRV-Schriften, Band 5. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2018): Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung. Hinweise zur Begutachtung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Kuckartz, U. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz.

Tittor, W., Lux, A. (2000): Überlegungen zur Standardisierung des leistungsdiagnostischen Vergehenes in der Rehabilitationsmedizin. Rehabilitation 39, 77-83.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Krankheitsbewältigung von Angehörigen

Melanie Jagla-Franke[1]; Merle Nathalie Schilling[2]; Moritz Herthum[3]; Gabriele Helga Franke[4]

[1] Hochschule Neubrandenburg; [2] Westküstenklinikum Heide;
[3] Universitätsklinikum Magdeburg der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg;
[4] Hochschule Magdeburg-Stendal

Hintergrund und Zielstellung

Eine lebensbedrohliche Erkrankung bzw. eine Behinderung kann für die betroffenen Personen sehr belastend sein und Anpassungsleistungen erfordern. Auch Angehörige der betroffenen Person können aufgrund dieser Umstände Stress und Belastungen empfinden

und müssen sich an die Erkrankung/ Behinderung anpassen (Zimmermann, 2022). Der Forschungsfokus liegt in der Regel auf der Erfassung der Bewältigungsstrategien der betroffenen Personen; Angehörige werden deutlich seltener untersucht und wenn, dann eher im Sinne des dyadischen oder elterlichen Copings. Ziel der Arbeit ist, die Krankheitsverarbeitung von Angehörigen von an Krebs Erkrankten und von Eltern, deren Kinder eine kognitive Beeinträchtigung (kB) haben, zu beleuchten.

Methoden

Erfassung von Krankheitsverarbeitung: Der Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK) ist ein 45 Items umfassendes Selbstbeurteilungsverfahren. Die neun Skalen HPC- Handelndes problemorientiertes Coping, AUS-Abstand und Selbstaufbau, IUE- Informationssuche und Erfahrungsaustausch, BWB-Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr, DV-Depressive Verarbeitung, BAH-Bereitschaft zur Annahme von Hilfe, ASS-Aktive Suche nach sozialer Einbindung, VIÄ-Vertrauen in die ärztliche Kunst und EIH-Erarbeiten eines inneren Halts weisen in der Normierungsstichprobe (N=1815 Personen) eine noch zufriedenstellende bis akzeptable interne Konsistenz auf; Hinweise zur Validität liegen vor (Franke & Jagla, 2016).

Modifikation des EFK: Die Anpassung an die Zielgruppe der Angehörigen erfolgte durch sprachliche Änderungen, z.B. wurde „mein Angehöriger/ meine Angehörige" eingesetzt (z.B. Item 13: „Ich will nicht wahrhaben, wie es um meine Angehörige/ meinen Angehörigen steht“) bzw. wurde „meine Krankheit“ durch „die Erkrankung/ die Behinderung“ ersetzt (Item 14: „Ich informiere mich umfassend über die Erkrankung/ die Behinderung“). Weiterhin erfolgten Umformulierung, um eine inhaltliche Passung herzustellen (z.B. Item 16 „Ich achte darauf, dass der ärztliche Rat genau befolgt wird“).

Datenerhebung und Stichprobenbeschreibung: Zwischen Februar und Mai 2022 wurden Daten von 192 Angehörigen von Krebserkrankten erfasst. Sie waren durchschnittliche 43.7 Jahre alt (±13.8, Spanne 18-78; 52% weiblich). Neben diesem kamen Verfahren zur Erfassung von psychischer Belastung und Ressourcen zum Einsatz. Zwischen Mai und Juli 2022 wurden Daten von 118 Eltern (vorrangig Mütter) von Kindern mit kB erhoben. Die Eltern waren 39.8 Jahre alt (±6.4, Spanne 24-54), 18.4% waren alleinerziehend. Hier wurden Bewältigungsstrategien (EFK) sowie die Kontrollüberzeugung und die Selbstwirksamkeitserwartung erfasst.

Datenverarbeitung: Neben Item- und Skalenanalyse wurde geprüft, welche Bewältigungsstrategien in beiden Gruppen eingesetzt wurden und ob diese sich unterschieden.

Ergebnisse

Item- und Skalenanalysen: Die Itemanalyse zeigte in beiden Stichproben erwartungsgemäß jeweils einige Items mit zu geringer Itemtrennschärfe oder Itemschwierigkeit. Für die weiteren Berechnungen wurden alle 45 Items beibehalten. Die Reliabilität der neun Skalen bewegte sich in der Stichprobe der Angehörigen von Krebserkrankten zwischen α=.55 (BWB) und α=.78 (HPC, DV), in der Stichprobe der Eltern von Kindern mit kB lag sie zwischen α=.59 (BWB) und α=.77 (ASS). In der Gesamtstichprobe der Angehörigen (bei Gruppen) lag sie zwischen α=.58 (BWB) und α=.87 (HPC). Die Korrelationen zwischen dem modifizierten EFK und den weiteren Konstrukten waren, im Sinne der konvergenten und divergenten

Validität, erwartungsgemäß. Die EFK-Skala DV korrelierte positiv mit GSI und Mini-SCL-Skala Depressivität ($r=.667$, $p < .0001$) sowie dem Distress-Thermometer ($r=.565$, $p < .0001$) und negativ mit sozialer Unterstützung ($r= -.354$, $p < .0001$). Soziale Unterstützung korrelierte ebenfalls positiv mit ASS ($r=.352$, $p < .0001$), Selbstwirksamkeit hing positiv mit HPC ($r=.471$, $p < .0001$), EIH ($r=.453$, $p < .0001$) und ASS ($r=.408$, $p < .0001$) sowie negativ mit DV ($r=-.296$, $p < .001$) zusammen.

Gruppenvergleich: Der Vergleich zwischen den Angehörigen von Krebskranken und den Eltern von Kindern mit kB zeigte bei allen Skalen statistisch signifikante Unterschiede auf Mittelwertebene, außer bei der Skala Vertrauen in die ärztliche Kunst. Die Effektstärken lagen zwischen $\eta^2=.02$ (DV) und $\eta^2=.48$ (HPC). Die Eltern der Kinder mit kB wiesen im EFK durchgängig höhere Skalenmittelwerte auf als Angehörige von an Krebs Erkrankten.

Diskussion und Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen eine ausreichende bis gute Reliabilität und Validität der modifizierten EFK-Skalen. Hinsichtlich der Bewältigungsstrategien zeigt sich, dass die Eltern fast durchgängig höhere Skalenmittelwerte aufwiesen; sie nutzen im Vergleich zu den Angehörigen von an Krebs erkrankten signifikant mehr adaptive Strategien wie HPC oder IUE und ASS, gaben aber mehr maladaptive Strategien wie DV und BWB an.

Neben dyadischem bzw. elterlichem Coping sollte die Krankheitsbewältigung von Angehörigen untersucht werden, um adäquate Unterstützungsangebote für Angehörige anzubieten und ihre adaptiven Bewältigungsstrategien auszubauen.

Take-Home-Message

Die modifizierte Version des EFK (Franke & Jagla, 2016) eignet sich für den Einsatz bei Angehörigen.

Literatur

Franke, G. H. & Jagla, M. (2016): EFK. Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Testmanual. www.psychometrikon.de.

Zimmermann, T. (2022): Krebs als Familienerkrankung. In H.J. Berberich & D.-L. Dräger (Hrsg.), Psychosoziale Uroonkologie (S. 145-153). Berlin: Springer.

Krankheitsverarbeitungsmuster von Psychotherapiepatient*innen

Gabriele Helga Franke[1]; Melanie Jagla-Franke[2]

[1] Hochschule Magdeburg-Stendal; [2] Hochschule Neubrandenburg

Hintergrund und Zielstellung

In der internationalen Forschungsliteratur werden vor allem Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Bewältigung von Erkrankung, Schmerz und medizinischen Diagnosen diskutiert. Ein Einsatz zur Erfassung der Krankheitsverarbeitung als aktuelle Bewältigungsanstrengung auf emotionaler, kognitiver und Verhaltensebene wird selten bei psychisch Kranken untersucht, auch wenn Konstrukte wie Depressivität und Ängstlichkeit als Indikatoren der Bewältigungsanstrengungen herangezogen werden (Kato, 2015). Gleichzeitig

fordern transdiagnostische Konzepte evidenzbasierte Wege zur individualisierten psychotherapeutischen Intervention (Nocross & Wampold, 2011). Es stellt sich die Frage, welche unterschiedlichen Krankheitsverarbeitungsstrategien sich bei Psychotherapiepatient*innen mit den häufigen Diagnosen Depression sowie Abhängigkeitssyndrom finden lassen und wie diese mit psychischer Belastung zusammenhängen.

Methoden

Die Kurzversion des Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Franke & Jagla, 2016) -EFK-r- umfasst 28 Items, die sich gleichermaßen auf die vier Skalen SOZ-Soziale Unterstützung, VET-Vertrauen in die medizinische Behandlung & Tatkraft, IUE- Informationssuche & Erfahrungsaustausch sowie DVB-Depressive Verarbeitung & Bagatellisierung verteilen (Franke & Jagla, 2016). Die Brief Symptom Checklist (Franke, 2016) umfasst neun Skalen und drei globale Kennwerte bei 53 Items.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung: Die Datenerhebung fand in zwei Kliniken zur Behandlung psychisch Kranker in Sachsen-Anhalt statt (Sekundärdatenanalyse). Es nahmen 226 psychisch Kranke in stationärer (n=113, 59%), tagesklinischer (n=25, 11.1%) oder ambulant-nachsorgender (n=88, 38.9%) Behandlung teil. Die Patient*innen waren im Schnitt 44 Jahre alt (±13, 19-78), 51% waren männlich, 75% berufstätig. 127 (56.2%) hatten die Diagnose Depression (DEP: ICD-10, F32, 33, 34, 38, 39) und 99 (43.8%) die Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ABH: ICD-10, F1). In ABH fanden sich 67%, in DEP 39% Männer ($p < .001$). Weiterhin waren 34% in ABH nicht berufstätig vs. 17% in DEP. In ABH wurde zumeist ambulant-nachsorgend (80%) und in DEP stationär (74%) oder tagesklinisch versorgt (20%, $p < .0001$).

Krankheitsverarbeitung: Im Vergleich zu einer Stichprobe chronisch körperlich Kranker (N=1.815; Franke & Jagla, 2016) berichteten die Psychotherapiepatient*innen insgesamt von mehr Informationssuche & Erfahrungsaustausch und von höherer depressiver Verarbeitung (beide $p < .0001$); gleichzeitig berichteten sie geringeres Vertrauen in die medizinische Behandlung & Tatkraft ($p < .0003$) sowie davon, weniger soziale Unterstützung zu suchen und zu nutzen ($p < .04$). Im Binnenvergleich berichteten die substanzabhängigen Patient*innen von höherem Vertrauen in die medizinische Behandlung & Tatkraft sowie davon, mehr soziale Unterstützung zu suchen und anzunehmen; die depressiven Patient*innen hingegen zeigten mehr depressive Verarbeitung & Bagatellisierung (Gesamtmodell: $p < .0001$).

Psychische Belastung: In der DEP-Gruppe fanden sich 58% mit starker und 9% ohne psychische Belastung; in der ABH-Gruppe waren 44% nicht und 17% stark belastet; leichte (6% vs. 7%) sowie deutliche Belastung (28 vs. 31%) waren annähernd gleichverteilt ($p < .001$). Die Bewältigungsstrategie Soziale Unterstützung korrelierte bedeutsam negativ mit Zwanghaftigkeit ($r= -.49$), Depressivität sowie Phobischer Angst ($r= -.47$) und Unsicherheit im Sozialkontakt ($r= -.46$). Die Bewältigungsstrategie Vertrauen in die medizinische Behandlung & Tatkraft korrelierte substantiell negativ mit Zwanghaftigkeit ($r= -.50$), Depressivität ($r= -.49$) sowie mit Unsicherheit im Sozialkontakt ($r= -.47$). Erwartungsgemäß fanden sich stärkste korrelative Zusammenhänge (r-min=.49 bis r-max=.62) zwischen der Skala Depressive

Verarbeitung & Bagatellisierung und den Skalen der psychischen Belastung. Keine bis geringe negative korrelative Zusammenhänge fanden sich zwischen psychischer Belastung (r-min=-.06 bis r-max=-.19) und Informationssuche & Erfahrungsaustausch.

Diskussion und Fazit

Die untersuchten Psychotherapiepatient*innen (n=226) berichteten im Gegensatz zu körperlich Kranken- von stärkeren Anstrengungen bei Informationssuche & Erfahrungsaustausch als aktiver Krankheitsbewältigungsstrategie und gleichzeitig unterschieden sich die beiden klinischen Gruppen der depressiven sowie der abhängigkeitskranken Patient*innen nicht. Geringer ausgeprägt waren das Vertrauen in die medizinische Behandlung & Tatkraft sowie das Bemühen um Soziale Unterstützung; in beiden Fällen hatten die Abhängigkeitskranken höhere Werte. Größer als bei chronisch körperlich Kranken war die depressive Verarbeitung, die bei den Depressionspatient*innen - erwartungsgemäß- höhere Werte erreichte. Der Vergleich der Krankheitsbewältigungsstrategien von zwei recht typischen Gruppen der psychotherapeutischen Rehabilitation -Patient*innen mit Depressionen sowie diejenigen mit Abhängigkeitserkrankungen- zeigte auf, dass eine separate Normierung von Krankheitsverarbeitungsskalen für Patient*innen mit psychischen Erkrankungen notwendig ist, da sich deutliche Unterschiede fanden.

Take-Home-Message

Die Kurzform des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung -EFK-r- eignet sich zur Erfassung der Krankheitsverarbeitung von psychisch Kranken und kann helfen, Forschungslücken zu schließen.

Literatur

Franke, G. H. (2017): BSCL. Brief Symptom-Checklist – Deutsches Manual. Göttingen: Hogrefe.

Franke, G. H. & Jagla, M. (2016): EFK – Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung – Testmanual – Deutsche Version. Psychometrikon; DOI: 10.6099/1000265.

Kato, T. (2015): Frequently used coping scales: A meta-analysis. Stress Health, 31, 315-323.

Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011): What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. Journal of Clinical Psychology: In Session, 67 (2), 127-132.

Rumination als transdiagnostischer Prozess bei der Entwicklung psychischer Störungen bei Herzpatient*innen?

Stefan Lueger; Tanja Lueger; Peter Deeg

Deegenbergklinik

Hintergrund und Zielstellung

Rumination als eine Form des repetitiv negativen Denkens stellt einen kausalen Mechanismus bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Psychopathologie dar (Ehring, 2021). Auch bei kardiologischen Patient*innen gibt es Hinweise dafür, dass Rumination zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Angst, Depression und Symptomen einer

posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach einem kardialen Ereignis beitragen kann (Lueger et al., im Druck; Murphy et al., 2021). Wenig ist bisher darüber bekannt, inwieweit sich Ruminationswerte im AHB-Verlauf verändern und wie sich eine Veränderung der Ruminationswerte im AHB-Verlauf auf die psychische Belastung am AHB-Ende auswirkt.

Methoden

An der Studie nahmen 316 konsekutiv aufgenommene Herzpatient*innen (25.9% Frauen) mit einem Durchschnittsalter von 65.6 Jahren (SD = 10.6) teil, die eine AHB nach einem akuten Myokardinfarkt und/oder einer Herzoperation durchführten.

Die PTBS-Symptome nach ICD-11 wurden mittels des International Trauma Questionnaire (ITQ), die Angst- und die Depressionssymptome mittels des PHQ-4 sowie Rumination mittels der Ruminationsskala aus dem Screening-Instrument Rumination-Suppression (RS-8) nach Pjanic et al. (2013) erhoben, die Rumination störungsübergreifend in vier Items auf jeweils einer Skala von 1 bis 6 erfasst. Messzeitpunkte waren jeweils zu Beginn (T1) und am Ende (T2) der AHB.

Veränderungen in den Ruminationswerten wurden wie folgt definiert: Eine Veränderung lag vor, wenn die Ruminationswerte um mindestens eine halbe Standardabweichung im Vergleich zu den Ausgangswerten zugenommen bzw. abgenommen hatten. Die Personen, die sich in ihren Ruminationswerten nicht veränderten, wurden unterteilt in Personen, deren Ruminationswerte zu T1 über (= gleichbleibend hoch) bzw. unter (= gleichbleibend niedrig) dem Median lagen. Die Datenanalyse erfolgte rein deskriptiv.

Ergebnisse

Wie Tabelle 1 zeigt, können etwa jeweils ein Viertel der Patient*innen den Gruppen mit zunehmenden bzw. abnehmenden Ruminationswerten zugeordnet werden. In den demografischen Variablen bestehen zwischen den vier Gruppen nur geringfügige Unterschiede. So befinden sich in der Gruppe mit abnehmenden Ruminationswerten etwas mehr Frauen.

Abbildung 1 gibt die psychische Belastung während der AHB in Abhängigkeit vom Verlauf der Ruminationswerte wieder. Der Abbildung ist zu entnehmen, dass die Rangfolge der psychischen Belastung am AHB-Ende für alle drei Störungsbereiche identisch ist. Am belastetsten ist jeweils die Gruppe mit zunehmenden Ruminationswerten, gefolgt von der Gruppe mit gleichbleibend hohen Werten und der Gruppe mit abnehmenden Werten. Die geringste psychische Belastung gibt die Gruppe mit gleichbleibend geringen Ruminationswerten an. Vergleicht man die beiden Gruppen mit veränderten Ruminationswerten mit der Gruppe mit gleichbleibend hohen Werten, so weisen die Patient*innen mit zunehmenden Ruminationswerten am AHB-Ende signifikant höhere Angstwerte ($t(107.0) = 2.0$, $p < .05$), höhere Depressionswerte ($t(109.8) = 2.9$, $p < .01$) sowie höhere PTBS-Werte ($t(103.9) = 2.3$, $p < .05$) und die Patient*innen mit abnehmenden Ruminationswerten signifikant geringere Angstwerte ($t(65.6) = -2.1$, $p < .05$) und geringere Depressionswerte ($t(82.5) = -2.4$, $p < .05$) auf jeweils im Vergleich zur Gruppe mit gleichbleibend hohen Ruminationswerten.

Tab. 1: Beschreibung der vier Gruppen mit unterschiedlichem Verlauf der Ruminationswerte

Gruppe	*N* (%)	Alter	Geschlecht (Frauen %)	Rumination T1	Rumination T2
zunehmend	71 (22.5)	66.7	28.1	8.8	13.3
abnehmend	88 (27.9)	64.3	33.0	12.4	7.4
gleichbleibend niedrig	116 (36.7)	66.4	20.7	4.4	4.4
gleichbleibend hoch	41 (13.0)	63.3	22.0	10.1	9.9

Anmerkungen. T1 = AHB-Beginn, T2 = AHB-Ende.

Abb.1: Psychische Belastung zu Beginn und am Ende der AHB in Abhängigkeit vom Verlauf der Ruminationswerte; Anmerkungen. T1 = AHB-Beginn, T2 = AHB-Ende

Diskussion und Fazit

Der explorative Charakter unserer Studie, einschließlich des Verzichts auf eine Alpha- Adjustierung, erschwert die Interpretation der Ergebnisse. Dennoch scheint Rumination auch bei kardiologischen Patient*innen einen transdiagnostischen Prozess darzustellen, der zur Entwicklung psychischer Störungen nach einem kardialen Ereignis beitragen kann. Allerdings gibt es bisher nur wenige Belege dafür, wie durch gezielte Beeinflussung von Rumination die psychische Belastung reduziert werden kann. Erste Hinweise liefert die Studie von Wells et al. (2021), in der bei Herzpatienten vier Monate nach einem metakognitiven Gruppenprogramm zusätzlich zur Standardbehandlung sowohl die Depressions-, Angst- und PTBS-Werte als auch das repetitive negative Denken signifikant reduziert waren.

Take-Home-Message

In dem routinemäßigen psychologischen Screening sollte auch ein ruminativer Verarbeitungsstil erfragt werden und bei Bedarf metakognitive Therapieelemente zum Einsatz kommen.

Literatur

Ehring, T. (2021): Thinking too much: rumination and psychopathology. World Psychiatry, 20(3), 441-442.

Lueger, S., Lueger, T., Deeg, P. (im Druck): Zur Rolle von Rumination bei der Entstehung von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-11 bei Herzpatienten. Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation.

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.

Pjanic, I., Bachmann, M. S., Znoj, H., Messerli-Bürgy, N. (2013): Entwicklung eines Screening-Instruments zu Rumination und Suppression RS-8. Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 63(11), 456-462.

Wells, A., Reeves, D., Capobianco, L., Heal, C., Davies, L., Heagerty, A., Doherty, P., Fisher, P. (2021): Improving the effectiveness of psychological interventions for depression and anxiety in cardiac rehabilitation: PATHWAY-A single-blind, parallel, randomized, controlled trial of group metacognitive therapy. Circulation, 144(1), 23-33.

Nachhaltige berufliche Rehabilitation für alleinlebende Frauen im ALG-II-Bezug

Stefan Kohlhof; Georgina Habdas; Duygu Yigit

Universität Duisburg-Essen

Hintergrund und Zielstellung

Seit knapp zehn Jahren sorgt die „globale Nachhaltigkeitsagenda“ nicht nur für Wirtschaftswachstum und den Erhalt des Ökosystems, sondern auch für Chancengleichheit. Dabei wird insbesondere die Bedeutung der Menschen als „Zentrum der nachhaltigen Entwicklung“ betont, weshalb konkrete Tätigkeiten und die lokale Dimension hervorgehoben werden (UN, 2015). Insbesondere setzt das Rehapro-Projekt BergAuf (BergAuf, 2023) auf die Förderung von sozialer Nachhaltigkeit. Wie auch andere berufliche Rehabilitationsangebote möchte das Projekt die Nachhaltigkeitsziele „Wohlergehen“ (SDG 3), „Bildung“ (SDG 4) und „Menschenwürdige Arbeit“ (SDG 8) (Rehavision, 2022) erreichen. Da sich das Projekt nur alleinlebenden Frauen mit Beeinträchtigung im ALG-II Bezug widmet, werden die Ziele „Geschlechter-Gleichheit“ (SDG 5) und Partizipation (SDG 16.7) ebenfalls angestrebt. Dabei ergründet das Projekt in den Städten Wuppertal, Remscheid und Solingen die wohnortnahe Integration ins Gesundheitssystem (SDG 3.8) sowie den Zugang zu beruflicher Bildung (SDG 4.3) und respektabler Beschäftigung (SDG 8.5). Darüber hinaus sollen die beruflichen Möglichkeiten für Frauen gesteigert (SDG 5.5) werden.

Methoden

Das Projekt verfolgt ein multiples Erhebungsverfahren bestehend aus quantitativen Erhebungen zu vier Erhebungszeitpunkten wie auch qualitativen Interviews mit Teilnehmenden und Mitarbeitenden der Jobcenter, Im Folgenden wird von der bereits abgeschlossenen quantitativen Erhebung von April bis Oktober 2023 (n=36) berichtet. Dazu wurden die Teilnehmerinnen zwischen sechs und elf Monaten ab jeweiligem Projektbeginn pro Standort mit standardisierten Fragebögen befragt. Darunter 15 Items zur subjektiven Einschätzung von Veränderungen in den Bereichen Gesundheit, gesellschaftliche Teilhabe (5er Skala: sehr verschlechtert (-1) – stark verbessert (+1)). Weiterhin umfasst die Erhebung 9 Items zur Betreuung durch die Gesundheitscoaches des Projekts (4er Skala: stimme nicht zu (1) – stimme zu (4)). Anschließend wurden Box-Plot-Diagramme mittels deskriptiver Auswertung erstellt und Veränderungsraten (Perzentil mit positiver Veränderung minus Perzentil mit negativer Veränderung; Skala: -100% bis +100%) unter Annahme einer per-fiat-Messung bestimmt.

Ergebnisse

Es zeigt sich, dass viele Teilnehmerinnen eine positive Veränderung ihres allgemeinen Gesundheitszustands wahrnehmen (Veränderungsrate +56%, N=36). Auch das Gesundheitsverhalten am Beispiel „Sportlicher Aktivität“ verzeichnet eine positive

Veränderungsrate (+40%, N=36). Bei der psychischen Gesundheit zeigt sich ein verbesserter Umgang mit psychischen Belastungen (Veränderungsrate +18%, N=36) sowie ein selbstbewussterer Umgang mit eigenen Stärken und Schwächen (Veränderungsrate +36%, N=36). Unterstützt wird der Trend durch mittlere bis starke Veränderungsraten bei der Anwendung von Gesundheitsinformationen im Alltag (+40%, N=35). Ebenso bei der Aneignung neuer Fertigkeiten (+36%, N=33). Mehrheitlich wird zugestimmt, dass sich die Teilnehmerinnen durch die Gesundheitscoaches gut betreut und unterstützt fühlen (Mittelwert 3,83 Skala 1-4, N=36). Die Mehrheit stimmt zu, Unterstützung bei ihrer Zielerreichung zu erhalten (Mittelwert 3,47 Skala 1-4, N=36). Auch stimmen 32 Teilnehmerinnen zu, durch die Zusammenarbeit mit den Gesundheitscoaches besser mit ihrer gesundheitlichen Situation zurechtzukommen (Mittelwert 3,36 Skala 1-4, N=36). Auch die gesellschaftliche Teilhabe der Frauen konnte bereits eine positive Veränderung verzeichnen (+24%, N=36).

Abb. 1: Veränderung des Gesundheitsempfindens

Diskussion und Fazit

Es zeigt sich, dass alleinlebende Frauen mit Beeinträchtigung im ALG-II Bezug in den ersten 11 Monaten des Projekts, insbesondere über Gesundheitscoaches, in das Gesundheitssystem integriert werden können (SDG 3.8) und zunächst mittels individueller körperlich-mentaler Angebote (Priestley, 1998) versuchen, zu temporärer ability (Siebers, 2001) zu gelangen. Dabei zeigte sich neben einer positiven gesundheitlichen Veränderung im Alltag auch eine erhöhte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unter Aneignung neuer Fertigkeiten (SDG 4.3). Somit unterstützt "BergAuf" unter Berücksichtigung des Geschlechts den Aufbau von Handlungs- und Sozialkompetenz, wodurch eine Integration in Erwerbsarbeit begünstigt werden kann (SDG 5.5). Um jedoch eine menschenwürdige Beschäftigung (SDG 8.5) auszuführen, bedarf es neben individuellen Maßnahmen auch sozial-kulturelle Veränderungen (Priestley, 1998) mit mittel- bis langfristiger Wirkung, um eine vorübergehend verlässliche ability zu erreichen. Somit bleibt es Aufgabe der

Rehabilitationsforschung, günstige Mensch-Umwelt-Konstellationen für Frauen zu erforschen wie auch die Erkenntnisse in nachhaltige Angebote zu verstetigen.

Take-Home-Message

Geschlechtergerechte berufliche Rehabilitationsangebote können sich positiv auf die Gesundheit, soziale Nachhaltigkeit und gesellschaftlicher Teilhabe von Frauen auswirken.

Literatur

BergAuf, (2023): Rehapro Projekt BergAuf. Gesundheitsmanagement für Frauen. URL: https://www.bergauf-rehapro.de/, Abruf: 17.10.2023.

Priestley, M. (1998): constructions and creations: idealism, materialism and disability theory. Disability and Society, 13, 1, 75-94.

Rehavision, (2022): Schwerpunktthema Nachhaltigkeit. Rehavision, 2022, 2.

Siebers, T. (2001): disability in theory: from social constructionism to new realism of the body. American Literary History, 13, 4, 737-754.

UN, (2015): The 17 Sustainable Development Goals. URL: https://sdgs.un.org/goals, Abruf: 17.10.2023.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Stabilisierung der individuellen Gesundheit bei Arbeitslosen: Kann das rehapro Präventionsprogramm dazu beitragen?

Ellen Gaus; Rainer Kaluscha; Lena Tepohl

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Personen, die gesundheitliche Problemlagen aufweisen, sind vermehrt mit Barrieren bei der Vermittlung in das Erwerbsleben konfrontiert. Gesundheitsförderliche Maßnahmen können sich daher durch Stabilisierung des Gesundheitszustandes positiv auf die Vermittlung in Arbeit auswirken. (Paul & Hollederer, 2023)

Das Präventionsprogramm RV Fit der DRV soll nach § 14 SGB VI die Erwerbsfähigkeit von Versicherten sichern, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Somit ist diese Leistung bislang nicht für Arbeitslose verfügbar. Durch das rehapro-Modellprojekt PrävAlo haben Personen, die keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen, erstmals die Möglichkeit, eine Präventionsleistung der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch zu nehmen.

Das rehapro-Modellprojekt PrävAlo besteht, ähnlich wie das RV Fit Programm, aus drei aufeinanderfolgenden Phasen (Initial- bzw. Startphase, Trainingsphase und Refresher bzw. Auffrischungstag), die mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Inhalten konzipiert wurden. Die Initial- bzw. Startphase beinhaltet eine ärztliche Untersuchung, aktive Bewegungseinheiten sowie eine Einführung in die Themen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung. In der Trainingsphase, die sich der Initial- bzw. Startphase anschließt,

nehmen die Teilnehmenden an den Modulen Bewegung, Alltagstraining, Entspannung und Resilienz teil. Die Trainingsmodule bestehen aus einer medizinischen Trainingstherapie, einer Sportgruppe und Gruppenschulungen zur Lebensstiländerung.

Ziel der vorliegen Studie ist es, einen Prä-Post Vergleich gesundheitsbezogener Variablen zwischen dem Beginn der Maßnahme (t0) sowie nach drei Monaten Trainingsphase (t1) zu ziehen.

Methoden

Grundlage der Analysen bildeten die Fragebogenangaben der PrävAlo-Teilnehmenden zu den Erhebungszeitpunkten t0 und t1. Zum Einsatz kamen unterschiedliche Assessments, die die gesundheitsbezogenen Parameter erfassten, wie z.B. die gesundheitsbezogene Lebensqualität, den Gesundheitszustand und die subjektive Erwerbstätigkeit.

Zum Zeitpunkt t0 lagen Fragebogenangaben von 99 PrävAlo-Teilnehmenden vor, zum Zeitpunkt t1 von 55. Neben der deskriptiven Auswertung wurden inferenzstatistische Verfahren angewandt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass zwischen den beiden Zeitpunkten ein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich der Schmerzausprägung der Teilnehmenden besteht (p=0,009, N=48), die anhand einer sechsstufigen Likert-Skala von „ich hatte keine Schmerzen“ bis „sehr starke Schmerzen“ gemessen wurde. Betrachtet man die Angaben, die zu Beginn der Maßnahme getätigt wurden, so gaben 36,3% der Teilnehmenden an, dass bei ihnen im Vorfeld der Maßnahme starke Schmerzen vorlagen, 10,6% der Teilnehmenden gaben an, dass sie unter leichten Schmerzen litten. Innerhalb der ersten drei Monate der Trainingsphase zeigte sich eine deutliche Verbesserung der Schmerzausprägungen. Nach drei Monaten gaben nur noch 29,8% der Teilnehmenden an, dass ihre Schmerzen noch stark vorhanden waren, bei 25,5% der Teilnehmenden traten nur noch leichte Schmerzen auf.

Der allgemeine Gesundheitszustand, der über die EQ VAS-Skala gemessen wurde, konnte im Prä-Post-Vergleich ebenfalls statistisch signifikant verbessert werden (p=0,044). Bei der EQ VAS-Skala entsprechen null Punkte dem schlechtmöglichsten Gesundheitszustand, hundert Punkte dem bestmöglichen Gesundheitszustand. Der Gesundheitszustand zu t0 lag im Mittel bei 52,5 Punkten (SD ± 23,1) und zu t1 bei 57,7 Punkten (SD ± 20,8).

Betrachtet man die subjektive Gefährdung der zukünftigen Erwerbstätigkeit, die durch die SPE-Skala ermittelt wurde, so zeigt sich, dass weiterhin ein Risiko für die Erwerbstätigkeit besteht. Ein höherer Skalenwert geht mit einer höheren Gefährdung der Erwerbstätigkeit einher (Wertebereich zwischen 0-3). Vergleicht man die beiden Zeitpunkte t0 vs. t1 zeigten sich folgende nicht signifikante Veränderungen: Skalenwert 0: 32,6% vs. 34,9%, Skalenwert 1: 30,2% vs. 20,9%, Skalenwert 2: 27,9% vs. 27,9% und Skalenwert 3: 9,3% vs. 16,3%.

Diskussion und Fazit

Drei Monate nach Beginn der Maßnahme hat sich der allgemeine Gesundheitszustand und die Schmerzausprägung der Teilnehmenden signifikant verbessert. Diese positive Entwicklung kann vermuten lassen, dass nicht nur die Gesundheit stabilisiert wird, sondern auch andere Lebensbereiche hierdurch positiv beeinflusst werden. Spannend bleibt, ob die Effekte in den weiteren drei Monaten aufrechterhalten werden können.

Take-Home-Message

Durch das rehapro-Modellprojekt PrävAlo können gesundheitliche Verbesserungen bei den Teilnehmenden erzielt werden. Diese positive Entwicklung lässt vermuten, dass sich dies nicht nur auf die Gesundheit im Allgemeinen bezieht, sondern auch auf andere Lebensbereiche der Teilnehmenden wie z.B. die Alltagsstruktur positiv auswirkt.

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 (BMAS), rehapro

Veränderung der subjektiven Reintegrationsprognose im Verlauf des ersten Intervalls der medizinischen Rehabilitation im rehapro-Projekt FREEMI

Jens Knispel; Viktoria Arling

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Die Bewilligung neuer Erwerbsminderungs-Renten (EM-Renten) liegt seit über einem Jahrzehnt recht stabil bei circa 180.000 neuen Fällen pro Jahr; psychische Erkrankungen begründen mittlerweile fast die Hälfte aller EM-Rentenzugänge (Gross et al., 2022). Derzeit liegt die Rückkehr ins Erwerbsleben neun Jahre nach Erstbezug der EM-Rente bei 1 Prozent (Gross et al., 2022).

Dieser Herausforderung Rechnung tragend, hat die Deutschen Rentenversicherung Rheinland ein rehapro-Projekt initiiert, um Betroffene gezielt darin zu unterstützen, die EM- Rente zu überwinden und dadurch die Reintegrationsquoten zu verbessern. Mit FREEMI (Fallmanagement zur Rückkehr in das Erwerbsleben bei EM-Rentenbezug mit Intervallreha) soll die Erwerbsfähigkeit von Versicherten mit einer befristeten EM-Rente aufgrund einer psychischen Erkrankung mit Hilfe eines innovativen „Reha während Rente“-Konzeptes sowie mit einer kontinuierlichen Begleitung durch Reha-Fallmanager:innen der Deutschen Rentenversicherung Rheinland wiederhergestellt werden.

In FREEMI erhalten die Teilnehmer:innen während ihrer bewilligten EM-Rente die Möglichkeit, bis zu drei zweiwöchige, begleitende Intervall-Rehabilitationen in einer der drei kooperierenden Kliniken in Anspruch zu nehmen. Hier arbeiten multiprofessionelle Teams und medizinisches Fallmanagement zusammen mit den Teilnehmer:innen daran, dass diese sich hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Situation stabilisieren und wieder Vertrauen in die eigenen (beruflichen) Fähigkeiten gewinnen. Ziel ist es, dass sich die Betroffenen für eine mögliche Rückkehr zur Erwerbstätigkeit öffnen. Eine zentrale Schlüsselrolle hat das begleitende Reha-Fallmanagement der Deutschen Rentenversicherung Rheinland: Speziell

für Bedarfe der Klientel psychisch erkrankter Versicherter qualifizierte Reha- Fallmanager:innen unterstützen die Betroffenen bei ihren beruflichen Teilhabebemühungen.

FREEMI wird durch die RWTH Aachen wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Eine Forschungsfrage lautet: Wie entwickelt sich die subjektive Reintegrationsprognose in dem ersten Intervall der medizinischen Rehabilitationsleistung aus Sicht der FREEMI- Teilnehmer:innen, dem medizinischen Fallmanagement der Kliniken und den Reha-Fallmanager:innen der Deutschen Rentenversicherung Rheinland?

Methoden

Die subjektive Reintegrationsprognose wurde anhand einer Einschätzung zwischen 0% und 100% erfasst (Arling et al., 2016). Die Teilnehmer:innen schätzten ihre Reintegrationsprognose zu Beginn und zu Ende des ersten Intervalls ein. Die Reha- Fallmanager:innen der Deutschen Rentenversicherung Rheinland beurteilten die Reintegrationsprognose der Teilnehmer:innen vor und nach dem ersten Intervall. Das medizinische Fallmanagement der Kliniken schätzte die Reintegrationsprognose nach dem ersten Reha-Intervall ein.

Einschlusskriterium für die Analyse war es, dass die Teilnehmer:innen mindestens am Anfang und am Ende des Reha-Intervalls ihre Reintegrationsprognose eingeschätzt hatten. Somit basiert die vorliegende Zwischenauswertung auf 28 Projekt-Teilnehmer:innen (57,5% Frauen, durchschnittliches Alter circa 48 Jahre; Datenstand August 2023).

Ergebnisse

In Abbildung 1 sind die zentralen Ergebnisse abgebildet (wegen unvollständigem Datenbild: Einschätzungen bzgl. der subjektiven Reintegrationsprognose zwischen 28 und 18 Beurteilungen).

Zu Reha-Beginn fiel die Reintegrationsprognose der Teilnehmer:innen sehr verhalten aus (AM = 39,30%, SD = 24,03%). Zu Reha-Ende blieb die Einschätzung auf vergleichbarem Niveau (AM = 35%, SD = 27,01%). Das medizinische Fallmanagement aus den Kliniken und die Reha-Fallmanager:innen der DRV Rheinland formulierten eine signifikant höhere Reintegrationswahrscheinlichkeit für die Versicherten (vgl. Abbildung 1): Dabei bescheinigte das medizinische Fallmanagement mit Reha-Ende im Mittel eine Reintegrationswahrscheinlichkeit von 53,80% (SD = 23,85%). Die Reha-Fallmanager:innen der DRV Rheinland sprachen den Teilnehmer:innen vor der Intervallrehabilitation eine mittlere Prognose von 76,20% (20,02%) zu, nach Vorliegen der medizinischen Beurteilung aus der Klinik näherte sich die Einschätzung zu Reha-Ende denen des medizinischen Fallmanagements an (AM = 68,10%, SD = 16%).

Abb. 1: Veränderung der subjektiven Reintegrationsprognose aus Sicht der Teilnehmer:innen, des med. Fallmanagements und der Reha-Fallmanager:innen der DRV Rheinland über den Verlauf des 1. medizinischen Reha-Intervalls.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse sprechen für eine valide Zuweisung der Versicherten in die Gruppe der EM- Rentenbezieher:innen. Hinweis darauf, dass die Wiedereingliederung in eine Erwerbstätigkeit nicht ausgeschlossen ist, gibt die deutlich höhere Reintegrationswahrscheinlichkeit des Fachpersonals im Vergleich zur Selbstbeurteilung der Betroffenen.

Eine besondere Herausforderung auf dem Weg zur Teilhabe ist das Selbstverständnis der FREEMI-Teilnehmer:innen als EM-„Rentner:innen“. Betroffenen fällt es gegebenenfalls mit der 1. Intervall-Rehabilitation noch schwer, eine deutlichere Positionierung zugunsten einer wahrscheinlicheren Wiedereingliederung einzunehmen – bedeutet dies doch zugleich die Loslösung vom „sicheren Hafen der EM-Rente“.

Hier gilt es viel Überzeugungsarbeit zu leisten, die Rückkehr ins Erwerbsleben als attraktive Alternative zu positionieren. In diesem Rahmen haben die Reha-Fallmanager:innen der Deutschen Rentenversicherung Rheinland in ihrer Rolle als Fallsteuerer und Kümmerer eine besondere Bedeutung. Im weiteren Projektverlauf gilt es unter Betrachtung längerer Verläufe zu prüfen, ob nachhaltig positive Effekte hinsichtlich der Erwerbstätigkeit erzielt werden können.

Take-Home-Message

Mit FREEMI ist es möglich, mit EM-Rentenbezieher:innen auf Grund psychischer Problemlagen eine bezüglich der Rückkehr ins Erwerbsleben besonders herausfordernde Stichprobe zu adressieren.

Literatur

Arling, V., Slavchova, V., Knispel, J., & Spijkers, W. (2016): Die Bedeutsamkeit von Persönlichkeitsfaktoren für den beruflichen Rehabilitationserfolg. Die Rehabilitation, 55(1), 6–11. https://doi.org/10.1055/s-0041-109094

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 (BMAS)

Vergleich der Bewilligungsdiagnosen bei EM-Berentungen mit dem Fokus auf Alkoholerkrankungen

Sebastian Bernert; Maxi Mari Bergenroth

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Die Zusammensetzung der Bewilligungsdiagnosen bei den Erwerbsminderungsrenten (EM- Renten) in Deutschland haben sich in den letzten 20 Jahren stark verändert. Am auffälligsten zeigt sich diese Entwicklung bei der Betrachtung der psychischen Störungen, die einen immer größeren Anteil an den Bewilligungsdiagnosen einnehmen. Diese Entwicklung korrespondiert mit den Entwicklungen von Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen über die letzten zwei Jahrzehnte, die regelmäßig von Krankenkassen berichtet werden. Bei näherer Betrachtung der Gruppe der psychischen Bewilligungsdiagnosen für EM-Renten fällt auf, dass nicht alle psychischen Störungen einen gleichförmigen Verlauf nehmen. Bewilligungsdiagnosen, die keinen derartig stetig steigenden Verlauf nehmen, sind die Alkoholerkrankungen (F10).

Ziel der durchgeführten Analyse war, ein differenziertes Bild des Verlaufs der Bewilligungsdiagnosen im Bereich der psychischen Störungen und ihrer begleitenden Faktoren (sozio-demographisch und krankheitsbezogen) zu zeichnen. Im Beitrag werden Verläufe im Kapitel F der ICD-10 betrachtet und mit der Entwicklung in anderen Kapiteln der ICD-10 verglichen. Der Schwerpunkt der deskriptiven Analysen liegt jedoch im Vergleich der F10-Bewilligungsdiagnosen mit den anderen psychischen Störungen.

Methoden

Grundlage für die Analysen war der Scientific Use File: Versichertenrentenzugang – Erwerbsminderung und Diagnosen für die Jahre 2001 bis 2021. Es wurden deskriptive Analysen zu den Veränderungen (Zeitraum 2001 -2021) in den Bewilligungsdiagnosen in allen ICD-10-Kapiteln und die Veränderung der Häufigkeiten innerhalb des Kapitels F (Psychische Störungen) durchgeführt. Der gesamte Datensatz besteht aus N=714.135 Fällen, die in die Analyse eingingen. Neben der Veränderung in den Bewilligungsdiagnosen wurden auch Veränderungen in ausgewählten

sozio- demographischen und krankheitsbezogenen Variablen (Alter bei Rentenbeginn, Geschlecht, Summe Entgeltpunkte, Rehabilitation vor Rente) betrachtet und mit den Bewilligungsdiagnosen in Zusammenhang gebracht.

Ergebnisse

Der Anteil der psychischen Störungen an den Bewilligungsdiagnosen bei EM-Rente steigt von 2001 (25,7%) bis 2017 (43,5%) kontinuierlich an, um dann auf diesem hohen Niveau zu verbleiben. EM-Rentenzugänge aufgrund der Diagnose Alkoholabhängigkeit (F10.2) steigen von 2001 (2,67 %) bis zum Jahr 2009 (4,13 %) stetig an, um dann wieder bis unter den Ausgangswert abzufallen (2021: 2,53 %). Dieser Verlauf unterscheidet sich stark vom Verlauf innerhalb der Gruppe der affektiven Störungen. Beispielsweise steigt der Anteil der rezidivierenden depressiven Erkrankungen von 2,6% (2001) auf 15,1% im Jahr 2021 an.

Über alle Diagnosegruppen hinweg zeigt sich ein Anstieg des Alters bei Rentenbeginn und damit einher geht die Entwicklung der Summe der Entgeltpunkte, die dementsprechend ansteigt. Rehabilitationsleistungen in den 5 Jahren vor der Rente steigen für die Bewilligungsdiagnose F10 leicht an (2001=37,9%, 2021=42,2%), verbleiben aber auf einem niedrigen Niveau. Im Vergleich dazu fällt der Anteil der Rehabilitationsleistungen in den fünf Jahren vor der Rente in allen anderen Diagnosegruppen unterschiedlich stark ab.

Diskussion und Fazit

Es kommt ganz allgemein zu einer Zunahme des Anteils an psychischen Bewilligungsdiagnosen bei EM-Berentungen. Bei einer differenzierten Betrachtung des Verlaufs der Bewilligungsdiagnosen im Kapitel F der ICD-10 fällt auf, dass sich die Anteile der Bewilligungsdiagnosen unterschiedlich stark verändern. Insgesamt kommt es zu einer starken Zunahme der Bewilligungsdiagnosen aus dem Kapitel F über alle Berichtsjahre, wobei der Anteil der affektiven Störungen stark ansteigt, während sich in den anderen Diagnosegruppen im Kapitel F sehr heterogene Verläufe zeigen. Beispielsweise nimmt die F10-Diagnose als Ursache der Gewährung einer EM-Rente erst zu, um dann wieder unter den Ausgangswert abzufallen. Es gibt daher keinen allgemeinen Anstieg der psychischen Störungen über alle Diagnosen hinweg, ausgewählte affektive Störungen und auch somatoforme Störungen steigen, während die Anteile anderer Diagnosen, wie zum Beispiel die Bewilligungsdiagnose F10, erst ansteigen und dann wieder abfallen. Insbesondere in Bezug auf Alkoholabhängigkeit trifft die verallgemeinernde Aussage, dass psychische Störungen ansteigen, nicht zu. Gründe für die Unterschiede in den Verläufen der Bewilligungsdiagnosen lassen sich mit den zur Verfügung stehenden Daten des Scientific Use File: „Versichertenrentenzugang – Erwerbsminderung und Diagnosen“ nicht identifizieren und auch externe Daten, z. B. die Entwicklung von Trinkmengen in Deutschland, können den Trend in der Entwicklung der Bewilligungsdiagnose F10 nicht erklären.

Take-Home-Message

Die EM-Bewilligungsdiagnose Alkoholabhängigkeit zeigt im Vergleich zu vielen anderen psychischen Störungen keinen stetigen Anstieg über die Berichtsjahre 2001-2021, sondern fällt nach einem Anstieg (2001 bis 2010) wieder auf ihren Ausgangswert zurück.

Literatur

Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV) (2023): Scientific Use File Versichertenrentenzugang - Erwerbsminderung und Diagnosen 2001-2021 (DOI: 10.57701/SUF.RTZN.2001-2021.EM.1-0).

Wege aus der Alkoholabhängigkeit zurück ins Sozial- und Erwerbsleben – eine retrospektive Datenanalyse

Verena Kakuschke; Janusz Surzykiewicz; Joachim Thomas; Fanny Loth

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

Hintergrund und Zielstellung

Trotz der vielfältigen Unterstützungsstrukturen für Menschen mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung in Deutschland gelingt der (Wieder-)einstieg ins Sozial- und Erwerbsleben noch zu wenigen (Bachmeier et al., 2022).

Neben bio-psycho-sozialen Faktoren (bspw. Geschlecht, Komorbiditäten) stellen insbesondere umweltbezogene Faktoren potenzielle Risiken beim Entwöhnungs- und (Wieder-)eingliederungsprozess dar (Dauber et al., 2018; Kim et al., 2019).

Die Vielzahl und nur bedingte Vernetzung sowie mangelnde Transparenz in Zuständigkeits- und Genehmigungsprozessen erschweren eine (nahtlose) Inanspruchnahme der Unterstützungsstrukturen, durch bspw. lange Wartezeiten (Weissinger, 2019).

Um diesen Problemen zu begegnen, startete 2022 ein multizentrisches Forschungsprojekt (“RehaConnect”), gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland (DRV MD). RehaConnect widmet sich der Optimierung von Unterstützungsmaßnahmen für Alkoholabhängigkeitserkrankte beim Übergang vom stationären Entzug/ der Entwöhnung zurück in das Sozial- und Erwerbsleben. Die erste Studie in diesem Projekt (Analyse retrospektiver Routinedaten) fokussiert dabei die Abbildung möglicher Zugangswege und -barrieren von alkoholabhängigkeitserkrankten PatientInnen sowie RehabilitandInnen und soll erste bio-psycho-soziale sowie umweltbedingte Erfolgs- und Risikofaktoren je Entwöhnungs- und (Re-)integrationsphase identifizieren.

Methoden

In einem “Real-World Evidence” Ansatz (Sherman et al., 2016) werden retrospektive quantitative Routinedaten von PatientInnen und RehabilitandInnen aus zwei Akutkliniken, zwei medizinischen und einer beruflichen Rehabilitation (Behandlungsjahre 2019-2021) sowie Versichertendaten der DRV MD (Reha-Statistik-Datenbasis: Erstleistungen 2014-2016, im 5- Jahres Follow-up) unter der Berücksichtigung von soziodemographischen (bspw. Alter, Geschlecht) und klinischen Parametern (bspw. Diagnose, Behandlungsdauer) analysiert. Weitere Einschlusskriterien sind ein Alter ab 18 Jahren und eine ICD-10 Haupt- oder Nebendiagnose F10.1: schädlicher Gebrauch oder F10.2: Abhängigkeitssyndrom.

Ergebnisse

Es wurden Daten von 12.771 Versicherten der DRV MD (18% weiblich, 82% männlich; ⌀ 48±11 Jahre), 3.376 akutklinischen PatientInnen (24% weiblich, 76% männlich; ⌀ 47±13 Jahre), 1.665 medizinischen RehabilitandInnen (25% weiblich, 75% männlich; ⌀ 49±10 Jahre) und 47 beruflichen RehabilitandInnen (9% weiblich, 91% männlich; ⌀ 45±6 Jahre) analysiert.

Die Abbildung der PatientInnen- und RehabilitandInnenpfade durch das Suchthilfesystem deutet u.a. darauf hin, dass die “Durchschnittsperson” erwartungsgemäß männlich und mittleren Alters ist. Sie durchläuft zuerst einen Aufenthalt in einer Akutfachklinik und häufig im Anschluss eine medizinische Rehabilitation. Zum Ende der medizinischen Rehabilitation werden 60% als arbeitsfähig eingestuft, wovon 98% keine stufenweise Wiedereingliederung beanspruchen. Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen werden weniger häufig genutzt.

Erste Ergebnisse hinsichtlich der Erfolgs- und Risikofaktoren zeigen u.a. bezüglich der Versichertendaten, dass Personen mit mehr Rehabilitationsaufenthalten signifikant häufiger in einer Partnerschaft ($p < .001$) und sich weniger häufig in Rente oder in Teilrente befinden ($p < .05$). Mit Blick auf die Klinikdaten der Akutfachklinik und der medizinischen Rehabilitation konnte ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Geschlechts und der Anzahl an Diagnosen ($p < .001$) gefunden werden.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Faktoren wie z.B. Partnerschaft mit der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen im Zusammenhang stehen und das Risiko, frühzeitig in Rente oder Teilrente zu gelangen, verringern können. Allerdings zeigen die Ergebnisse auch, dass die Maßnahmen durchschnittlich erst im späteren Verlauf ansetzen und Maßnahmen zur beruflichen (Re-)integration seltener in Anspruch genommen werden.

Um nachhaltig wirksame Optimierungsmöglichkeiten zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements und der zielgruppenorientierten Unterstützung abzuleiten, sollten weitere Zugangsbarrieren und Erfolgs-/ Risikofaktoren identifiziert werden. Außerdem sollten Maßnahmenkreisläufe und Gründe zur (nicht-)Inanspruchnahme beleuchtet werden.

Take-Home-Message

Menschen mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung nutzen vorwiegend die Angebote der Akutfachklinik und medizinischen Rehabilitation, dabei spielen Faktoren wie die Häufigkeit der Inanspruchnahme und Partnerschaft eine bedeutsame Rolle für Erfolge.

Literatur

Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Daniel, H., Funke, W., Kemmann, D., Klein, T., Medenwaldt, J., Premper, V., Reger, F., Teigeler, H., & Wagner, A. (2022): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation–FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2019 von Fachkliniken für Alkohol-und Medikamentenabhängige. SuchtAktuell, 1, 37-51.

Dauber, H., Braun, B., Pfeiffer-Gerschel, T., Kraus, L., & Pogarell, O. (2018): Co-occurring mental disorders in substance abuse treatment: The current health care situation in Germany. International journal of mental health and addiction, 16, 66-80.

Kim, M., Leierer, S., & Jeon, J. (2019): Predictors of post-treatment employment for individuals with substance use disorders. Community Mental Health Journal, 55, 1236-1245.

Sherman, R. E., Anderson, S. A., Dal Pan, G. J., Gray, G. W., Gross, T., Hunter, N. L., ... & Califf, R. M. (2016): Real-world evidence—what is it and what can it tell us. N Engl J Med, 375(23), 2293-2297.

Weissinger, V. (2019): Die Versorgung bei alkoholbezogenen Störungen in Deutschland. Inanspruchnahme, Vernetzung und Entwicklungsbedarf. Bundesgesundheitsblatt, 62, 173- 185.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Adipositas: Implementierung und Evaluation des Curriculum Adipositas der Deutschen Rentenversicherung in der Rehabilitation

Hilke Weichert; Nicola Voicu; Henrik Gutowski

Klinikum Bad Bramstedt

Hintergrund und Zielstellung

Übergewicht und Adipositas sind wichtige Themen in der aktuellen Gesundheitspolitik. 2019 waren 19 % aller Deutschen adipös (DeStatis, 2019). Die Folgeerkrankungen führen zur eingeschränkten Lebenserwartung der Betroffenen (Whitlock et al., 2009). Direkte Gesundheitskosten infolge Adipositas-bedingter Erkrankungen von ca. 30 Milliarden Euro pro Jahr und zusätzlich weitere 30 Milliarden Euro pro Jahr für indirekte Kosten belasten Gesundheitssystem und soziale Sicherungssysteme (Effertz et al., 2016).

Als Querschnittsthema und Nebendiagnose spielt daher Adipositas in der Rehabilitation unter Präventions- und Behandlungsgesichtspunkten in verschiedenen Rehabilitationsformen wie Orthopädie, Rheumatologie, Neurologie oder Kardiologie eine zunehmend große Rolle. Adipositas kann darüber hinaus in der gastroenterologisch-endokrinologisch oder psychosomatisch geprägten Rehabilitation die Rehabilitationsindikation begründen.

Die Rentenversicherung als Rehabilitationsträger stellt evaluierte Lehrmodule zu gesunder Ernährung zur Prävention zur Verfügung, zum Thema Adipositas gibt es mit therapeutischem Ansatz ein aktualisiertes Curriculum (Deutsche Rentenversicherung, 2021) ohne Evaluierung.

Methoden

Vorab wurden 252 konsekutiv aufgenommene Rehabilitanden der orthopädischen Rehabilitation zur Prüfung der Relevanz hinsichtlich des BMI gescreent. Aus organisatorischen Gründen war für die 3-wöchige Rehabilitation eine Anpassung des Curriculum Adipositas notwendig. Alle vorgegebenen Inhalte wurden von 6 auf 5 Module verteilt. Der geforderte multidisziplinäre Ansatz unter Beteiligung der verschiedenen Berufsgruppen wurde umgesetzt. Von November 2022 bis August 2023 wurde allen Rehabilitanden der orthopädischen und rheumatologischen Rehabilitation mit einem Aufnahme BMI von mehr als 30 kg/m² die Teilnahme am Curriculum Adipositas nahegelegt. Die deskriptive statistische Auswertung erfolgte auf Basis des Katalogs der therapeutischen Leistungen. Eine Subgruppe wurde hinsichtlich der Merkmale Erwartungshaltung, Verständnis und Inhalt der Seminarreihe, Ernährungsverhalten sowie Bewegungsverhalten vor und nach Absolvieren des Curriculums befragt.

Ergebnisse

Zur Prüfung der Relevanz von Adipositas als Nebendiagnose in der Rehabilitationseinrichtung wurde eine Auswertung des BMI (Body mass Index) von 252 konsekutiv aufgenommenen Rehabilitanden der Orthopädischen Rehabilitation vorgenommen. Sie zeigt eine Quote von 42 % adipösen Rehabilitanden. 36 % waren übergewichtig.

Nach Einführung des Curriculum Adipositas konnten von November 2022 bis August 2023 n=507 Teilnehmer erreicht werden. Es kann eine hohe Adhärenz verzeichnet werden. 69 % der Teilnehmer nahmen an allen 5 Modulen teil (Frauen 67 %, Männer 72 %). An 4 Modulen konnten weitere 20 % (Frauen 20 %, Männer 18 %) teilnehmen.

Die Befragung einer Subgruppe von 85 Teilnehmern zeigt, dass die Erwartungen an das Curriculum geprägt waren von dem Wunsch, Umsetzungsmöglichkeiten für den Alltag zu entwickeln (71 Nennungen), den Wissensstand zu erweitern (48 Nennungen) und Motivation zu finden (44 Nennungen). Vor diesem Erwartungshintergrund war ein hoher Zufriedenheitsgrad (79 % im Bereich 8-10/10 NRS, 10 = sehr zufrieden) erreicht worden. Die Bewertung von Inhalt und Didaktik hinsichtlich der Erkennbarkeit der Lernziele (sehr gut 55%, gut 40 %; Likert-Skala), der Nachvollziehbarkeit des Inhalts (sehr gut 48 %, gut 49 %) und der Unterstützung des Lernprozesses durch didaktische Aufbereitung (sehr gut 44 %, gut 48 %) wurden in hohem Maße (über 90%) mit sehr gut oder gut bewertet.

Eine Veränderungsabsicht im Ernährungsverhalten erklärten 91 % der Teilnehmer, wobei vor allem bei denjenigen, die zuvor ihr Ernährungsverhalten als schlecht einschätzten, ein hoher Grad an Unterstützung (82 % sehr gut, 18 % gut) zur Veränderung des Ernährungsverhaltens durch das Curriculum bestätigt wurde. 87 % der Teilnehmer gaben eine gute oder sehr gute Unterstützung zur Veränderung des vormals überwiegend wenig oder gar nicht sportlich aktiven (54 %) Bewegungsverhaltens an.

Diskussion und Fazit

Adipositas ist eine Erkrankung, die in der Rehabilitation als Nebendiagnose häufig angetroffen wird. Das Adipositas-Curriculum der Deutschen Rentenversicherung kann in der Rehabilitation mit geringen Anpassungen so umgesetzt werden, dass eine hohe Adhärenz und Zufriedenheit der Teilnehmer erreicht wird. Eine resultierende Veränderungsabsicht bei den Teilnehmern hinsichtlich Ernährungs- und Bewegungsverhalten kann belegt werden.

Das Adipositas-Curriculum im Rahmen von Rehabilitation ist somit ein Baustein im leitliniengerechten Konzept der Behandlung der Adipositas (AWMF-Leitlinie, 2014).

Take-Home-Message

Adipositas ist ein wichtiges Thema in der Rehabilitation und kann im multimodalen Setting durch Einsatz des Curriculum Adipositas der Deutschen Rentenversicherung gut adressiert werden.

Literatur

AWMF Leitlinie Adipositas Prävention und Therapie (2014): https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-001.

Curriculum Adipositas der Deutschen Rentenversicherung, aktualisiert (2021): https://www.deutsche- rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/gesundheitstraining/ernaehrung_adipositas.html.

Effertz, T., Engel, S., Verheyen, F., Linder, R. (2016): "The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective." Eur J Health Econ 17(9): 1141-1158.

Mikrozensus (2019): Statistisches Bundesamt, www.deStatis.de.

Whitlock, G., Lewington, S., Sherliker, P., Clarke, R., Emberson, J., Halsey, J., Qizilbash, N., Collins, R., Peto, R. “Prospective Studies Collaboration” (2009): “Body-mass index and cause-specific mortality in 900,000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies.” Lancet 373(9669):1083–1096.

Aktuelle Empfehlungen der DGRh-Kommission Komplementäre Heilverfahren zur Ernährung bei rheumatischen Erkrankungen

Monika Reuß-Borst[1]; Andreas Michalsen[2]; Inna Frohne[3]; Mandy Gläß[4]; Alexander Pfeil[5]; Olaf Schultz[6]; Olga Seifert[7]; Oliver Sander[8]; Gernot Keyßer[9]

[1] HESCURO Klinik Bad Bocklet; [2] Immanuel Krankenhaus Berlin;
[3] Privatpraxis für Rheumatologie Essen; [4] Helios Fachklinik Vogelsang-Gommern;
[5] Universitätsklinikum Jena; [6] ACURA-Kliniken Baden-Baden; [7] Universitätsklinikum Leipzig;
[8] Universitätsklinikum Düsseldorf; [9] Universitätsklinikum Halle

Hintergrund und Zielstellung

Obwohl dramatische Fortschritte bei der medikamentösen Therapie rheumatischer Erkrankungen zu verzeichnen sind, ist das Interesse von Ärzten und Patienten an komplementärer/alternativer Medizin (complementary and alternative medicine, CAM) unverändert groß. Veröffentlichungen berichten, dass 24% der Patienten mit Gicht (Chan et al., 2014), 40% mit Spondyloarthritiden (Chatfield et al., 2009), 47% mit Kniegelenksarthrose (Lapane et al., 2012) und bis zu 95% der Patienten mit entzündlichen Gelenkerkrankungen (Sharpe et al., 2016) bereits einmal CAM angewendet haben. Auch während der Rehabilitation kommt CAM zur Anwendung; so ist die Ernährungsberatung und -therapie eine unverzichtbare (komplementär-medizinische) Therapiesäule von Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen. Vor diesem Hintergrund ist es interessant, dass die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) im Jahr 2021 eine Kommission eingesetzt hat, die die aktuelle Evidenz für verschiedene komplementär-medizinische (u.a. auch ernährungsmedizinische) Maßnahmen analysieren und in praktisch anwendbare Empfehlungen einarbeiten sollte.

Methoden

Die Kommission „Komplementäre Heilverfahren und Ernährung“ hat kürzlich nach Sichtung der Studienlage Empfehlungen für den rheumatologischen Praxisalltag erstellt. Den Empfehlungen zugrunde lagen die Definition der Methode und ein Überblick über die wissenschaftliche Evidenz in der Literatur zu möglichen Anwendungen in der Rheumatologie incl. zu erwartenden positiven Effekten, aber auch möglichen Nebenwirkungen und Limitationen. Dazu wurde eine Recherche in medizinischen Datenbanken – in erster Linie der Pubmed- Datenbank der National Library of Medicine (USA), aber auch Medline und Pubmed Central (PMC) durchgeführt. In zwei Bearbeitungsrunden wurden die erarbeiteten Entwürfe anschließend in der Kommission besprochen und eine gemeinsame Empfehlung erstellt, die zwischenzeitlich auch publiziert wurde (Keyßer et al., 2023).

Ergebnisse

Aufgrund der bislang vorliegenden Studien kann eine vollwertige, gemüse- und obstreiche (ballaststoffreiche) sowie fleischarme Ernährung Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen als supportive, die Selbstwirksamkeit fördernde Maßnahme empfohlen werden. Dies gilt insbesondere auch mit Blick auf in Studien nachgewiesene gesundheitsförderliche Effekte einer solchen Ernährungsform auf häufig assoziierte Komorbiditäten (z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen).

Die beste Evidenz dafür gibt es für die mediterrane Kost. Dabei sollte darauf hingewiesen werden, dass die klassische (insbesondere in Studien wie PREDIMED untersuchte) mediterrane Ernährung stets auch kohlenhydrat-reduziert war, was vor allem den Anteil von raffiniertem Zucker anbelangt.

Eine routinemäßige Mikrobiom-Analyse als Basis einer individualisierten Ernährungstherapie kann derzeit nicht empfohlen werden, da sich daraus keine anderen therapeutischen Empfehlungen als die derzeit geltenden ableiten lassen. Die Untersuchungen sind zudem kostenintensiv und werden nicht von den Krankenkassen übernommen.

Fastentherapien, als klassisches Heilfasten über 5-10 Tage oder in Form moderner „fasting- mimicking diets“, können bei fehlenden Kontraindikationen durch methodisch erfahrene Ärzte überwacht und ergänzend zur Ernährungstherapie probatorisch eingesetzt werden. Da inzwischen eine wachsende Evidenz auf günstige Effekte des Fastens bei Bluthochdruck und Diabetes Typ 2 weist, kann Fasten zudem bei Vorliegen dieser Komorbiditäten empfohlen werden, insbesondere dann, wenn Patienten für eine solche Maßnahme motiviert sind.

Diskussion und Fazit

Die aktuellen Empfehlungen der DGRh basieren auf der derzeit vorhandenen Studien-Evidenz. Die Kommission empfiehlt, Patienten qualifiziert und bestmöglich über eine Ernährung zu informieren, die Entzündungsvorgänge hemmt bzw. nicht weiter verstärkt. Dafür sollten die Kapazitäten in den kommenden Jahren auch im ambulanten (akut-medizinischen) Bereich verbessert werden. Betont werden sollte dabei immer der supportive Therapieansatz – die medikamentöse Therapie sollte in jedem Fall fortgeführt werden. Wünschenswert wären zudem Langzeitstudien, insbesondere zur Adhärenz, Krankheitsverlauf und Langzeitprognose unter bestimmten Ernährungsformen.

Take-Home-Message

Patienten mit muskulo-skelettalen Erkrankungen sollte aufgrund der aktuellen Evidenz eine vollwertige ballaststoffreiche (pflanzenbasierte), fleischreduzierte Ernährung empfohlen werden.

Literatur

Chan, E., House, M.E., Petrie, K.J., Horne, A., Taylor, W.J., Dalbeth, N. (2014): Complementary and alternative medicine use in patients with gout: a longitudinal observational study. Journal of clinical rheumatology : practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases, 20: 16-20. doi:10.1097/RHU.0000000000000059.

Chatfield, S. M., Dharmage, S. C., Boers, A., Martin, B. J., Buchanan, R. R. C., Maksymowych, W. P., Schachna, L. (2009): Complementary and alternative medicines in ankylosing

spondylitis: a cross-sectional study. Clinical rheumatology, 28: 213-217. doi:10.1007/s10067-008-1029-3.

Keyßer, G., Michalsen, A., Reuß-Borst, M., Frohne, I., Gläß, M., Pfeil, A., Schultz, O., Seifert, O., Sander, O. (2023): Empfehlungen der Kommission Komplementäre Heilverfahren und Ernährung zu Ayurvedischer Medizin, Homöopathie, Ernährung und mediterraner Kost. Z Rheumatol, 82: 517-531.

Lapane, K. L., Sands, M. R., Yang, S., McAlindon, T. E., Eaton, C. B. (2012): Use of complementary and alternative medicine among patients with radiographic-confirmed knee osteoarthritis. Osteoarthritis and cartilage / OARS, Osteoarthritis Research Society, 20: 22-28. doi:10.1016/j.joca.2011.10.005.

Sharpe, P. A., Wilcox, S., Schoffman, D. E., Hutto, B., Ortaglia, A. (2016): Association of complementary and alternative medicine use with symptoms and physical functional performance among adults with arthritis. Disabil Health J, 9: 37-45. doi:10.1016/j.dhjo.2015.06.006.

Fibro-Aktiv: Trainingsprogram für Patient*innen mit schwerer Fibromyalgie – Evaluation und systematische Literatursuche

Martin Gehlen[1]; Nina Göhle[1]; Tim Below[2]; Shahin Zolfaghari[1]; Michael Schwarz-Eywill[1]

[1] Klinik DER FÜRSTENHOF; [2] Universität Vechta

Hintergrund und Zielstellung

Die Behandlung von Patient*innen mit Fibromyalgie ist eine komplexe Herausforderung. Dieses gilt insbesondere für eine Subgruppe, bei der besonders starke funktionelle Einschränkungen und psychische Komorbiditäten bestehen. Ziele dieser Studie sind die Etablierung eines spezifischen Reha-Programms für diese Subgruppe und der Abgleich mit der Literatur.

Methoden

Das Fibro-Aktiv-Programm beinhaltet spezifische auf die Patientengruppe abgestimmte Anwendungen, die von einer psychoedukativen Schulung begleitet werden. Die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit zu Beginn und zum Ende der Rehabilitation wurde mittels 6-Minuten-Gehtest ermittelt. Die Ergebnisse wurden im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche mit anderen Programmen verglichen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 71 Patient*innen (w=66, m=5) [w=weiblich, m=männlich] eingeschlossen. Das Alter betrug 54,2±7,7 Jahre. Die Erkrankung wurde vor 7,56±7,96 Jahren diagnostiziert. Es bestanden Übergewicht (BMI: 30,91±7,28 kg/m2), ein starkes Schmerzniveau (VAS: 7,43±1,6), eine starke psychische Belastung (PHQ-4: 6,47±3,0) und deutliche FMS-spezifische Beschwerden (FIQ: 65,65±15,29). Die Alltagsaktivitäten waren eingeschränkt (FFbH: 63,27±18,36). Die Muskelkraft war eingeschränkt (Handkraft rechts 15,24±10,76 kg; links: 13,16±9,18 kg). In allen 3 Subscalen des MFIS wurden mittel-hochgradige Werte für

Fatigue ermittelt (MFIS-Physisch: 3,00±0,63; MFIS-Kognitiv: 2,59±0,72; MFIS-Psychosozial: 2,72±0,88).

Im 6-Minuten-Gehtest wurde zu Beginn der Rehamaßnahme 464,72±93,8 m und am Ende der Reha 507,61±106,5 m erreicht ($p < 0{,}001$), somit eine Verbesserung um 42,89m.

Eine systematische Literatursuche im Pub Med wurde unter den Stichworten „Fibromyalgia“ und „6 minutes walking test“ durchgeführt (Abb. 1). Die Ergebnisse wurden mit der Studie verglichen.

Abb. 1: Prisma Schema

Diskussion und Fazit

Das Fibro-Aktiv-Programm zeigte eine hochsignifikante Verbesserung der aeroben Leistungsfähigkeit von Patient*innen mit besonders schwerem Verlauf einer Fibromyalgie.

Das Ergebnis des 3-wöchigen spezifischen Programmes zeigt vergleichbare Ergebnisse wie die über mehrere Monate laufenden bislang publizierten Programme.

Take-Home-Message

Durch ein spezifisches multimodales Rehabilitationsprogramm können auch bei stark betroffenen Patient*innen mit Fibromyalgie eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit erreicht und wieder Freude an Bewegung vermittelt werden.

Literatur

Bidonde, J., Busch, A. J., Webber, S. C., Schachter, C. L., Danyliw, A., Overend, T. J., Richards, R. S. & Radar, T. (2014): Aquatic exercise training for fibromyalgia. Cochrane Database of systematic Reviews, 10, 1 – 131. DOI: 10.1002/14651858.CD011336.

Latorre, P. A., Santos, M. A., Heredia-Jiménez, J. M., Delgado-Fernández, M., Soto, V. M., Manas, A., Carbonell-Baeza, A. (2013): Effect of a 24-week physical training programme (in water and on land) on pain, functional capacity, body composition and quality of life in women with fibromyalgia. Clin Exp Rheumatol, 31 (79), 72 – 80. PMID: 24373364.

Lima, T., Dias, J., Mazuquin, B., da Silva, C., Nogueira, M., Marques, A., Lavado, E.,Cardoso, J. (2013): The effectiveness of aquatic physical therapy in the treatment of fibromyalgia: a systematic review with meta-analysis. Clinical Rehabilitation, 27 (10), 892 – 908.DOI: 10.1177/0269215513484772.

Salvat, I., Zaldivar, P., Monterde, S., Montull, S., Miralles, I. & Castel, A. (2016): Functional status, physical activity level, and exercise regularity in patients with fibromyalgia after Multidisciplinary treatment: retrospective analysis of a randomized controlled trial. Rheumatol International, 37, 377 – 387. DOI 10.1007/s00296-016-3597-x.

Intervalltraining oder kontinuierliches Ausdauertraining bei Cystischer Fibrose: Effekte auf die körperliche Leistungsfähigkeit während einer Reha-Maßnahme

Wolfgang Gruber[1]; Jana Koop[1]; Franziska Anna Hägele[1]; Christian Falkenberg[2]; Stefan Dewey[3]; Burkhard Weisser[1]; Anja Bosy-Westphal[1]

[1] Christian-Albrechts-Universität zu Kiel;
[2] Fachklinik Satteldüne der Deutschen Rentenversicherung Nord;
[3] Strandklinik St. Peter-Ording

Hintergrund und Zielstellung

Studien zeigen, dass die Lebenserwartung von Menschen mit Cystischer Fibrose (pwCF) unter anderem von der Lungenfunktion (forcierte exspiratorische Einsekundenkapazität (in %, ppFEV1)) und der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit abhängt (Radtke et al., 2022). Körperliche Aktivität und Bewegungstraining sind daher wichtige Säulen in der Therapie der CF (Lopez et al., 2023).

Primäres Ziel des körperlichen Trainings bei pwCF ist daher die Verbesserung der maximalen Sauerstoffaufnahme (VO2peak) als Parameter der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit (Radtke et al., 2022). Empfohlen wird ein moderates bis intensives Training über 30 bis 60

Minuten (MICT) (Radtke et al., 2022). Andere Trainingsformen, wie das hochintensive Intervalltraining (HIIT), das bei koronarer Herzkrankheit (KHK) bereits etabliert ist (Hannan et al., 2018), werden bei pwCF bisher nur selten eingesetzt (Sawyer et al., 2020; Gruber et al., 2013).

Das Ziel dieser laufenden randomisierten kontrollierten Studie ist es daher, die Effekte von Trainingsinterventionen mit unterschiedlichen Trainingsintensitäten (HIIT oder MICT) auf die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit zu untersuchen.

Methoden

56 pwCF (34f/22m) im Alter von 38±10Jahren (19-58 Jahre) und einem ppFEV1 von 64,4±19,1%pred. (35,0-110,0%pred.) wurden bislang untersucht. Die VO2peak und die Wattleistung (Wpeak) wurden mittels Spiroergometrie auf dem Fahrradergometer (Godfrey- Protokoll) bestimmt. Die pwCF wurden nach dem Schweregrad der Erkrankung (ppFEV1 40- 70% pred. oder >70% pred.) randomisiert entweder dem HIIT oder der MICT zugeteilt. Die Trainingshäufigkeit betrug 3 Einheiten/Woche über 4 Wochen auf einem Fahrradergometer (HIIT: 10 Einheiten à 1 min, Trainingsintensität 90% der VO2peak gefolgt von einer aktiven Pause von 2 min bei 40% der VO2peak; MICT 30 min bei konstanter Belastung von 60% der VO2peak). An den beiden anderen Tagen wurde ein Krafttraining und eine Einheit mit kleinen/großen Spielen durchgeführt. Die Daten wurden während einer 4- wöchigen stationären Rehabilitation in zwei spezialisierten CF-Zentren erhoben.

Ergebnisse

In beiden Gruppen hatte die Trainingsintervention bislang keinen signifikanten Effekt auf die klinischen Parameter ppFEV1, Gewicht und BMI ($p > .05$). Am Ende der Rehabilitation verbesserte sich die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit in der MICT-Gruppe deutlicher (MICT: VO2peak +7,6%, $Z = -2.730$, $p= .006$, Wpeak +11,9, $Z = -3.135$, $p= .002$) als in der HIIT-Gruppe (VO2peak +3,9%, $Z = -1.886$, $p= .059$, Wpeak +6,5, $Z = -2.602$, $p= .009$). Für den Faktor Trainingsprogramm zeigte sich dagegen sowohl für VO2peak ($Z = .955$, $p= .320$) als auch für Wpeak ($Z = -1.099$, $p= .272$) kein Haupteffekt.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass ein HIIT und MICT gleichermaßen geeignet sind, die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit bei pwCF im Rahmen einer stationären Rehabilitation zu verbessern. Die Nachhaltigkeit der Trainingsprogramme hinsichtlich der Steigerung der körperlichen Aktivität wird derzeit im Follow-up untersucht.

Take-Home-Message

HIIT und MICT sind gleichermaßen zur Verbesserung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit bei pwCF während einer Reha-Maßnahme geeignet.

Literatur

Gruber, W., Orenstein, D. M., Braumann, K. M., Beneke, R. Interval exercise training in cystic fibrosis - effects on exercise capacity in severely affected adults. Journal of cystic fibrosis: official journal of the European Cystic Fibrosis Society. 2014;13:86–91. doi:10.1016/j.jcf.2013.06.005.

Hannan, A. L., Hing, W., Simas, V., Climstein, M., Coombes, J. S., Jayasinghe, R. et al. High-intensity interval training versus moderate-intensity continuous training within cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. Open Access J Sports Med. 2018;9:1–17. doi:10.2147/OAJSM.S150596.

Lopez, A., Daly, C., Vega-Hernandez, G., MacGregor, G., Rubin, J. L. Elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor projected survival and long-term health outcomes in people with cystic fibrosis homozygous for F508del. Journal of cystic fibrosis : official journal of the European Cystic Fibrosis Society. 2023;22:607–14. doi:10.1016/j.jcf.2023.02.004.

Radtke, T., Smith, S., Nevitt, S. J., Hebestreit, H., Kriemler, S. Physical activity and exercise training in cystic fibrosis. Paediatric respiratory reviews. 2022;44:47–52. doi:10.1016/j.prrv.2022.08.001.

Sawyer, A., Cavalheri, V., Jenkins, S., Wood, J., Cecins, N., Bear, N. et al. High-Intensity Interval Training Is Effective at Increasing Exercise Endurance Capacity and Is Well Tolerated by Adults with Cystic Fibrosis. J Clin Med 2020. doi:10.3390/jcm9103098.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

Welchen Effekt hat die Anwendung von neuen Gamification-Produkten auf die Handfunktion bei orthopädischen Reha-Patienten? Eine monozentrische Studie

Heithem Ben Abdallah; Heinz-Herbert Homann; Tobias Ohmann; Christian Schmitz; Janina-Sophie Tennler

Berufsgenossenschaft Klinikum Duisburg

Hintergrund und Zielstellung

Gamification ist ein leistungsstarkes Instrument zur Unterstützung des Rehabilitationstherapieprozesses (Adlakha et al., 2020). Der ersten Implementierung eines neuen Rehabilitationsgeräts stehen jedoch mehrere Herausforderungen im Weg. Insbesondere die Rehabilitation nach handchirurgischen Eingriffen bleibt weiterhin von der Motivation und Compliance des Patienten abhängig. Daher besteht ein hoher Bedarf an der Implementierung technologiebasierter personalisierter Lösungen, um Patienten bei der Durchführung eines spielerischen Rehabilitationsprogramms anzuleiten und zu ermutigen.

Das Ziel dieser Studie besteht darin, den Einfluss von Gamification-Training auf die funktionellen Ergebnisse bei Rehabilitationspatienten zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurden zwei neuartige Gamification-Systeme, eine Tablet-basierte Handmobilisierung (Routine Health GmbH) und einen Reha-Handschuh (Cynteract) miteinander verglichen.

Methoden

60 stationäre Patienten des BG Klinikums Duisburg wurden zufällig einer der beiden Gamification-Gruppen zugeteilt. Die Stichprobe durchlief eine vierwöchige stationäre Rehabilitation, während der sie zusätzlich die Trainingsintervention durchführte. Das Kollektiv umfasste schwere Hand- und Armverletzungen, einschließlich

Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) und Verletzungsartenverfahren (VAV). Alle Patienten füllten den Fragebogen zu DASH, die SF-36 (Bestimmung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität), VAS (Schmerzmessung eine visuelle Analogskala) vor (T0) und nach dem Training (T1) aus. Der Bewegungsumfang (ROM) wurde von Physiotherapeuten aufgezeichnet.

Ergebnisse

Die Studienergebnisse spiegeln wider, dass die vierwöchige Nutzung eines interaktiven, Tablet-basierten Trainings- und eines Reha-Handschuhs gleichermaßen die Handfunktion verbessert. Alle zwei Gruppen zeigten einen signifikanten Rückgang des DASH-Scores. Dieser Rückgang spiegelt eine erhöhte Handfunktion wider. Der mittlere DASH verbesserte sich von 57 ± 19 auf 47 ± 17,53 in der Gruppe mit Tablet-basierter Handmobilisierung und von 68,62 ± 8,53 auf 60,24 ± 15,7 in der Gruppe mit Reha-Handschuhen. Darüber hinaus verbesserten sich Parameter wie SF36, ROM und VAS nach dem vierwöchigen Training deutlich ($P < 0,05$).

Diskussion und Fazit

Wir konnten zeigen, dass zwei neuartige Gamification-Systeme die Handfunktion bei Reha-Patienten verbessern konnten. Da der Motivations- und Spaßfaktor für die Reha des Patienten sehr wichtig ist, könnten diese Punkte in Zukunft vertieft untersucht werden, um das Ergebnis für den Patienten zu optimieren.

Take-Home-Message

Effekt bei die Anwendung von neuen Gamification-Produkten auf die Handfunktion bei orthopädischen Reha-Patienten

Literatur

Adlakha, S., Chhabra, D., Shukla, P. (2020): Effectiveness of gamification for the rehabilitation of neurodegenerative disorders. Chaos, Solitons & Fractals. 2020;140:110192.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Eine Forschungsagenda für die angewandte Rehabilitationsforschung in der Pensionsversicherung

Doreen Stöhr; Martin Matzka; Isabella Hager; Monika Mustak-Blagusz; David Felder

Pensionsversicherung

Hintergrund und Zielstellung

Die Pensionsversicherung (PV) hat als größter Pensionsversicherungsträger in Österreich eine Forschungsabteilung geschaffen, deren Aufgabe es ist, angewandte Rehabilitationsforschung zu betreiben. Die vielfältigen potentiellen Forschungsfelder und Forschungstätigkeiten in der Rehabilitation machen eine mittel- und langfristige Planung und Strukturierung der Forschungstätigkeiten in der PV unumgänglich, um einen zielorientierten Einsatz von organisationsinternen Forschungsressourcen zu fördern.

Zu diesem Zweck wurde erstmalig in Österreich eine organisationsspezifische Forschungsagenda für die angewandte Rehabilitationsforschung entwickelt, in welcher besonders prioritäre, zukunftsorientierte und innovative Forschungsbereiche, Forschungsfelder und Forschungsthemen identifiziert wurden. In diesem Beitrag werden erste Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus dem Entwicklungsprozess vorgestellt.

Methoden

Die Entwicklung der Agenda erfolgte mittels eines sequenziellen, iterativen, multiperspektivischen und multimethodischen Forschungsdesigns mit qualitativen und quantitativen Anteilen.

Im Rahmen einer narrativen Literaturrecherche (Greenhalgh et al., 2016) wurden zunächst internationale Forschungsagenden und Grundlagenliteratur der Rehabilitationsforschung gesichtet, um potentielle Forschungsthemen zu identifizieren. Begleitend wurden 52 problemzentrierte Interviews (Gläser & Laudel, 2010) mit Expert*innen aus der Rehabilitationspraxis (Ärzt*innen, Pfleger*innen, Therapeut*innen), der Rehabilitationswissenschaft, der Führungsebene der eigenen Rehabilitationseinrichtungen der PV (Leitungen im ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie der Verwaltung) und außerdem mit Mitgliedern der Verwaltung in der Sozialversicherung geführt (Stöhr et al., 2022). Die generierten Daten wurden qualitativ analysiert, aufbereitet und zusammengeführt.

Sie dienten als Grundlage für die Durchführung einer Delphi-Befragung (Cuhls, 2019) in einer vergleichbar zusammengesetzten Expert*innengruppe, die in zwei Befragungsrunden (n1 = 163 bzw. n2 = 151) Prioritätseinschätzungen unterschiedlicher Forschungsinhalte in der angewandten Rehabilitationsforschung abgaben. Alle gewonnenen Erkenntnisse flossen in die Formulierung der Forschungsagenda ein.

Ergebnisse

Die vier übergeordneten Forschungsbereiche INDIVIDUUM, INTERVENTION, INSTITUTION und INTERDISZIPLINÄRE FORSCHUNG stellen den abstrahierten Rahmen der

Forschungsagenda dar, innerhalb dessen elf generelle Forschungsfelder identifiziert wurden. Diese untergliedern sich wiederrum in 31 Forschungsthemen mit insgesamt 116 konkreten Forschungsinhalten, deren Forschungspriorität multiperspektivisch bewertet wurden.

In den Bereich INDIVIDUUM entfallen die Forschungsfelder Zielgruppenorientierung, Krankheitsbilder und Erwerbsleben. Die Rehabilitand*innen mit ihren individuellen Bedürfnissen, Ressourcen und Lebenswelten in den Mittelpunkt der Versorgung zu stellen, ist notwendig, um rehabilitand*innenzentrierte, bedarfsgerechte und teilhabeorientierte Maßnahmen bzw. Angebote der Rehabilitation entwickeln, erforschen und implementieren zu können.

Im Bereich der INTERVENTION wurden die Forschungsfelder Bedarf und Zugang, Ziele und Wirkung verortet. Umfassender Forschungsbedarf besteht vor allem rund um den bedarfsgerechten Zugang zu Interventionen, deren Ziel- und Teilhabeorientierung, sowie den diesbezüglichen Nachweisen der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Rehabilitation.

Für den Bereich INSTITUTION konnten die Forschungsfelder Versorgungssystem und Organisationsspezifische Rahmenbedingungen identifiziert werden. Als Institution werden die für die Rehabilitation rahmen- und formvorgebenden Strukturen, Regeln und Bedingungen verstanden, die sich im übergeordneten Gesundheits- und Sozialsystem ebenso wie in organisatorischen Rahmenbedingungen der PV als Rehabilitationsträger – und damit auch in der Forschung - widerspiegeln.

Im Bereich INTERDISZIPLINÄRE FORSCHUNG wurden die Forschungsfelder Forschungsansätze, Theorien und Modelle sowie Instrumente und Datennutzung identifiziert. Die inhärent interdisziplinäre Rehabilitation erfordert ebenso interdisziplinäre Forschung, die sich einem breiten Fundus an Studiendesigns, Methoden, Theorien und Datenquellen bedienen muss, um wissenschaftlich wie praktisch relevante Evidenz generieren zu können.

Abb. 1: Forschungsagenda angewandte Rehabilitationsforschung in der PV - Grobübersicht (eigene Darstellung)

Diskussion und Fazit

Die multiperspektivische Entwicklung einer Forschungsagenda ist ein entscheidender Schritt, um sicherzustellen, dass sich die angewandte Rehabilitationsforschung in höchstmöglichem

Maße an den konkreten, aktuellen und mitunter divergierenden Erkenntnisinteressen der Praktiker*innen, Wissenschaftler*innen und Verwaltungskräfte im Bereich der Rehabilitation orientieren. Damit eröffnen sich breite interdisziplinäre Forschungsfelder, die auf Mikro-, Meso- und Makroebene strukturiert untersucht werden können.

Take-Home-Message

Multiperspektivität ist ein Schlüsselelement bei der Entwicklung einer Agenda für angewandte Rehabilitationsforschung, die interdisziplinär relevante Erkenntnisse hervorbringen soll, in welchen sich alle Akteur*innen im komplexen Rehabilitationssystem wiederfinden können.

Literatur

Cuhls, K. (2019). Die Delphi-Methode – eine Einführung. Delphi-Verfahren in den Sozial-und Gesundheitswissenschaften: Konzept, Varianten und Anwendungsbeispiele, 3-31.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen (4. Aufl.). Springer.

Greenhalgh, T., Raftery, J., Hanney, S., Glover, M. (2016). Research impact: a narrative review. BMC Med 14, 78.

Stöhr, D., Graf, D., Matzka, M., Skoumal, M., Felder, D. (2022). Entwicklung einer Forschungsagenda für die Reha-Forschung in der österreichischen Pensionsvericherungsanstalt. 31. Rehawissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften Band 126.

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

Entwicklung und Konsentierung des ReCoVer-Handlungskatalogs zur Bewältigung pandemiebedingter Herausforderungen in der medizinischen Rehabilitation

Kübra Annaç; Jana Fieselmann; Diana Wahidie; Sabahat Ölcer; Anna Audia; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska

Universität Witten/Herdecke

Hintergrund und Zielstellung

Die zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie erforderlichen Maßnahmen wie Kontaktbeschränkungen gingen in der medizinischen Rehabilitation mit zahlreichen Herausforderungen für alle beteiligten Stakeholder einher (Brünger, 2023). Im Laufe der letzten drei Jahre haben medizinische Rehabilitationseinrichtungen und ihre Mitarbeitenden Strategien entwickelt, um sich auf eine neue Versorgungsrealität einzustellen (Leibbrand, Seifart, 2021). Bislang war wenig darüber bekannt, wie gut diese Strategien in der Lage sind, der Vielfalt der Bedürfnisse Rechnung zu tragen und welche Unterstützungsbedarfe auf Seiten aller Akteure bestehen. Ziel des ReCoVer-Projektes war es, aus einer intersektionalen Multi-Stakeholder-Perspektive Good-Practice-Ansätze zu identifizieren und diese unter Anwendung eines mehrstufigen Konsentierungsprozesses in

einen Handlungskatalog zur Bewältigung von Herausforderungen durch Pandemien in der medizinischen Rehabilitation zu synthetisieren.

Methoden

Auf Grundlage eines Mixed-Methods-Designs wurden Daten aus fünf unterschiedlichen qualitativen und quantitativen Forschungsansätzen trianguliert und in einem Diskussionszirkel mit Expert*innen aus dem Bereich rehabilitativer Versorgung sowie mit Versorgungsnutzer*innen diskutiert. Anhand der Projektergebnisse wurden partizipativ Handlungsoptionen erarbeitet, die in einem mehrstufigen Prozess der Abstimmung durch Expert*innen aus Forschung und Praxis sowie Einrichtungsleitungen konsentiert wurden. Zur Konsentierung wurde ein mehrstufiges Abstimmungsverfahren unter Anwendung der Delphi- Technik (Murphy et al., 1998) eingesetzt.

Ergebnisse

Aus den triangulierten Projektergebnissen wurde der ReCoVer-Handlungskatalog entwickelt. Der Handlungskatalog greift die Problemlagen der Einrichtungsleitungen, der Mitarbeitenden sowie der (potenziellen) Rehabilitand*innen in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen auf und stellt konkrete Handlungsoptionen zur ihrer Bewältigung vor. Es werden insgesamt 263 Handlungsoptionen für die Zielgruppe der Einrichtungsleitungen (148), Mitarbeitenden (60) und (potenziellen) Rehabilitand*innen (59 Handlungsoptionen) vorgeschlagen. Im Rahmen der letzten Stufe der Konsentierung erreichten 81,4% der Handlungsoptionen einen starken Konsens (214 von 263 Handlungsoptionen) und 18,6% einen Konsens (49 von 263) seitens der Expert*innen zur Aufnahme in den ReCoVer-Handlungskatalog als Good- Practice-Ansatz.

Diskussion und Fazit

Bei der Entwicklung von Handlungsoptionen für den ReCoVer-Handlungskatalog wurde ein mehrstufiger Prozess der Konsentierung genutzt, der verschiedene Zielgruppen aufeinanderfolgend in den Abstimmungsprozess inkludierte. Die Zielgruppe der Rehabilitand*innen und der Rehabilitationseinrichtungen wurden während der gesamten Projektdurchführung partizipativ in die Forschungsaktivitäten einbezogen. Durch den intersektionalen Ansatz und die Multi-Stakeholder-Perspektive bei der Entwicklung des Handlungskatalogs konnten unterschiedliche Bedarfe und Ressourcen abgedeckt werden, die in die Entwicklung der insgesamt 263 Handlungsoptionen berücksichtigt wurden.

Take-Home-Message

Die multiperspektivischen Projektergebnisse mündeten im ReCoVer-Handlungskatalog, der Einrichtungen praxisnah dabei unterstützen soll, in Pandemiesituationen und anderen Krisen eine adäquate rehabilitative Versorgung zu gewährleisten.

Literatur

Brünger, M., Köhn, S., Schall, F., Burchardi, J. M., Schlumbohm, A., Jansen, E. & Spyra, K. (2023): Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Sucht-Rehabilitation und-Nachsorge (CoV-AZuR). Eine Mixed-Methods-Studie. Tagungsband 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 48.

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

Murphy, M. K., Black, N. A., Lamping, D. L., McKee, C. M., Sanderson, C. F., Askham,J. & Marteau, T. (1998): Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. Health technology assessment 2 (3), 1-88.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Herausforderungen und Bedarfe in der COVID-19-Rehabilitation aus Sicht von Patient*innen und Mitarbeitenden von Rehakliniken

Jana Stucke[1]; Stefanie Gillitzer[1]; Isabel Meier[2]; Thorsten Meyer-Feil[3]

[1] Universität Bielefeld; [2] Klinik Martinusquelle; [3] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Mit der COVID-19-Pandemie ergab sich für die Rehabilitationskliniken eine zusätzliche und neue Klientel. Zunächst bestand diese aus Patient*innen, die nach schweren Verläufen und intensivmedizinischer Behandlung rehabilitationsbedürftig entlassen wurden. Im Verlauf entwickelten auch Personen mit milderen Verläufe Long- und Post-COVID-19 Syndrome, mit einer Vielzahl physischer, kognitiver und psychischer funktionaler Gesundheitsbeeinträchtigungen. Diese Entwicklung bringt neue Anforderungen und Herausforderungen für die medizinische Rehabilitation mit sich. Erste Studien zeigen, dass die medizinische Rehabilitation signifikante Verbesserungen erzielen und damit einen positiven Einfluss auf den Genesungsverlauf haben kann (Rutsch et al., 2023). Dennoch gibt es Personen, die auch zwei Jahre nach der akuten SARS-CoV-2-Infektion Beeinträchtigungen im Alltag erleben und nicht arbeitsfähig sind (Van Wambeke et al., 2023). Ziel dieses Beitrags ist es einerseits, Rehabilitationsbedarfe aufzuzeigen und andererseits, Herausforderungen abzubilden, vor denen die Rehabilitationseinrichtungen bei der Rehabilitation von COVID-Patient*innen stehen.

Methoden

Zwischen August 2022 und Oktober 2023 wurden 14 Interviews mit Personen etwa zwölf Monate nach ihrem Aufenthalt in einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung geführt. Die Rekrutierung erfolgte über drei kooperierende Rehabilitationskliniken mit kardiologische, pneumologischer und neurologischer Ausrichtung. Die Interviews verfolgten einen narrativen Ansatz und thematisierten die Erlebnisse und Erfahrungen der Teilnehmenden mit ihrer COVID-19-Erkrankung vom Beginn der Pandemie bis zum Zeitpunkt des jeweiligen Interviews. Ein aktuelles Interview aus Oktober 2023, vier Monate nach Rehabilitation, stellt einen Kontrastfall im Hinblick auf den Zeitpunkt der Rehabilitation dar. Außerdem wurden drei Gruppendiskussionen und fünf Expert*inneninterviews mit Mitarbeitenden (MA) aus oben genannten Rehabilitationskliniken geführt. Mittels teilstrukturierter Leitfäden wurden Pandemieerfahrungen der Mitarbeitenden sowie die Herausforderungen bei der Behandlung

von COVID-19-Rehabilitand*innen erfragt. Das Einschlusskriterium für die Expert*innen war, dass sie mindestens seit Beginn der Pandemie in der Klinik arbeiten und somit in der Lage sind, die Veränderungen der Rehabedarfe zu rekonstruieren. Die Auswertung der Interviews und Fokusgruppen erfolgte anhand der strukturierten Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

Ergebnisse

Die Berichte der MA zeigen, dass sich die Rehabilitationsbedarfe im Verlauf der Pandemie von primär physischen hin zu neurokognitiven, psychosomatischen und sozialmedizinischen Problemfeldern verlagerten. Der Klientelwandel bedeutete für MA stetige Veränderungen ihrer Tätigkeit und Anpassungen von Interventionen und sozialer Interaktion: Beschrieben wird ein höherer Gesprächsbedarf und vermehrt psychische Belastungen. Zentrale Themen sind in diesem Zusammenhang sozialmedizinische Fragen, Existenz- und Zukunftsängste sowie der Umgang mit Arbeits- und Berufsunfähigkeit. COVID-19-Rehabilitand*innen seien wenig und wechselhaft belastbar und benötigten flexible Therapiepläne und Regenerationszeiten. Eine zusätzliche Herausforderung ergibt sich aus der Rehabilitationsdiagnostik. Aus Sicht der MA kann diese die vielschichtigen und komplexen Alltagsprobleme nur unzureichend abbilden. Dies erschwere die Einschätzung und Prognose der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit.

Aus Rehabilitand*innenerspektive wird ein Bedürfnis nach Information und langfristigen Prognosen deutlich. Betroffene erwarten, dass Rehabilitationseinrichtungen über aktuelle Erkenntnisse, bspw. hinsichtlich Ursachen und Behandlung von Post-COVID-19, verfügen. Negativ konnotiert sind Erfahrungen, wenn eine Diskrepanz zwischen Erwartungen an die Rehabilitation und der tatsächlich erhaltenen Behandlung besteht und wenn der Fokus der Intervention ausschließlich auf ein Symptom ausgerichtet ist oder psychosoziale Belastungen nicht angemessen berücksichtigt werden. Rehabilitand*innen wünschen sich, im Rahmen der Therapien aktiv mitwirken zu können und dass ihre Einschätzung der Leistungsfähigkeit berücksichtigt wird. Personen, die bereits mehrere Monate bis Jahre unter den Folgen ihrer COVID-19-Erkrankung leiden, benötigen Strategien für das Selbst- und Krankheitsmanagement sowie den Umgang mit persistierenden Symptomen im Alltag. Die Erfahrungen und der Austausch in der Reha kann eine Entlastung für die Betroffenen darstellen und förderlich für die Krankheitsbewältigung, Akzeptanz und Annahme der eigenen Erkrankung darstellen.

Diskussion und Fazit

Insgesamt betonen die Ergebnisse die Langfristigkeit der Post-COVID-Symptome und die damit einhergehenden Beeinträchtigungen im Alltag sowie den Bedarf an langfristiger, teilhabeorientierter Versorgung. Vor diesem Hintergrund scheint es essenziell, sozialmedizinische und psychologische Aspekte bei der (Weiter-) Entwicklung geeigneter Therapiekonzepte einzubeziehen. Auch die Vermittlung von Strategien zum Selbst- und Krankheitsmanagement müssen zentraler Bestandteil der Rehabilitation und Nachsorge sein. Maßnahmen, wie ambulante und Tele-Rehabilitation, kontinuierliche Heilmittverordnungen, erneute stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Schulung von medizinischem Fachpersonal, um ein Bewusstsein für den Wandel der Klientel zu erlangen, können Ansätze sein, um den vielschichtigen und langanhaltenden Bedarfen zu begegnen.

Take-Home-Message

In der COVID-19-Rehabilitation sind langfristige, flexible Reha- und Nachsorgekonzepte sowie psychosoziale und sozialmedizinische Unterstützung von zentraler Bedeutung.

Literatur

Rutsch, M., Frommhold, J., Buhr-Schinner, H., Gross, T., Schüller, P. O., & Deck, R. (2023): Pneumologische Rehabilitation bei Long Covid–Gesundheitliche Veränderungen am Ende der stationären Rehabilitationsmaßnahme. Die Rehabilitation.

Van Wambeke, E., Bezler, C., Kasprowicz, A. M., Charles, A. L., Andres, E., & Geny, B. (2023): Two-years follow-up of symptoms and return to work in complex post-COVID-19 patients. Journal of Clinical Medicine, 12(3), 741.

Identifikation und Entwicklung von curricularen Lehr- und Lernmaterialien für die arbeitsmarktorientierte Beratung von Menschen mit geistigen Behinderungen in WfBM und Arbeitgeber*innen – ein Beitrag zur Teilhabeforschung des Include³-Projekts

Silvia Keller; Jenny Schulz

Hochschule der Bundesagentur für Arbeit

Hintergrund und Zielstellung

Das durch die Europäische Union kofinanzierte Projekt Include³ - Pathways towards Inclusion hat das Ziel, Beispiele guter Praxis für den Übergang aus geschützter Beschäftigung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu identifizieren, zu verbreiten und zu übernehmen (Keller, Körtek & Schulz, 2023). Mit der CRPD rückten die Rechte von Menschen mit Behinderung stärker in den Fokus der Diskussionen in Gesellschaft und Politik (Deinert et al., 2022, 264 ff.). Nach wie vor ist die Anzahl der Übergänge aus geschützter Beschäftigung in den allgemeinen Arbeitsmarkt gering (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2021, S. 267). Der Großteil der in den WfbM Beschäftigten hat eine geistige Behinderung (Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e.V. – BAG WfbM, 2022). Include³ greift den Aufruf des Europäischen Parlaments nach mehr Forschung im Bereich der geschützten Werkstätten auf.

Die Zielsetzung des Posters besteht in der Beschreibung von Ableitungen für die Beratung, die berufliche Bildung und für eingesetzte Materialien, die im Übergangsprozess aus der WfbM in den Arbeitsmarkt zum Tragen kommen. Die Erkenntnisse wurden im Include³-Projekt gewonnen und fließen in die Entwicklung von Lehr- und Lernmaterialien und eines Lehrplans ein.

Methoden

Als Grundlage der Arbeit im Include³-Projekt dient eine Literaturrecherche und Dokumentenanalyse. Im Juli 2023 wurden zwei qualitative, leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen in Baden- Württemberg durchgeführt. Daran nahmen insgesamt 15 Befragte teil. Fokusgruppe A setzte sich aus vier Personen mit geistigen Behinderungen aus dem Berufsbildungsbereich zusammen. Fokusgruppe B beinhaltete zwei Teilnehmer*innen der Fokusgruppe A, drei

Arbeitgeber*innen, vier Inklusionsexpert*innen und vier Expert*innen aus dem Bereich der geschützten beruflichen Bildung. Die Auswertung erfolgte mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse. Expert*innendialoge begleiten den Entwicklungsprozess.

Ergebnisse

Das Forschungsposter legt seinen Schwerpunkt in der Darstellung der Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews.

Beratung:

Die Befragten der beiden Fokusgruppen gaben an, dass die Beratung bei der Integration in den Praktikumsplatz und bei der Integration in den Nischenarbeitsplatz in aufeinander aufbauenden Beratungsphasen (Orientierung, Erprobung, Entscheidung und Reflexion) erfolgt.

Lehr- und Lernmaterialien:

Aus den beiden Fokusgruppen wurde abgeleitet, dass Material benötigt wird, das flexibel und übergangsunterstützend eingesetzt werden kann. Bei dem benötigten Material ist zwischen rein informatorischem Material, das Abläufe erklärt und Fakten vermittelt, und methodischem Material, an dem aktiv gearbeitet werden kann, zu unterscheiden.

Berufliche Bildung:

Die Befragten der Fokusgruppen A und B beschrieben, dass in der beruflichen Bildung überfachliche und fachliche, berufsbezogene Inhalte vermittelt werden. Die Inhalte werden laut den befragten Bildungsexpert*innen (Fokusgruppe B) individuell auf die Situation und die beruflichen Wünsche der Werkstattbeschäftigten angepasst, sobald die Richtung des Übergangswunschs geklärt ist. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Anleitung Mindesterfordernisse an fachliche und überfachliche Bildungsinhalte beinhalten sollte.

Die Befragten gaben an, dass auch Jobcoaches, die eine beratende Rolle haben, berufliche Bildung vermitteln.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Fokusgruppen zeigen auf, dass Lehr- und Lernmaterialien (unter anderem auch in digitaler Form) für die Beratung und Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung und Unternehmen benötigt werden, die die Berater*innen innerhalb und außerhalb der WfbM für die Beratung einsetzen können.

Grundprinzipien der Beratung geben eine Richtung vor und zeigen einen Maßstab, an dem sich die Beratung messen kann. Neben den genannten Merkmalen stellt die Arbeit im Netzwerk einen wichtigen Gelingensfaktor dar.

Die Limitation der Ergebnisse liegt in der Fallstudie, die sich aus der Zusammenarbeit mit einer WfbM (als assoziierter Partner) ergibt. Folglich beziehen sich die Erkenntnisse der deutschen Fokusgruppen insbesondere auf die Praxis in dieser Organisation. Dieser Limitation wird auf internationaler Ebene entgegengewirkt, indem die Fokusgruppen mit denselben Fragen in Belgien, Zypern und Slowenien durchgeführt wurden.

Take-Home-Message

Curriculare Lehr- und Lernmaterialien für die arbeitsmarktorientierte Beratung von Menschen mit geistigen Behinderungen in WfbM und Arbeitgeber*innen sollten als Unterstützung für den Übergangsprozess ergebnisoffen, empowernd und partizipativ sein.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e.V. – BAG WfbM. (2022): Anzahl der wesentlichen Behinderungsarten in den Mitgliedswerkstätten zum 1. Januar 2021. Retrieved from https://www.bagwfbm.de/file/1517/.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Retrieved from https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=7.

Deinert, O., Welti, F., Luik, S., & Brockmann, J. (Hrsg.). (2022): StichwortKommentar Behindertenrecht (3. Auf.). Nomos.

Keller, S., Körtek, Y. & Schulz, J. (2023): Inclusion of people with intellectual disabilities into the labour market in Europe. Legal framework, sheltered workshop system and good practice in Belgium, Cyprus, Germany and Slovenia. Online verfügbar unter https://include3.eu/wp-content/uploads/2023/08/Include_3_Trannational_report.pdf.

Förderung: Kofinanziert über die Europäische Union

Teilnahme an einem Begleitpersonenprogramm in der Kinderrehabilitation. Einblicke in die Erfahrungswelten von Begleitpersonen

Judith Stumm; Sandra Fahrenkrog; Laura Klüpfel; Karla Spyra

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Im Rahmen der stationären Rehabilitation von Kindern mit chronischen Erkrankungen erfolgen unter Anwendung des biopsychosozialen Modells u. a. Maßnahmen zur Erleichterung im Umgang mit der Erkrankung und der nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität (Rosenecker et al., 2020).

In diesem Kontext nimmt insbesondere bei Kindern das soziale und familiäre Umfeld eine bedeutende Rolle ein. Eltern und andere Bezugspersonen sind im Alltag besonderen Belastungen ausgesetzt, v. a. im Umgang mit der Erkrankung des Kindes. Dies kann in Überforderung und Erschöpfung und damit einer Verringerung der Lebensqualität sowie eigener gesundheitlichen Beeinträchtigungen resultieren (Cousino et al., 2013).

Durch die Änderungen im Flexirentengesetz in 2017 zum Anspruch auf die Mitnahme einer Begleitperson werden nun im Rahmen von sogenannten Begleitpersonenprogrammen (BPP)

Eltern und Bezugspersonen in die Therapie der Kinder mit einbezogen und übernehmen die Rolle der Co-Therapeut*innen.

Zwei Rehabilitationskliniken setzen bereits seit einigen Jahren BPP um, in denen die Bezugspersonen u. a. in ihrer Erziehungskompetenz und Resilienz gestärkt werden. Kernelemente sind Schulungen, Training, Austausch und Beratung zu konfliktgeladenen Alltagskontexten. Diese beiden sehr ähnlichen BPP werden im Rahmen des durch die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz geförderten Projektes „Evaluation eines Begleitpersonenkonzeptes der Edelsteinklinik und der Klinik Viktoriastift“ hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, Flexibilität und des Verbesserungspotentials sowie der Zielgruppenpassung evaluiert. Dabei wurde auch die Zufriedenheit der Begleitpersonen mit dem BPP sowie ihre Einschätzung zu möglichem Optimierungspotential anhand von qualitativen Interviews exploriert.

Methoden

Die Durchführung der Interviews ist eingebettet in ein paralleles mixed-methods-Design.

Es wurden 12 begleitende Bezugspersonen zu Beginn und zum Ende ihres Rehaaufenthalts telefonisch interviewt.

Diese methodische Vorgehensweise lässt die Untersuchung des Prozesscharakters hinsichtlich der Erwartungen der begleitenden Bezugspersonen an ihre Teilnahme am BPP zu Beginn- sowie der Zufriedenheit und Erfüllung der Erwartungen zum Ende des Rehaaufenthalts zu.

22 Interviews wurden audiodigital aufgenommen, anonymisiert transkribiert und inhaltsanalytisch anhand der Framework Analyse (Gale et al., 2013) ausgewertet.

Ergebnisse

Die berichtete Erschöpfung, mit der die Begleitpersonen zur Reha des Kindes anreisen, wird in den Interviews zu Beginn des Rehaaufenthalts sehr deutlich. Mehr als die Hälfte der Interviewten geben eigene psychosomatische Erkrankungen an.

Aufgrund fehlender Information zur eigenen Teilnahme an dem BPP sind die interviewten Begleitpersonen zunächst überrascht, aber trotz fehlender mentaler und praktischer Vorbereitung positiv eingestellt. Für alle interviewten Begleitpersonen steht der Rehaerfolg des Kindes im Vordergrund und steht prioritär vor der eigenen Teilnahme am BPP. Dennoch lassen sich individuelle Bedürfnisse und Wünsche der Begleitpersonen deutlich herausarbeiten, wie z. B. Ruhe, Entspannung und die nachhaltige Unterstützung und Entlastung im Alltag.

Zum Ende des Rehaaufenthaltes äußern sich die meisten Begleitpersonen insgesamt zufrieden mit ihrem Einbezug in den Rehaprozess. Insbesondere die Vorträge und Schulungen sowie der Austausch mit anderen Begleitpersonen nehmen sie als wertvoll wahr. Wünsche, die sich auf die Indikation des Kindes beziehen oder an den individuellen Alltagsbedingungen orientieren, bleiben jedoch teilweise unerfüllt. Auch in dem zweiten Interview wird die fehlende Vorab-Information zur Rolle der Begleitpersonen in dem Rehaaufenthalt als wichtiger Faktor für einen erfolgreichen Ablauf thematisiert.

Diskussion und Fazit

Die fehlende Vorab-Information und Aufklärung über die Bedeutung und die Ziele des BPP nehmen Einfluss auf die eigene Wahrnehmung des Programms. Individuelle Erwartungen, Bedürfnisse und Lebenslagen der Begleitpersonen sollten Eingang in die Programmkonzipierung und -durchführung finden, um einen langfristigen Erhalt des Gelernten zu ermöglichen und die Übertragung in den Alltag zu vereinfachen. Anhand von Vorab-Informationen in Form einer Vor-Abfrage, könnten wichtige individuelle Faktoren, wie beispielsweise (psychischen) Belastungen und besondere Alltagsbedingungen mit in die Planung aufgenommen werden. Durch die Berücksichtigung dieser Aspekte in der Programmplanung und -gestaltung könnte sichergestellt werden, dass Begleitpersonen ihrer Rolle als Co-Therapeut*innen besser nachkommen können.

Take-Home-Message

Der aktive Einbezug von Bezugspersonen in die Therapie sowie ein zielgruppenspezifischer Ansatz in der Gestaltung eines BPP stellt die Weichen für den nachhaltigen Erfolg der Rehabilitation des Kindes und kann damit im Sinne des biopsychosozialen Modells einen langfristigen Mehrwert für die Begleitpersonen und ihre Kinder schaffen.

Literatur

Cousino, M. K., Hazen, R. A. (2013): Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. Journal of Pediatric Psychology. 2013; 38(8). 809-828.

Gale, N. K., 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.

Rosenecker, J., Urban, C., Eccles, A., Jäger, R. (2020): Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter.Monatsschr Kinderheilkd. 2020; 168, 849–859.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

A

Abdallah, B. A. 570
Abdallah, H. B. 499
Ahnert, J. 472
Aksakal, T. 155
Albers, R. 136
Albersmann, L. 71, 219
Alberti, M. 358
Alles, T. 311, 428
Altan, B. 272
Amoah, D. 166
Andres, E. 204, 538
Annaç, K. 155, 574
Arenz, M. 321
Arling, V. 28, 35, 348, 487, 554
Arndt, M. 239
Audia, A. 574
Ausner, E. 276

B

Baab, N. 480
Baasner, A. 71
Baimler-Dietz, A. 68
Banaschak, H. 278, 332, 428
Bartolini, F. 278
Bassler, M. 178, 516
Bauer, J. F. 485, 511
Bauer, N. 44
Baumann, N. 175
Baumann, R. 480
Baumgart, D. 403
Baur, C. 385
Becker, A. 401
Becker, P. 536
Beetz, C. 215
Begerow, B. 385, 405
Beh, D. 421
Behrens, M. 229
Beierlein, V. 306
Beil, F. T. 138
Beinert, K. 39
Below, T. 566
Bergdolt, J. 394
Bergelt, C. 252
Bergenroth, M. M. 557
Berger, M. 262, 286
Berghem, S. 317
Bernert, S. 166, 557
Bernhard, V. 354, 525
Bethge, M. 71, 104, 114, 136, 178, 278, 332, 375, 428, 436, 447, 492, 516
Beutel, M. 476
Beyer, B. 120, 125
Beyerlein, M. 226
Biedenweg, B. 532
Bielitzki, R. 229
Bindels, H. 106
Bingel-Schmitz, D. 521
Bitzer, E. M. 204, 371, 434, 538
Blaudszun-Lahm, A. 392, 445
Bohro, J. 286
Bökel, A. 248, 541
Bonnert, J. 250
Borgert, M. 287
Borst, F. 470
Boschmann, J. 470
Bosy-Westphal, A. 43, 568
Bratfisch, A. 381
Brechtelsbauer, B. 463
Brehmer, N. 428
Breidenbach, C. 97, 337
Brenner, L. 192
Brinkmeier, W. 243
Broge, B. 204, 538
Brünger, M. 166, 373
Brushinski, E. 383
Brütt, A. L. 383, 385, 498
Brzoska, P. 155, 574
Budde, A. 178, 516
Bühne, D. 84, 311
Burchardi, J. M. 373
Bürger, W. 198, 303
Bürgy, R. 306
Busch, D. 209
Busch, H. 415
Butea-Bocu, M. C. 120, 125

C

Capovilla, D. 459, 463
Chakraverty, V. 485
Choi, K.-E. 454
Chrysanthou, S. 178, 192, 516
Cikryt, T. 430
Claros-Salinas, D. 445
Coenen, M. 144
Conrad, I. 358

D

Dahn, I. 476
Dalichau, S. 134, 164, 243, 430, 465
Deck, R. 235, 415, 501
Deeg, P. 546
Dehn, L. 394
Dejaco, D. 116
Dejonghe, L. 142
Delsmann, M. M. 138
Derer-Petersen, S. 415
Dewey, S. 43, 568
Dibbelt, S. 292
Dicke, K. 461
Dittmann, R. 220
Dockweiler, C. 468
Dorn, D. 33
Dorneburg, H. 164
Dörr, G. 289
Dötsch, S. 436, 447
Dreher, E. 538
Drescher, F. K. 474
Dreßke, S. 86
du Prel, J.-B. 379

E

Farin-Glattacker 354
Ebener-Holscher, K. 77, 90
Egen, C. 541
Ehlen, S. 321

Eichert, H.-C. 323, 423
Eichstädt, K. 449
Eisch, E. 513
Eisenhauer, A. 341
Eisermann, P. 518
Ellenberger, D. 449
Elling, M. 84, 311, 452
Engel, D. 164
Erdsiek, F. 155
Erim, Y. 192
Ernstmann, N. 97, 337
Ewertowski, H. 59

F

Fahmer, N. 366, 518
Fahrenkrog, S. 270, 580
Falkenberg, C. 43, 276, 568
Farin-Glattacker, E. 538
Fauser, D. 114, 136, 436, 447, 492
Feddersen, D. 447
Feil, K. 162, 296
Feisst, M. 192
Felder, D. 132, 509, 572
Fellenzer, I. 108
Fiedler, S. 366, 518
Fieselmann, J. 574
Fischer, F. 101
Fischer, H. 284
Fischer, M. J. 116, 173
Fischer-Hansal, D. 523
Fishan, A. 487
Fleck, M. 178, 516
Franke, G. H. 542, 544
Franke, J. 229
Fritsch, J. 162, 296
Frohne, I. 564

G

Gabriel, N. 178, 516
Galuschek, A. 63
Garber, A. 118, 122
Gartmann, J. 541
Gärtner, K. 166
Gaus, E. 168, 552
Gehlen, M. 566
Gehring, M. 381
Geidl, W. 41
Gellhaus, I. 276
Gemoll, T. 415
Gerdes, T. S. 54
Gerlich, C. 345, 351
Gernert, M. 142
Geyer, S. 129
Gillitzer, S. 233, 330, 505, 576
Gläß, M. 564
Glattacker, M. 274
Göhle, N. 566
Görgen, B. 390
Greifenberg, A. 485
Greiß, F. 377
Gröhl, S. 71
Grope, M. 375
Groß, R. 52
Grote, V. 116, 173
Gruber, W. 43, 568
Guhlemann, K. 356
Guse, I. 308, 313
Gutmair, K. 144
Gutowski, H. 562

H

Habdas, G. 550
Habermann, J. 528
Haberstroh, S. 371, 434
Hafermann, L. 377
Hägele, F. A. 43, 568
Hager, I. 572
Haider-Novak, B. 523
Haller-Wolf, J. 503
Hambrecht, A. 204, 371, 434, 538
Hammer, A. 403
Hampel, P. 230, 276
Hansmann, M. 192
Härter, M. 503
Hart-Kederer, J. 472
Hartmann, C. 101
Haslop, L. 68
Hass, H. 124, 127, 496
Haß, U. 153, 157
Hassenstein, M. 204, 538
Hauser, D. 528
Hayden, M. 241
Heide, M. 52, 54
Heidkamp, P. 97, 337
Heier, L. 97, 337
Heil, K. 430
Helling, T. 286
Heming, M. 192
Hensen, J. 252
Hermann, C. 257, 259, 265, 267
Herrmann, K. 366, 518
Herteux, A. 396
Herthum, M. 542
Hertrich, L. 338
Herzberger, A. 496
Hessel, A. 68, 383
Hetzel, C. 84, 95, 189, 311, 452
Heyer, H. 239
Heyme, R. 332, 445
Hildebrand, C. 229
Hillebrand, R. 284
Hiltrop, K. 97, 337
Hinterberger, T. 255, 257, 259, 262, 265, 267
Hochfellner, S. 180
Hoffmann, L. 65
Hofmann, M. A. 373, 377
Hölscher, K. 354
Holzner, B. 116
Homann, H.-H. 570
Hommes, S. 521
Horstmeier, L. M. 354
Hössel, L.-M. 41
Huber, G. 409
Hübner, M. R. 421
Hunn, G. 298
Hussenoeder, F. 358
Huthmann, S. 445
Hüwel, A. M. 230

I

Ittekkot, D. 68
Ixmeier, S. 363

J

Jacobs, M. 401
Jädicke, S. 79
Jaeschke, R. 536
Jagla-Franke, M. 542, 544
Jahn, P. 222
Jankowiak, S. 245, 368
Janßen, M. 134
Janzen, S. 204, 538
Jaritz, C. 180
Jekauc, D. 162, 296
Jenderny, S. 394
Jendrosch, S. 366
Jöbges, M. 255, 257, 259, 265, 267
John, S. M. 93, 457, 461
Jülg, P. 415
Jung, A. 41
Jung, L. 166
Jürgens, L. 61

K

Kahlhofer, F. 28, 348
Kähnert, H. 112
Kaier, K. 186
Kaiser, U. 195, 198, 201, 303
Kaistha, F. 287
Kakuschke, V. 559
Kalski, L. 377
Kaluscha, R. 245, 272, 338, 368, 439, 442, 530, 552
Kampling, H. 173
Kaplienko-Wolff, V. 118
Katalinic, A. 415
Keller, A. 401
Keller, S. 578
Kelm, S. 257, 259, 265, 267
Kessler, R. 99
Ketzmerick, T. 507
Keyßer, G. 564
Kilian, R. 476
Kindel, C. 436
Kirchhoff, C. 173
Kirsch, C. 528
Kirsch, T. 306
Klapproth, C. P. 101
Klassen, O. 39
Kleefmann, J. 243
Kleineke, V. 375, 394, 428, 436, 447
Kliner, K. 343
Klug-Winter, A. 403
Klüpfel, L. 270, 580
Klüver, J. 243
Knapp, S. 136, 298
Knecht, J. 186
Kneißl, J. 306
Knispel, J. 28, 35, 348, 487, 554
Knoop, T. 90
Kobelt-Pönicke, A. 33, 183, 341
Koch, A. M. 84, 452
Koch, B. 183
Koch-Gromus, U. 237, 503
Kohl, C. 257, 265
Kohler, H. 164
Köhler, M. 306
Kohlhof, S. 550
Kohlmann, T. 532
Kohte, W. 225
Kolbe, O. 459, 463
Köllner, V. 195, 255, 257, 259, 262, 265, 267, 366, 518
Konz, D. 354
Koop, J. 43, 568
Köppel, M. 239, 409
Kordy, H. 243
Körner, M. 159, 186
Koschig, M. 358
Köse, B. I. 110
Kothe, M. 68
Kowalski, C. 97, 337
Kraetsch, C. 327
Krähnke, U. 345, 351, 482
Kranzmann, A. 530
Krause, S. 250
Kravchuk, O. 132
Kreis, A. 476
Kreuder-Schock, M. 50
Krischak, G. 136
Kriston, L. 503
Krohe, S. 134
Kroll, J. 366
Krolo-Wicovsky, F. 252
Kruse, J. 173
Küffner, R. 426, 536
Kugelmann, M.-C. 294
Kühn, L. 454
Kunert, K. S. 459, 463
Kunzmann, V. 127, 496
Kupferschmitt, A. 195, 255, 257, 259, 267
Kus, S. 144

L

Labek, K. 173
Ladanyi, M. 63
Lambrecht, A. 178, 183, 516
Lammers, K. 399
Lammers, S. 250
Lampe, A. 173
Langbrandtner, J. 319
Lange, B. 407
Lange, J. 39
Langer, C. 436
Lauer, H. 368
Lehmann, J. 116
Leibbrand, B. 112
Leinberger, S. 272
Lemhöfer, C. 248
Lemke, S. 71, 136, 436
Leven, L. 345, 351
Licht, T. 116
Lieb, B. 482
Liegl, G. 101
Lill, C. 415
Limbach, M. 241
Lindert, L. 454
Lissat, C. 373

Loew, T. 255, 257, 259, 262, 265, 267
Lorenz, N. 421
Lorenz, S. 50
Loth, F. 559
Ludewig, M. 93, 457, 461
Luedtke, L. 503
Lueger, S. 546
Lueger, T. 546
Luizink-Dogan, M. 153, 157
Lukasczik, M. 426

M

Mader, M. 155
Malone, A. 525
Mangels, A. 405
Markmeyer, F. 43
Markus, M. 178, 516
Märtin, S. 175, 206
Martino, F. 298
Marx, M. 289
Mattern, L. 48, 433
Matting, L. 41
Matzka, M. 572
Maulbecker-Armstrong, C. 401
Mayer, A. 476
Mayer-Berger, W. 287
Meier, I. 233, 330, 505, 576
Meiler, K. 229
Meinert, B. 399
Meng, K. 289, 366, 518
Menrad, T. 229
Menzel-Begemann, A. 410, 418
Merten, F. 298
Mertens, S. 237
Mertiny, L. 354, 525
Meschnig, A. 95
Metschar, D. 430
Metzner, G. 274
Meyer, J. 457
Meyer-Feil, T. 56, 59, 90, 150, 153, 157, 233, 330, 505, 576
Meyn, C. 356
Michalsen, A. 287, 564
Middel, S. 170
Mitschele, A. 530
Möller, T. 134, 164, 243, 430, 465
Montanari, I. 262
Morina, S. 262
Mössinger, B. 250
Mößnang, D. 166
Motzko, M. 229
Mühlig, K. 482
Müller, G. 120, 125
Müller, O. 142
Müller, P. 99
Müller-Garnn, A. 426
Mummelthey, J. 428
Münzner, L. 465
Mustak-Blagusz, M. 132, 572
Mutlu, M. 108
Myrczik, J. 482

N

Nalbach, L. 186
Nebe, K. 213
Nechwatal, R. 198, 289
Neik, C. 532
Neudam, A. 306
Neuderth, S. 536
Neumann, A. 230
Neuner, B. 494
Niehaus, M. 52, 485, 511
Nienhaus, A. 237, 503
Noeres, D. 129, 528
Noll, D. L. 498
Nolte, T. 173
Nowak, D. 241
Nübling, R. 195, 198, 201, 303
Nuszbaum, C. 354

O

Obbarius, A. 101
Oberländer, M. 415
Ohlbrecht, H. 86, 407
Ohmann, T. 106, 499, 570
Ölcer, S. 574
Osranek, R. 392, 445
Ostermann, A. 88
Oszczygiel, M. 281
Ottersbach, K. 56
Özen, E. 170

P

Pächter, C. 377
Padberg, D. 155
Pamperin, I. 345, 351, 482
Pauls, M. 272
Peikenkamp, K. 410, 418
Peters, S. 239, 409
Peters, U. 48, 433
Petrak, S. 71
Pfeifer, K. 41
Pfeil, A. 564
Pieper, C. 287
Pietsch, A. 164
Podar, M.-D. 468
Polak, U. 532
Popescu-Schuh, I. 281
Potthoff, F. 487
Pouralikhan, F. 164
Praznovszky, F. 354
Prehn, J. 104, 375
Priebe, L. 459
Prokein, R. 289
Pulst Caliman, T. J. 377
Püspök, J. 509

R

Raab, D. 250
Rabe-Rosendahl, C. 507
Rafalzik, Y. 95
Rambausek-Haß, T. 48, 433
Randerath, J. 259
Rathmann, L. 430
Rathmann, N. 243
Rauch, A. 75
Rauch, B. 281
Rauscher, E. 338
Razum, O. 155, 468
Rechlin, K. 150
Redzewsky, L. 159

Reichel, C. 366, 518
Reims, N. 75, 332
Reinisch, L. 358
Remus, L. 104, 375
Rennert, D. 343
Retznik, L. 150
Reusch, A. 536
Reuß-Borst, M. 470, 564
Rhein, K. 511
Richter, C. 90
Richter, L. 405
Richter, M. 65, 343
Rick, O. 118, 122
Riedel-Heller, S. 358
Riedl, D. 116, 173
Riepenhof, H. 164
Ries, C. 138
Riese, D. 30
Ristow, N. 93, 461
Rocholl, M. 93, 457
Roder, J. 436, 447
Röh, D. 79
Rohkohl, K. 229
Rolvien, T. 138
Rosbiegal, F. 178, 516
Rose, M. 101
Rosenblum, K. 250
Rosenstein, J. 248
Rossek, S. 373
Roßnagel, T. 361, 388
Rothermund, E. 192
Rothmund, M. 116
Rotter, K. 183
Rudolph, I. 229
Rudolph, M. 525
Rumpold, G. 116
Rutsch, M. 235, 501

S

Sahiti, E. 129
Sailer, M. 308, 313, 449
Salman, R. 278
Salzwedel, A. 153, 157, 428
Sander, O. 564
Schaal, C. 198
Schädlich, F. B. 61
Schäfer, H. 476
Schaller, A. 46
Schattat, N. 428
Schätzner, W. 146
Schega, L. 229
Scheiblich, N. 90
Schellack, S. 97, 337
Schilling, G. 494
Schilling, M. N. 542
Schilling, S. 449
Schindl, M. 30, 146
Schlemmermeyer-Schoenfeld, R. 354
Schlenker, L. 239
Schley, T. 50
Schlitt, A. 281
Schlüter, K. 44
Schmalenbach, M. 250
Schmell, K. 525
Schmidt, D. 162, 296
Schmidt, Jo. 168, 170, 421, 439, 442
Schmidt, Jü. 195, 198, 201, 303
Schmielau, J. 492
Schmiesing, T. 494
Schmitt, G. 204, 538
Schmitz, C. 570
Schneider, A. 241
Schneider, J. 44
Schoeller, B. 180
Scholz, S. 487
Schömig, W. 426
Schöttler, M. 142
Schrader, M. 499
Schrauth, B. 388
Schreiter, J. 394
Schröder, K. 281
Schröder, U. 192
Schröer, S. 287
Schromm, E. 281
Schu, M. 390
Schuber, A. A. 46
Schuler, M. 106, 241, 345, 351, 482
Schultz, K. 241
Schultz, O. 564
Schulz, H. 306
Schulz, J. 578
Schumann, N. 308, 313, 449
Schupp, W. 445
Schüz, N. 68, 383, 385, 405
Schwan, U. 239, 409
Schwarz, B. 332, 428
Schwarz, P. 470
Schwarz-Eywill, M. 566
Schwarzl, G. 241
Seddigh, S. 499
Seefeld, J. 77
Seidel, L. 217
Seifart, U. 401
Seifert, O. 564
Seifried, J. 166
Senft, B. 180, 523
Sewz, G. 84, 452
Seywald, M. 127
Siebler, M. 250
Siemens, W. 41
Simmel, S. 144
Simon, A. 138
Sina, C. 415
Singfield, K. E. 390
Skoumal, M. 509
Slavchova, V. 28, 35, 348, 487
Soff, J. 97, 337
Solbach, T. 164
Späth, T. 409
Sperlich, S. 129
Spiel, G. 99
Spletzer, M. 99
Spyra, K. 166, 270, 373, 580
Stadel, R. 300
Stahmann, A. 449
Stampa, S. 468
Stapel, M. 525
Starke, F. 478
Stefanek, E. 99
Steidle, L. 532

Steimann, G. 319
Steinbrecher, A. 206
Steinecker-Frohnwieser, B. 132, 509
Steinhart, I. 394
Stelzhamer, R. 413
Stengler, K. 358
Sternberg, A. 428
Stickel, H. 63
Stöhr, D. 572
Strahl, A. 138
Streibelt, M. 114, 332
Strobel, A. 281
Stucke, J. 233, 330, 505, 576
Stullich, A. 65
Stumm, J. 270, 580
Sturm, C. 248, 541
Sudeck, G. 41
Sültmann, H. 415
Surzykiewicz, J. 559
Sütfels, G. 257, 259, 262, 265, 267, 366, 518
Szczotkowski, D. 532

T

Telenga, S. 204, 371, 434, 538
Tempfli, M. 265
Tennler, J.-S. 570
Tepohl, L. 168, 170, 245, 272, 421, 439, 442, 552
Thänert, C. 358
Thauerer, B. 132, 509
Thiede, M. 530
Thielhorn, U. 159
Thomas, A. 445
Thomas, J. 73, 81, 110, 559
Tiede, A. 252
Tielking, K. 61
Tietz, M. 499
Tischendorf, R. 472
Tobschall, S. 252
Toepler, E. 108
Tolle, L. 68
Tophoven, S. 75, 77, 90
Traugott, M. 523
Trögeler, P. 513

U

Ucar, O. E. 351

V

van der Wardt, V. 401
van Erckelens, F. 250
Venediger, J. 313
Vogel, H. 345, 351, 426, 472, 482, 536
Voicu, N. 562
Völkel, A. 498
Völkel, L. 377
Völler, H. 153, 157, 281, 428
Volleritsch, K. 99
Volmer-Berthele, N. 272
von Bubnoff, N. 415
von Kardorff, E. 95, 189, 332
von Röpenack, A. 403
Vorsatz, N. 345, 351, 482

W

Wagner, J. 250, 286
Wahidie, D. 574
Wahl-Wachendorf, A. 164
Waldmann, G. 250
Waldmann, T. 192
Wallesch, C.-W. 159
Walter, N. 255, 265
Wansing, G. 48, 433
Wassermann, C. 99
Wegewitz, U. 478
Wehrum, J. 108
Weichert, H. 562
Weinbrenner, S. 381
Weiß, C. 56, 482
Weisser, B. 43, 568
Weißmann, R. 73, 81, 110
Welti, F. 210
Wengemuth, E. 454
Werner, S. 79
Weßbecher, R. 518
Westermann, C. 237
Westphal, R. 289
Weyland, S. 162, 296
Wiedemann, R. 371, 434
Wienert, J. 492
Wilke, A. 93, 457, 461
Wilken-Fricke, L. 461
Wiskemann, J. 44
Witt, S. 498
Wittwer, M. 532
Wöckel, A. 127
Wolfarth, B. 377
Wolff, I. 118
Wolff, T. 108
Woll, A. 239
Worringen, U. 536
Wuchter-Czerwony, C. 381

Y

Yigit, D. 550
Yilmaz-Aslan, Y. 155, 574
Yorke, L. 243

Z

Zapfel, S. 327, 361, 388
Zielinski, B. 388
Ziermann, U. 132
Zimmer, J.-M. 150, 153, 157
Zipko, H. 146
Zolfaghari, S. 566
Zollmann, P. 114
Zwerenz, R. 476
Zwingmann, C. 452

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation. Verantwortlich für den Gesamtinhalt: Hauptschriftleiter: Dr. Stephan Fasshauer; Schriftleiter: Hans-Christoph Keller, Telefon: 030 86589178, Telefax: 030 86527379.

Die Zeitschrift DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG erscheint 4-mal jährlich und ist über die Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation, – Vertrieb –, Postanschrift: 10704 Berlin, E-Mail: Abo-Service@drv-bund.de, Telefon: 030 86524536, für 30,00 Euro (Ausland 60,00 Euro) inklu-sive 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 978-3-947949-25-0