

31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung
Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen

vom 7. bis 9. März 2022 in Münster



Herausgeber:
Deutsche
Rentenversicherung
Bund

Vorankündigung:

Das

32. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

findet voraussichtlich vom

20. bis 22. Februar 2023

im Hannover Congress Centrum (HCC)

in Hannover

statt.

Veranstalter:

Deutsche Rentenversicherung Bund

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Ansprechpartner

Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernat Reha-Wissenschaften
10704 Berlin

Telefon: 030 865-39350

Internet: www.reha-kolloquium.de

31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Westfalen

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Wissenschaftliche Leitung

Dr. H.G. **Haaf**, Dr. M. **Streibelt**, Dr. S. **Weinbrenner**
Deutsche Rentenversicherung Bund

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

Programmkomitee

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

Kongresskomitee

Tim **Spiegel**, Jana **Honcsek** (Organisation)
Katrín **Parthier** (Wissenschaft)
Deutsche Rentenversicherung Bund (Berlin)

Lokales Kongresskomitee

Elke **Down**, Nobert **Gödecker-Geenen**, Reinhard **Lohmann**, Anna **Sommer**
Deutsche Rentenversicherung Westfalen (Münster)

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum 31. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium 2022 begrüßen wir Sie herzlich.

Nach der erfolgreichen Online-Premiere im vergangenen Jahr beschreitet das 31. Reha-Kolloquium erneut „neue Wege“, um allen Interessierten trotz pandemiebedingter Einschränkungen ein sicheres und attraktives Kongresserlebnis zu ermöglichen. Mit dem diesjährigen Hybrid-Format macht der größte und wichtigste Reha-Kongress im deutschsprachigen Raum den Wissenstransfer und kollegialen Austausch sowohl vor Ort in Münster als auch online an den Bildschirmen erlebbar. Das 31. Reha-Kolloquium wird veranstaltet von der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW).

Mit der inhaltlichen Ausrichtung des Kongressprogramms wollen wir einen Blick auf die Herausforderungen und Entwicklungstrends wagen, die das Rehabilitationsgeschehen in den nächsten Jahren absehbar prägen werden. Das Pandemiefolgenmanagement und insbesondere die Bewältigung der aktuell steigenden Anzahl von Post-COVID-Betroffenen erfordern mehr denn je das Zusammenwirken verschiedener Disziplinen und Berufsgruppen sowie sektorenübergreifende Behandlungs- und Rehabilitationskonzepte. Der Stellenwert der Rehabilitation mit ihrem multiprofessionellen Ansatz wird vor diesem Hintergrund deutlich gestärkt. Um komplexen Versorgungsbedarfen adäquat gerecht werden zu können, wird es künftig darum gehen müssen, bestehende Ansätze der träger- und akteursübergreifenden Zusammenarbeit weiter zu intensivieren und neue Vernetzungsformen unter Nutzung digitaler Möglichkeiten zu etablieren.

Die Digitalisierung von Leistungen und Prozessen hat durch die Pandemie einen enormen Entwicklungsschub erfahren. Allerdings ist Digitalisierung kein Selbstzweck und führt auch nicht automatisch zu mehr Teilhabe oder besserer Versorgung. Es stellt sich daher die grundsätzliche Frage, wie wir sie gemeinsam gestalten und als Instrument nutzbar machen können, damit Teilhabechancen gefördert und verbessert werden. Die beschleunigte digitale Transformation verändert auch die Arbeitswelt und damit die Anforderungen an bedarfsgerecht zugeschnittene berufliche Teilhabestrategien, die Beschäftigte in ihren Lebenswelten frühzeitig erreichen.

Vor dem Hintergrund dieser tiefgreifenden Veränderungen erfordert die Weiterentwicklung der Rehabilitation neue Herangehensweisen und ein „thinking outside the box“. Um die damit verbundenen Gestaltungschancen bestmöglich und auf wissenschaftlicher Grundlage auszuschöpfen, wurden in den vergangenen Jahren vielfältige Forschungsvorhaben, Modellprojekte und innovative Förderprogramme aufgesetzt, die systematisch Erkenntnisse sammeln und Evidenz kontinuierlich auf- und weiter ausbauen. Die Umsetzung und Etablierung von neuen und wirksamen Lösungsansätzen setzten jedoch entsprechende politische und gesetzliche Rahmenbedingungen voraus. Aus dem Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung gehen dahingehend wichtige Impulse hervor.

Das Reha-Kolloquium führt all diese Perspektiven zusammen, schafft Räume für den Austausch und fördert den offenen Dialog zwischen Forschung, Praxis, Politik und Verwaltung.

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

Dr. Hans-Günter Haaf

Prof. Dr. Thorsten Meyer

Dr. Marco Streibelt

Dr. Susanne Weinbrenner

Wissenschaftliche Leitung

Hinweise zu den Beitragsinhalten und Angaben

Für den Inhalt der Beiträge (Darstellung, Rechtschreibung, Grammatik, Zeichensetzung, Stil etc.) 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 in der vorliegenden Schrift 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	19
Rehabilitation 4.0: Medizin und Digitalisierung verantwortungsvoll gestalten <i>Eckhard Nagel; Georg Lindinger</i>	19
Beiträge in Vortragsessions (alphabetisch nach Session- und Beitragsliste)	
Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation	22
Benefit und Ergebnis eines vernetzten MBOR-Konzepts im Regelbetrieb – Vorteile für alle Beteiligten <i>Wolf-Dieter Müller; Norman Best; Ralf Knufinke; Wilfried Kleinhans; Ivonne Balduf; Steffen Derlien</i>	22
Der Einfluss von Rehabilitanden-Kennzeichen und des Testumfangs auf die prognostische Validität des FCE-Verfahrens ELA <i>David Bühne; Torsten Alles; Christian Hetzel; Ingo Froböse</i>	24
Führt die EFL nach Isernhagen zu einer realistischeren Selbsteinschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit? <i>Martin Schindl; Sylvia Wassipaul; Harald Zipko</i>	26
MBOR-R Medizinisch-Berufliche Orientierung der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht – Klinikvergleiche, Benchmarking, Adjustierung <i>Rüdiger Nübling; Wolfgang Bürger</i>	29
MBOR-Versorgung im Indikationsvergleich <i>Wolfgang Bürger; Rüdiger Nübling</i>	32
Medizinische Rehabilitand*innen mit Homeoffice-Erfahrungen: Anders belastet und motiviert zur Rückkehr? <i>Sonia Lippke; Franziska Keller; Lukas Koetting; Petra Becker; Alina Dahmen</i>	34
Digitalisierung & E-Health	37
Digitale Technologien in der betrieblichen Ausbildung von Menschen mit Behinderung <i>Sabrina Weller, David Samray</i>	37
ICF-based assessment in der pferdegestützten Therapie – eine multizentrische Studie zur Entwicklung eines digitalen Beurteilungstools <i>Isabel Stolz; Volker Anneken</i>	39
Implementierung einer Computer-adaptiven Erst- und Verlaufsdiagnostik funktionaler Gesundheit in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation <i>Selina Kallinger; Johannes Knauer; Yannik Terhorst; Paula Philippi; Sandro Eiler; Harald Baumeister</i> ...	41
Nutzen und Erfolg einer online-basierten Reha-Nachsorge - eine Alternative zu bisher angewendeten Nachsorgeformen? <i>Belinda Brack; Rainer Kaluscha; Sebastian Knapp; Lena Tepohl</i>	43
Towards Optimized Clinical Cut-Off Scores for Mental Disorders in Rehabilitation: A Machine Learning Case Study in Depression <i>Yannik Terhorst; Lasse Bosse Sander; David Daniel Ebert; Harald Baumeister</i>	45
Zur Wirksamkeit des standardisierten Rollstuhl-mobilitätstrainings „Mobilität 2020“ <i>Jonas Mockenhaupt; Tanja Bungter; Vera Tillmann; Volker Anneken</i>	46
Ergebnisqualität und Patient Reported Outcome Measures (PROMs)	50
Bewertung des Informationsgehaltes eines aggregierten Reha-Ergebnisindexes mittels einer Simulationsstudie <i>Rainer Kaluscha; Sarah Leinberger; Rüdiger Nübling; Edwin Toepler; Jürgen Schmidt; Udo Kaiser</i>	50
Der VR-12 als generisches PROM zur vergleichenden Ergebnisqualität in der Rehabilitation – Ergebnisse aus Pilotstudien <i>Volker Beierlein; Ralf Bürgy; Torsten Kirsch; Johannes Kneißl; Matthias Köhler; Annabelle Neudam; Holger Schulz</i>	53

Kosten-Nutzen-Modelle für die Rehabilitation – Return on Investment auf der Basis von Patient Reported Outcomes <i>Rüdiger Nübling; Udo Kaiser; Rainer Kaluscha; Sarah Leinberger; Hannah Nock; Jürgen Schmidt; Edwin Toepler</i>	55
Outcome medizinischer Rehabilitation im Spiegel unterschiedlicher Indikationen <i>Jürgen Schmidt; Rüdiger Nübling; Udo Kaiser; Rainer Kaluscha; Sarah Leinberger; Hannah Nock; Edwin Toepler</i>	57
Patient-Reported-Outcomes in der Onkologie: Indikationsübergreifend positive Effekte der Rehabilitation auf die Ergebnis- und Lebensqualität in der Rehabilitation nach Prostata-, Brustkrebs- und Colon-Carcinom mit dem 4QD-Indikatorensetz <i>Torsten Kirsch; Thomas Widmann; Ralf Bürgy; Matthias Köhler; Jürgen Wagner</i>	60
Steuerungswirkung von Qualitätsindikatoren: Zusammenhänge zwischen der Routine-Qualitätssicherung und dem Rehabilitationsergebnis ein Jahr nach Reha <i>Edwin Toepler; Rainer Kaluscha; Rüdiger Nübling; Sarah Leinberger; Udo Kaiser; Jürgen Schmidt; Hannah Nock</i>	62
Innovationswerkstatt	64
Die gesundheitlichen Folgen familiärer Trennung – ein Thema auch für die stationäre psychosomatische Rehabilitation: wir2Reha <i>Matthias Franz; Dirk Rampoldt; Ralf Schäfer</i>	64
Frühzeitige Intervention für den direkten Zugang zur Rehabilitation bei Entgiftung in der Akutversorgung <i>Sebastian Bernert; Sandra Fahrenkrog; Nina Walthart; Fabian Weber; Ralf Fischer; Lena-Marie Rittmann</i>	66
Machbarkeitsstudie zur Schließung der rehabilitativen Versorgungslücke bei Patient*innen nach erfolgter Majoramputation der unteren Extremität im Rahmen eines Innovationsfondsprojekts <i>Christoph Egen; Alexander Ranker; Christoph Gutenbrunner</i>	68
Maßgeschneiderte Psychopharmakotherapie durch Therapeutisches Drug Monitoring und Genetische Tests <i>Andreas Menke</i>	70
Meine Arbeitsbezogene Reha-Nachsorge (marena) – Konzept und Umsetzung einer Online-Nachsorge zur Rückkehr an den Arbeitsplatz <i>Adina Kreis; Anna Mayer; Manfred Beutel; Rüdiger Zwerenz</i>	72
PREZO - Partizipative Reha-Ziele Online: Erste Daten <i>Susanne Dibbelt; Edith Wulfert; Bernhard Greitemann</i>	74
Methoden & Assessments	76
Prognostische Wertigkeit von Alertness und FSMC für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung bei MS <i>Sina Marchione; Christian Dettmers; Annette Weimer-Jäkel; Ben Godde; Michael Jöbges</i>	76
Strukturanalytische Prüfung eines Modells zum Vorhersagewert von Förderfaktoren und Barrieren für die Medikamentenadhärenz von kardiometabolisch erkrankten Personen <i>Katharina Quaschnig; Mirjam Körner; Markus Antonius Wirtz</i>	78
Symptom-Event-Attribution in der Diagnostik von ICD-11 Anpassungsstörung <i>Alexa Kupferschmitt; Sascha Müller; Leon Wendt; Volker Köllner</i>	81
Volkswirtschaftlicher Nutzen von Rehabilitationsmaßnahmen: Berechnung des Return on Investment auf Basis differenzieller Effekte <i>Rainer Kaluscha; Sarah Leinberger; Rüdiger Nübling; Edwin Toepler; Jürgen Schmidt; Udo Kaiser; Lena Tepohl</i>	83
Welchen Einfluss hat die Beschwerdenuvalidierung bei Anträgen auf Rente wegen Erwerbsminderung nach einer psychosomatischen Rehabilitation? <i>Alexandra Lambrecht; Bernhard Koch; Axel Kobelt-Pönicke</i>	85

Zum Zusammenhang von körperlicher Aktivität, Angst und Depressivität bei COPD: Eine Netzwerkanalyse <i>Lorenz Leven; Wolfgang Geidl; Johannes Carl; Konrad Schultz; Klaus Pfeifer; Michael Schuler</i>	87
--	----

Nachwuchsforum 90

Berufliche Rehabilitation für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen - Evaluation einer Maßnahme an den Beruflichen Trainingszentren Leipzig und Chemnitz <i>Maria Hannasky</i>	90
Prognostische Bedeutung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation für den sozialmedizinischen Verlauf <i>Sandra Schmitz</i>	93
Projekt „Tele-Reha Kids Chance“: Wissenschaftliche Analyse der Tele-Rehabilitation von Kindern mit zerebralen und/oder körperlichen Einschränkungen: Literaturrecherche und qualitative Interviews zu Wirksamkeit, möglichem Nutzen und zukünftigen Implikationen für die Tele-Rehabilitation <i>Tonja Ofner; Pauline Dieckmann; Kerstin Fertala; Kristina Hofer; Karin Gebhardt</i>	95

Orthopädie, Neurologie & Schmerz 98

Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund neurologischer Erkrankungen. Repräsentative Analysen auf Basis der DRV-Routinedaten <i>Anne-Kathrin Mayer; Pia Zollmann; Marco Streibelt</i>	98
Determinanten der Teilhabe am Arbeitsleben bei Multipler Sklerose (TAMuS) – Welche Parameter beeinflussen den Erwerbsstatus? <i>Melanie Peters; David Ellenberger; Alexander Stahmann; Juliane Lamprecht; Nadine Schumann; Selina Rindelhardt; Kerstin Eichstädt</i>	100
Einfluss Posttraumatischer Belastungssymptome auf Häufigkeit körperlicher Beschwerden und Schmerzen nach Verbrennung: Konsequenzen für die Rehabilitation <i>Hubert Neubauer; Leila Harhaus; Hans Ziegenthaler; Annette Stolle; Felix Klimitz; Ulrich Kneser</i>	102
Studie zur Nachhaltigkeit von isoliertem Training der autochthonen Rückenstreckmuskulatur bei Pathologien an Hals- und Lendenwirbelsäule <i>Christoph Spang; Noa Peer; Florian Alfen; Christoph Raschka</i>	105
Verlaufseffekte in der verhaltensmedizinisch-orientierten Rehabilitation während der COVID-19-Pandemie und die Relevanz von Corona-bezogener psychischer Belastung <i>Karin Meng; Dieter Benninghoven; Claudia Isele; Christof Neukirch; Gabriele Sohr; Martin Holme; Verena Heß</i>	107
Wer profitiert von einer verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation in der Orthopädie nach zehn Monaten? <i>Miriam Markus; Matthias Bethge</i>	109

Rechtswissenschaften 112

Anspruch auf Kurzarbeitergeld für Beschäftigte im Rahmen eines Budgets für Arbeit <i>Philipp Jahn</i>	112
Arbeitslosengeld bei Langzeiterkrankung trotz Wiedereingliederungsbemühungen – kohärente Abstimmung zwischen Arbeits- und Sozialrecht <i>Philipp Jahn</i>	114
Das Budget für Arbeit – Ergebnisse einer explorativen Studie	116
<i>Lea Mattern; Tonia Rambauser-Haß; Gudrun Wansing</i>	116
Die ergänzende Funktion des Fallmanagements nach § 30 Abs. 7 SGB XIV im Hinblick auf das Teilhabeplanverfahren <i>Alexander Tietz</i>	118
Familiäre Beistandspflichten statt sozialrechtlicher Teilhabeleistungen – eine kritische Reflexion im Lichte materieller Gleichstellungspflichten <i>Katja Nebe</i>	120

Familienrechtlicher Rahmen zur partizipatorischen Berufsfindung von Jugendlichen mit Behinderung <i>Belinda Weiland</i>	122
Mittelbare Benachteiligung wegen Behinderung bei dem Berechnungskriterium „frühestmöglicher Renteneintritt“ bei Abfindungen im Sozialplan <i>Cathleen Rabe-Rosendahl</i>	124
Neue Wege und Chancen durch das Teilhabestärkungsgesetz? Zukünftige Kooperations- anforderungen an der Schnittstelle von Rentenversicherungsträgern und Jobcentern <i>René Dittmann</i>	126
Rehabilitationsverfahrens- und materiell-rechtliche Fragen der stufenweisen Wiedereingliederung - LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urt. v. 28. Mai 2020 - L 6 KR 100/15 <i>René Dittmann</i>	128
Zusammenarbeit im Spannungsfeld zwischen Vorschrift und praktischer Umsetzung – ein Schritt vor (BTHG), neue Wege zurück? <i>Marcus Schian; Thomas Stähler</i>	131
Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen	133
"Alles aus einer Hand" Entgiftung/Entwöhnung/Adaption/Nachsorge/berufliche Reintegration <i>Sina Hommes; Dieter Bingel-Schmitz</i>	133
Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Therapigestaltung und Chancen der Digitalisierung in der Suchtrehabilitation und Suchtnachsorge <i>Stefanie Köhn; Anna Schlumbohm; Martin Brünger; Jennifer-Marie Burchardi; Karla Spyra</i>	135
Belegung und Inanspruchnahme in der Suchtrehabilitation und -nachsorge während der Corona- Pandemie: Ergebnisse einer Online-Einrichtungsbefragung <i>Anna Schlumbohm; Stefanie Köhn; Martin Brünger; Jennifer-Marie Burchardi; Karla Spyra</i>	138
Das Peer Review der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse des Verfahrens Psychosomatik / Sucht <i>Stefanie Märtin; Niels Baumann</i>	141
Entwicklung einer smartphonebasierten Intervention zur Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit (SPIRA) <i>Robert Schöneck; Nele Peerenboom; Johannes Lindenmeyer; Valerie Voon</i>	144
Kognitive Kontrolle und Reha-Erfolg – erste Ergebnisse der ICTAR-Studie <i>Johannes Lindenmeyer; Reinout Wiers; Mike Rinck; Eni Becker; Edwin Schenkel; Robert Schöneck; Paul Verschure</i>	145
Rehabilitation bei Long-/Post-COVID-Syndrom	147
Bestandsaufnahme zu Long COVID in der medizinischen Rehabilitation <i>Christian Brand; Teresia Widera; Stefan Schüring</i>	147
Follow-up-Daten 3 und 6 Monate nach der pneumologischen COVID-19-Rehabilitation – Ergebnisse des ersten Pandemiejahres 2020 <i>Markus Hayden; Matthias Limbach; Steffen Merkl; Gabriele Schwarzl; Michael Schuler; Dennis Nowak; Konrad Schultz</i>	149
Laufbanduntersuchung zur Bestimmung motorischer Fatigability bei Patienten mit Post-COVID-Syndrom <i>Christian Dettmers</i>	151
Medizinische Rehabilitation bei einer Long-Covid-Erkrankung - erste Ergebnisse nach einem Rehabilitationsaufenthalt <i>Mercedes Rutsch; Jördis Frommhold; Heike Buhr-Schinner; Thomas Gross; Per Otto Schüller; Ruth Deck</i>	154
Post-/Long Covid Rehabilitation: Interdisziplinäre Diagnostik- und Therapie für Rehabilitationserfolg und Teilhabe <i>Jürgen Wagner</i>	156

Rehabilitation und Pandemie(folgen)management.....	159
Arbeits- und Infektionsschutz für Risikogruppen in der Pandemie und Beteiligung der betrieblichen Interessenvertretungen <i>Cathleen Rabe-Rosendahl; Thomas Ketzmerick.....</i>	159
Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die betriebliche Ausbildung von Menschen mit Behinderung <i>David Samray; Sabrina Weller.....</i>	161
Covid-19 vulnerable Studierende sind in besonderem Maße psychosozial belastet <i>Gabriele Helga Franke; Katja Petrowski; Angela Gosch; Melanie Jagla-Franke</i>	163
Psychosomatische Rehabilitation in Pandemie-Zeiten: Wahrnehmung und Bewertung von Corona-bedingten Hygiene- und Schutzmaßnahmen aus Rehabilitanden-Sicht <i>Monika Reuß-Borst; Udo Kaiser; Rüdiger Nübling; Jürgen Schmidt; Jürgen Jorkowski; Antje Geier; Alexander Zugsbradl.....</i>	165
Vergleich psychosozialer Belastungen von Patient*innen zu Beginn der psychosomatischen Rehabilitation vor und während der SARS-CoV-2-Pandemie <i>Mirjam Körner; Johanna Keller; Eike Fittig; Sandra Adami; Manfred Rundel.....</i>	168
Wahrnehmung medizinischer Rehabilitation während der COVID-19-Pandemie aus Perspektive von Rehabilitand*innen – Eine qualitative Studie <i>Kübra Annac; Jana Fieselmann; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska</i>	170
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	173
Digitale Nachsorgeangebote nach der pädiatrischen Rehabilitation - ist das sinnvoll? Eine Einschätzung der Experten <i>Stefan Berghem</i>	173
Identifying risk factors for chronicity in mental disorders: Results from a 10-year longitudinal study from childhood to adolescence age <i>Beate Muschalla; Wolfgang Schulz</i>	174
Kann die Gesundheit von Kindern in stationären Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen gefördert werden? <i>Claudia Kirsch; Deborah Leddin; Monique Förster; Friederike Otto.....</i>	176
Rückgang medizinischer Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche infolge der SARS-CoV-2-Pandemie: eine Difference-in-Differences-Analyse <i>Hannes Banaschak; David Fauser; Pia Zollmann; Marco Streibelt; Matthias Bethge.....</i>	178
Subjektive Konzepte als Prädiktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Zufriedenheit in der Kinder- und Jugend-Reha <i>Gloria Metzner; Cindy Höhn; Edith Waldeck; Manuela Glattacker</i>	181
Unterstützung von Geschwistern chronisch kranker Kinder – Erste Ergebnisse aus dem Projekt „Starke Geschwister!“ <i>Melanie Jagla-Franke; Leonard Konstanin Kulisch; Charlotte Sievert; Christa Engelhardt-Lohrke</i>	183
Reha-Bedarf und Reha-Zugang	186
Entwicklung und Risikofaktoren schlechter subjektiver Arbeitsfähigkeit bei Personen mit Rückenschmerzen im 2-Jahres-Verlauf <i>Julia-Marie Zimmer; David Fauser; André Golla; Nadine Schmitt; Matthias Bethge; Wilfried Mau.....</i>	186
Implementierung einer multimodalen Teilhabestrategie für Menschen mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung <i>Lea Remus; Marei Grope; Matthias Bethge; Stella Lemke.....</i>	188
Inanspruchnahme der stationären Rehabilitation während der Covid-19-Pandemie. Ergebnisse aus der Schweizer Qualitätssicherung Rehabilitation <i>Manuela Marquardt; Stefanie Köhn; Luise Menzi; Anna Schlumbohm; Karla Spyra</i>	190
Interviews mit Hausärzten/-innen – Zufriedenheit, Nutzen und Verbesserungspotenziale im rehapro-Modellprojekt „Ü35 Gesundheitscheck mit WAI“ <i>Lea Raiber; Christina Kaltenbach; Marina Jost; Rainer Kaluscha; Theresa Kölle; Lena Tepohl</i>	193

Subjektive Erwerbsprognose als Indikator für Rehabilitationsbedarf bei Personen mit Rückenschmerzen: Ergebnisse einer Längsschnittanalyse <i>David Fauser; Julia-Marie Zimmer; André Golla; Nadine Schmitt; Wilfried Mau; Matthias Bethge</i>	195
Zusammenhang zwischen dem Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR) und Berufen: Gibt es besonders gefährdete Berufsgruppen? <i>Marco Streibelt; Matthias Bethge; David Fauser; Pia Zollmann</i>	198
Reha-Erfolg und Return to Work in der Psychosomatik	201
Einfluss des regionalen Arbeitsmarktes auf das Return to Work nach medizinischer Rehabilitation <i>Christian Hetzel; Sarah Leinberger; Rainer Kaluscha</i>	201
Reha-Erfolg psychosomatischer Rehabilitation bei Langzeit-Arbeitsunfähigkeit <i>Kirsten Rotter; Alexandra Lambrecht; Bernhard Koch; Axel Kobelt-Pönicke</i>	203
Sozialmedizinisches Outcome und Reha-Zufriedenheit bei sozialen Milieus in der Psychosomatischen Rehabilitation <i>Henrika Kleineberg-Massuthe; Lilia Papst; Markus Bassler; Volker Köllner</i>	206
Spielt die Branche eine Rolle für die Inklusionsbereitschaft gegenüber körperlich behinderten und psychisch erkrankten Menschen? <i>Veneta Slavchova; Lena Jager; Almuth Schmidt; Viktoria Arling</i>	207
Versorgungsverläufe von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf Basis administrativer Paneldaten der Deutschen Rentenversicherung Bund <i>Christian Hetzel; Sebastian Klaus; Alexander Meschnig; Ernst von Kardorff</i>	210
Welche Bedeutung haben das subjektive Krankheits- und Behandlungskonzept als Prädiktoren der Patient:innenzufriedenheit in der Psychosomatischen Rehabilitation? <i>Franziska Kessemeier; Rieka von der Warth; Jürgen Bengel; Matthias Rudolph; Manuela Glattacker</i> ..	212
Reha-Onkologie	215
Financial distress – Prognostische Aussagekraft des Tumorstadiums beim Lungenkarzinom (BC) <i>Ulf Seifart; Bianca Klawitter</i>	215
Komplikationen in der frühen Rehabilitationsphase nach radikaler Zystektomie: Ein Vergleich zwischen Ileum Conduit und Neoblase <i>Marius Cristian Butea-Bocu; Mayumi Götte; Henning Bahlburg; Florian Roghmann; Joachim Noldus; Guido Müller</i>	217
Kontinenzverbesserung nach radikaler Prostatektomie in der uro-onkologischen Rehabilitation: Intensiviertes Kontinenztraining bei ausgeprägter Inkontinenz und der Einfluss auf die seelische Belastung <i>Jürgen Wagner; Jana Bohro; Jens Leiendecker</i>	218
Rehabilitationsprozesse von Brustkrebsüberlebenden verstehen: Eine Grounded Theory über konfligierende Anforderungen, Bewältigung und Anpassungen <i>Kati Hiltrop; Paula Heidkamp; Clara Breidenbach; Christoph Kowalski; Nicole Ernstmann</i>	220
Rückkehr zur Arbeit nach radikaler Zystektomie und Harnableitung aufgrund eines Urothelkarzinoms der Harnblase <i>Guido Müller; Marius Cristian Butea-Bocu; Henning Bahlburg; Tabea Hellmann; Fabian Schuster; Florian Roghmann; Joachim Noldus</i>	222
Welchen Einfluss haben Merkmale der Krebstherapie auf die Inanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation? <i>Silke Jankowiak; Rainer Kaluscha; Thomas Widmann; Lena Tepohl</i>	224
Reha-System & Reha-Team	228
Anforderungen an Traumarehabilitationszentren <i>Stefan Simmel</i>	228
Beratung zu Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige – Evaluationsergebnisse aus einem Landesprojekt in NRW <i>Friederike Otto; Deborah Leddin</i>	230

Mandate der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation und ihre Konflikte (SWIMMER-Projekt) <i>Tobias Knoop; Nadja Scheiblich; Stephan Dettmers; Thorsten Meyer</i>	233
Mediziner:innen mit ausländischem Abschluss in deutschen Rehabilitationseinrichtungen – Lessons learned aus zwei Studien <i>Eva Jansen; Manuela Marquardt; Patricia Hänel</i>	236
Pflegefachliche und ärztliche Unsicherheiten bei Prüfung der Rehabilitationsindikation im Kontext der Pflegebegutachtung <i>André Golla; Anja Bieber; Wilfried Mau; Susanne Saal; Andrea Kimmel; Katrin Breuninger</i>	238
Praktischer Handlungsbedarf in der Psychosomatischen und Orthopädischen Rehabilitation aus der Sicht von Betroffenen und Mitarbeitenden in der Rehabilitation <i>Lisa Ann Baumann; Anja Gieseler; Natalie Schüz; Aike Hessel; Anna Levke Brütt</i>	240

Routinemäßige Implementierung von (elektronischen) Patient-reported Outcome Assessments in der Rehabilitation: Möglichkeiten und Nutzen 243

Differenzen in der Bewertung des medizinisch-psychiatrischen Rehabilitationserfolgs bei Anwendung verschiedener Patient Reported Outcomes <i>Birgit Senfft; Daniela Fischer-Hansal; Alexandra Schosser</i>	243
Implementierung eines routinemäßigen elektronischen Lebensqualitäts-Assessment in der stationären Rehabilitation für Kinder und Jugendliche – Lessons learned <i>David Riedl; Gabriele Sanio; Gerhard Rumpold; Bernhard Holzner; Thomas Licht; Alain Nickels; Gustav Fischmeister</i>	245
Oncological Rehabilitation Improves Quality of Life, Distress and Somatic Symptoms: Analysis of Twenty-one Tumor Entities <i>Thomas Licht; Alain Nickels; Gabriele Sanio; Jens Lehmann; Gerhard Rumpold; Bernhard Holzner; David Riedl</i>	247
Outcome Assessments in der orthopädischen Rehabilitation im Vergleich zu Vorgaben in Österreich <i>Lisa Hofmann; Silvia Lechner; Michael J. Fischer; Vincent Grote</i>	248
Prä-Post Ergebnismessungen von Patienten und Behandler in der muskuloskelettalen Rehabilitation <i>Vincent Grote; Michael Pirchl; Silvia Lechner; Michael J. Fischer</i>	250
Wirksamkeit einer stationären Rehabilitation für Kinder und Jugendliche nach Krebserkrankung – Ergebnisse einer naturalistischen Beobachtungsstudie <i>Gustav Fischmeister; Thomas Licht; Alain Nickels; Gabriele Sanio; Gerhard Rumpold; Bernhard Holzner</i>	251

Teilhabe und Arbeit..... 254

Aktuelle Herausforderungen und Anpassungsstrategien von Leistungserbringern in der beruflichen Rehabilitation – eine gemischt-methodische Analyse <i>Angela Rauch; Nancy Reims; Anton Nivorozhkin</i>	254
Betriebsorientierte ambulante berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen in Coronazeiten <i>Hans-Christoph Eichert</i>	256
Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die ambulante berufliche Rehabilitation: Erste Erkenntnisse für die Zukunft <i>Marie Heide; Björn Hagen; Manfred Otto-Albrecht; Jana Bauer; Mathilde Niehaus</i>	258
Mitarbeitendenbefragungen als Chance für eine Verbesserung der Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen <i>Isabell Lülff; Jana Bauer; Veronika Chakraverty; Susanne Groth; Mathilde Niehaus</i>	260
Return-to-Work unter pandemischen Bedingungen. Langfristiger Wandel von gesundheitsförderndem Führungsstil und Case-Management? <i>Jannis Hergesell; Peter Fauth; Vanessa Uloth; Nina Baur</i>	262
Stadt-Land-Unterschiede in der betrieblichen Gesundheitsförderung – ein Fokus auf KMU in Deutschland <i>Lara Lindert; Lukas Kühn; Kyung-Eun (Anna) Choi</i>	264

Beiträge in Postersessions (alphabetisch nach Beitragstitel)	267
Analyse therapeutischer Maßnahmen stationärer Mutter-Kind-Vorsorgemaßnahmen anhand von Daten der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) <i>Claudia Kirsch; Deborah Leddin; Friederike Otto; Monique Förster</i>	267
Anstieg der Arbeitslosigkeit von Menschen mit und ohne Schwerbehinderung infolge der SARS-CoV-2-Pandemie: eine Difference-in-Differences-Analyse <i>Frederike Booke; David Fauser; Nancy Reims; Matthias Bethge</i>	270
Autonomiegefährdung und -wahrung in der stationären medizinischen Rehabilitation - Ergebnisse eines Scoping Reviews <i>Malte Klemmt; Tanja Henking; Silke Neudert</i>	273
Beratung und Begleitung bei gefährdeter Erwerbsfähigkeit im Haus für Gesundheit und Arbeit: Eine qualitative Längsschnittanalyse <i>Marei Grope; Lea Remus; Stella Lemke; Matthias Bethge</i>	276
Beratung und Begleitung bei gefährdeter Erwerbsfähigkeit im Haus für Gesundheit und Arbeit: Eine quantitative Längsschnittanalyse <i>Lea Remus; Marei Grope; Stella Lemke; Matthias Bethge</i>	278
Berufliche Teilhabe von Patienten mit axialer Spondyloarthritis in Deutschland: Ergebnisse der multizentrischen Beobachtungsstudie ATTENTUS-axSpA <i>Uta Kiltz; Kirsten Hoepfer; Ludwig Hammel; Sebastian Lieb; Andreas Hähle; Dirk Meyer-Olson</i>	280
Bestimmende Faktoren der subjektiven Erwerbsaussichten von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation: Eine qualitative Studie <i>Nataliia Brehmer; Lara Luisa Wolff; Annett Salzwedel; Heinz Völler</i>	283
Beurteilung der Belastung und Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren aus Perspektive von Rehabilitand:innen und Therapeut:innen <i>Ines Passier; Prof. Axel Kobelt-Pönicke</i>	285
Beyond Physical Activity - kinematische Erfassung der Performanz bei Alltagsaktivitäten <i>Stephanie Schmidle; Philipp Gulde; Joachim Hermsdörfer</i>	288
Bisherige Limitationen in der Funktionserfassung und neue Wege durch Smart phone basiertes Neuro-Assessment Labor (NAL) <i>Peter Rieckmann; Philipp Gulde</i>	290
CARES – Vorstellung einer Machbarkeitsstudie zur Implementierung einer intensivierten Begleitung zur beruflichen Rückkehr in Krebsberatungsstellen <i>Paula Heidkamp; Kati Hiltrop; Clara Breidenbach; Christoph Kowalski; Nicole Ernstmann</i>	291
Computerlinguistische Ermittlung von Funktionsstörungen in der onkologischen Rehabilitation bei Kopf-Hals-Tumoren <i>Rainer Kaluscha; Christian Duncker; Annerose Keilmann; Alex Liebert; Lena Tepohl</i>	293
Der Einsatz digitaler Angebote in der medizinischen Rehabilitation: Ansatzpunkte für die Entwicklung hybrider Rehabilitationskonzepte <i>Simone Lamminger; Scott Stock Gissendanner; Heike Kähnert; Andrea Schaller</i>	296
Determinanten der Teilhabe am Arbeitsleben bei Multipler Sklerose (TAMuS) – Parameter für den Erhalt der Erwerbstätigkeit <i>Melanie Peters; David Ellenberger; Alexander Stahmann; Juliane Lamprecht; Nadine Schumann; Selina Rindelhardt; Kerstin Eichstädt</i>	298
Dick und glücklich? Entwicklung und Implementierung des Rehabilitationskonzeptes „Psycho-Adipositas“ (ADIPE) <i>Anne Schäfer; Livia Wilhelm; Sviatlana Fuest; Stefanie Gillitzer; Harald Fischer</i>	302
Die Bedeutung des pflegerischen Kontinenzmanagements bei Multipler Sklerose in der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) der DRV <i>Maike Heiker; Jörg Schulz; Tobias Leniger; Andrea Ghadimi</i>	304
Die Praktikabilität (Feasibility) des Sunballs als Therapiegerät in der neurologischen Rehabilitation <i>Romina Saile; Noemi Bertuleit</i>	306

Does new gamification approach improve the HAND function among rehab-patients ? A mono-center randomized controlled trial <i>Heithem Ben Abdallah; Schmitz Christian; Janina Tennler; Tobias Ohmann; Heinz-Herbert Homann</i>	308
Dokumentation von Covid-19-Fällen in Rehabilitationseinrichtungen: eine Befragung von Rehabilitationseinrichtungen und Gesundheitsämtern. Erste Ergebnisse des „PanCoV-Reha-Projekts“ <i>Anna Pieschnik; Alex Stern; Anna-Lena Esser; Simone Stickling; Oliver Razum</i>	309
Durchführung und Evaluation der interprofessionellen Lehrveranstaltung „Rehabilitations- und Entlassmanagement“ für die Ausbildungsgänge Medizin, Pflege und Physiotherapie <i>Laura Retznik; Wilfried Mau</i>	311
Dynamische Rehaforschung: Zum Umgang mit der Einführung des Teilhabestärkungsgesetzes während der Durchführung eines trägerübergreifenden Forschungsprojektes zur beruflichen Rehabilitation (Wabe-Net) <i>Franziska Kessemeier; Lena Staab; Rebekka Schlemmermeyer-Schoenfeld; Christine Detsinyi; Luisa Mertiny; Katrin Renn; Erik Farin-Glattacker</i>	313
Effekte von Entspannung und kognitiver Anstrengung auf das subjektive Befinden und die Reaktionszeit bei Personen mit Multipler Sklerose <i>Sarah Stoll; Milena Gölz; Isabel Bauer; Verena Lunz; Miriam Metsch; Paulina Kath; Jennifer Randerath</i>	315
Effekte von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation auf die psychische Gesundheit <i>Hannah Gomolzig</i>	316
Effektivität eines digitalen COPD-Schulungsprogramms bezüglich des Wissenszuwachses zum COPD-Selbstmanagement <i>Konstantin Helferich; Konrad Schultz; Antonius Schneider</i>	318
Einsatz von künstlicher Intelligenz zur Effizienzsteigerung bei der Funktionsdiagnostik in der Kinderrehabilitation <i>Ibrahim Duran</i>	319
Entwicklung einer Forschungsagenda für die Reha-Forschung in der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt <i>Doreen Stöhr; Daniel Graf; Martin Matzka; Martin Skoumal; David Felder</i>	321
Entwicklung einer Handreichung zur Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung in der Rehabilitation <i>Tuğba Aksakal; Yüce Yilmaz-Aslan; Maria Mader; Fabian Erdsiek; Dennis Padberg; Oliver Razum; Patrick Brzoska</i>	322
Entwicklung einer webbasierten Intervention zur Aktivitätsförderung bei Patient:innen mit Typ-2 Diabetes mellitus und Koronarer Herzkrankheit <i>Claas Lendt; Angeli Gawlik; Chloé Chermette; Bianca Biallas; Jens Kleinert</i>	324
Entwicklung eines standardisierten Assessments zur videorasterstereographischen Erfassung der Haltungskorrekturfähigkeit im Sinne der Symmetrie bei Skoliose <i>Janina Schubkegel; Ulrich Betz; Jürgen Konradi; Claudia Wolf; Christian Hülstrunk; Omar Zabar; Philipp Drees</i>	326
Entwicklung und Bewertung der Website Onko-Vital für die onkologische Reha-Nachsorge <i>Heike Kähnert; Birgit Leibbrand</i>	328
Entwicklung von smarten Textilien zur Therapie von Schlaganfallpatient*innen – TheraTex <i>Julia Danckwerth; Anja Hochschild</i>	330
Entwicklung, Implementierung und Evaluation einer multimodalen Peer-Schulung im Rahmen des Projektes „Qualitätssicherungsverfahren für Durchgangsarztberichte“ der DGUV <i>Bianca Biedenweg; Daniel Szcotkowski</i>	332
Erfahrungen mit dem Sozialsystem im Rahmen eines erwerbsbezogenen Casemanagements und die moderierende Rolle der Fallbegleiter*innen <i>Rieka von der Warth; Franziska Kessemeier; Erik Farin-Glattacker</i>	335
Erfahrungen mit Rehanachsorgeleistungen für Kinder- und Jugendliche – Perspektiven involvierter Akteur*innen <i>Judith Stumm; Sandra Fahrenkrog; Laura Klüpfel; Karla Spyra</i>	337

Erfassung von Symptomen und Laborpathologika von Post-COVID Patienten (Pat.) zu Beginn einer stationären Rehabilitation <i>Julia Thiemer; Johannes Jeschke; Annika Dahm; Anke Peil-Grun; Ulf Seifart</i>	339
Erhebung von PROMs zur vergleichenden Ergebnisqualität in der psychosomatischen Rehabilitation - Ergebnisse einer Pilotphase <i>Volker Beierlein; Ralf Bürgy; Torsten Kirsch; Johannes Kneißl; Matthias Köhler; Annabelle Neudam; Holger Schulz</i>	341
Evaluation eines neuen Rehabilitationskonzepts für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen: Ausgangslage bei Reha-Antritt <i>Sarah Leinberger; Nora Volmer-Berthele; Rainer Kaluscha; Buket Koyutürk; Stefanie Emhart; Lena Tepohl</i>	343
Expectations, concerns and experiences of rehabilitative patients during the COVID-19 pandemic in Germany: a qualitative analysis of social media posts <i>Kübra Altinok; Fabian Erdsiek; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska</i>	346
Finanzielle und berufliche Folgen einer Krebserkrankung bei jungen Erwachsenen - eine Patientenbefragung <i>Ulf Seifart; Lena Deinert</i>	347
Förderfaktoren und Barrieren bei der Inanspruchnahme des rehapro-Präventionsangebots für Arbeitslose <i>Ellen Gaus; Katharina Kotula; Rainer Kaluscha; Lena Tepohl</i>	349
Förderliche Kontextfaktoren bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation – ein Scoping Review <i>Maria Mader; Yüce Yilmaz-Aslan; Oliver Razum</i>	352
Freitextanalyse einer aktuellen Erhebung zur Tele-Reha-Nachsorge <i>Frank Merten; Sebastian Knapp</i>	354
Frühe maladaptive Schemata und Symptomreduktion bei chronisch und nicht chronisch depressiven Rehabilitanden <i>Alexandra Schosser; Daniela Fischer-Hansal; Birgit Senft</i>	356
Gesundheitskompetenz in der Rehabilitation - Befragung von Rehabilitand*innen und medizinischen Fachpersonen <i>Mona Voigt-Barbarowicz; Ruben Schmöger; Nicole Renken; Günter Dietz; Gerrit Maier; Norbert Hemken; Anna Levke Brütt</i>	359
Herzangst beeinflusst kardiale Risikofaktoren und Lebensqualität im Verlauf psychokardiologischer Rehabilitation <i>Christoph Schmitz; Eike Langheim; Judit Kleinschmidt; Volker Köllner</i>	361
Implementierung und praktische Umsetzung der Erhebung von Patient-Related Outcomes (PROs) in der orthopädischen Rehabilitation – Chancen und Limitierungen <i>Torsten Kirsch; Anja Spies; Matthias Köhler</i>	363
Implikationen psychischer Belastung im Home Office für die psychosomatische Rehabilitation <i>Scott Stock Gissendanner; Frank Kleemann; Regina Diedrichs; Kai Lorenz; Gerhard Schmid-Ott; Jörg Manzik</i>	365
Inanspruchnahme von Rehabilitationen aufgrund psychischer Erkrankungen während der SARS-CoV-2-Pandemie: eine Difference-in-Differences-Analyse <i>Matthias Bethge; Pia Zollmann; Marco Streibelt; David Fauser</i>	367
Interne und externe Responsivität arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster <i>Lilia Papst; Michael Käfer; Christian Zickwolf; Volker Beierlein; Volker Köllner</i>	370
Interpretation des SELF in der beruflich orientierten medizinischen Rehabilitation <i>David Bühne; Torsten Alles; Christian Hetzel; Maurizio Trippolini</i>	371
Kann der Work Ability Score Rehabilitation, Erwerbsminderungsrente und Tod bei Personen mit Rückenschmerzen vorhersagen? <i>David Fauser; Julia-Marie Zimmer; André Golla; Nadine Schmitt; Wilfried Mau; Matthias Bethge</i>	373
KardioApp – Nutzungs- und Akzeptanzanalyse einer webbasierten mobilen Anwendung für die Nachsorge kardiologischer Rehabilitand:innen <i>Sabine Stamm-Balderjahn; Susanne Rossek; Karla Spyra</i>	375

Kinder und Jugendliche mit Migrationsbiografie erreichen: transkulturelle Mediator:innen als Schlüsselakteur:innen der Informationsvermittlung zur medizinischen Rehabilitation <i>Hannes Banaschak; Flaminia Bartolini; Ramazan Salman; Matthias Bethge</i>	377
Konstrukttheoretische Auseinandersetzung mit der sozialen Partizipation von Jugendlichen zur Entwicklung eines Partizipationsmessinstruments für die (Re-)Habilitation <i>Laura Hoffmann; Carina Völlm; Marie Bernard; Astrid Fink; Matthias Richter; Britta Gebhard</i>	379
Körperpsychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung – Eine Pilotstudie <i>Melanie Jagla-Franke; Verena Zech; Philipp Sand; Albert Putzhammer; Gabriele Helga Franke</i>	381
Krankheitsverarbeitung von Schmerzpatientinnen und -patienten und deren Zusammenhänge <i>Gabriele Helga Franke; Dieter Küch; Melanie Jagla-Franke</i>	383
Landkarte der Forschungsförderung – Eine Analyse von der Deutschen Rentenversicherung zwischen 2004 und 2020 geförderten Projekte <i>Ernst von Kardorff; Leije Zeng</i>	386
Machbarkeitsstudie des AMA-Testes in verschiedenen Probandenkollektiven <i>Judith Gartmann; Norbert Geissler; Elena Andreeva</i>	388
Menschen mit Beeinträchtigungen auf dem Arbeitsmarkt – Erwerbsbeteiligung, Beschäftigungsstrukturen und persönliche Einschätzungen <i>Jörg Schmidt; Christiane Flüter-Hoffmann</i>	390
Mögliche Ansatzpunkte für psychotherapeutische Interventionen bei psychisch belasteten Herzpatienten aus einer netzwerkanalytischen Perspektive <i>Stefan Lueger; Tanja Lueger; Peter Deeg</i>	392
Nutzen, Zufriedenheit und Verbesserungspotenziale des rehapro-Modellprojektes „Ü35 Gesundheitschecks mit WAI“ - aus Sicht der Teilnehmer/-innen und Nicht-Teilnehmer/-innen <i>Christina Kaltenbach; Lea Raiber; Marina Jost; Rainer Kaluscha; Theresa Kölle; Lena Tepohl</i>	395
Online-Betreuung zur Bewältigung der COVID-19 Pandemiefolgen – Implementierung, Nutzungshäufigkeit und Teilnehmerzufriedenheit in RPK-Einrichtungen <i>Gustav Wirtz; Monika Stuhlinger; Stefanie Freund</i>	397
Osteogenesis imperfecta: Evidenzbasierte Therapiekonzepte unter Einbeziehung von Patient*innen und Selbsthilfegruppen <i>Martin Gehlen; Michael Pfeifer; Michael Schwarz-Eywill; Ana Lazarescu; Christian Hinz</i>	398
Pandemiebedingte Reduktion kardiologischer Rehabilitationsleistungen: eine Difference-in-Differences-Analyse <i>Annika Sternberg; David Fauser; Pia Zollmann; Marco Streibelt; Matthias Bethge</i>	400
Patient reported outcome in der psychosomatischen Rehabilitation: Pilotstudie zur vergleichenden Messung von Ergebnisqualität mit dem 4QD-Indikatorensetz Psychosomatik <i>Volker Beierlein; Ralf Bürgy; Sigrid Krause; Torsten Kirsch; Annabelle Neudam; Holger Schulz</i>	402
Patientenerwartungen in der orthopädischen Rehabilitation: Einfluss von psychischen, lebensstilbezogenen und erkrankungsabhängigen Merkmalen bei 50-60-jährigen Frauen <i>Kristina Küper; Alina Dahmen; Petra Becker; Sarah Schramm; Thomas Rüter; Dieter Leyk</i>	405
Patientenzentrierte Versorgung in Rehabilitationskliniken unter der SARS-CoV-2 Pandemie: Eine framework-gestützte Analyse von Online-Patientenrezensionen <i>Lukas Kühn; Lara Lindert; Kyung-Eun (Anna) Choi</i>	408
Präsentismus im Homeoffice - Eine Befragung Beschäftigter mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigung <i>Henrike Urbic; Jana Felicitas Bauer; Mathilde Niehaus</i>	410
Prospektive Versorgungsforschung zur Lebensqualität und psychosozialen Belastung nach radikaler Zystektomie wegen Urothelkarzinoms der Harnblase <i>Guido Müller; Marius Cristian Butea-Bocu; Henning Bahlburg; Tabea Hellmann; Fabian Schuster; Florian Roghmann; Joachim Noldus</i>	412
Psychosomatische Rehabilitation unter Pandemiebedingungen: Maßnahmen und Ergebnisse aus der Nutzerperspektive <i>Udo Kaiser; Rüdiger Nübling; Jürgen Schmidt; Julian Jorkowski; Monika Reuß-Borst</i>	414

Qualität der Teilhabe am Erwerbsleben - ein partizipatives Projekt zu Arbeitsbedingungen von Menschen mit Beeinträchtigungen <i>Tomke S. Gerdes; Lena Hünefeld</i>	416
Rehabilitationsinanspruchnahme erwerbstätiger Personen mit Rückenschmerzen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Operationalisierungen von Migrationshintergrund <i>Hannes Banaschak; David Fauser; Julia-Marie Zimmer; André Golla; Wilfried Mau; Matthias Bethge</i>	419
Rehappy: Evaluation einer Gesundheits-App für Schädel-Hirn-Trauma-Patienten <i>Viktoria Arling; Gesine Gottkehaskamp; Veneta Slavchova</i>	421
Rentenabsicht nach berufsbezogener Suchtrehabilitation - Unterschiede je nach arbeitsbezogenem Verhaltens- und Erlebensmuster <i>Silke Jankowiak; Andreas Kocks; Jens Borgelt; Rainer Kaluscha; Lena Tepohl</i>	423
Rückgang onkologischer Rehabilitationen infolge der SARS-CoV-2-Pandemie: eine Difference-in-Differences-Analyse <i>David Fauser; Pia Zollmann; Marco Streibelt; Matthias Bethge</i>	427
Screening zum Rehabilitationsbedarf von PatientInnen in einer Ambulanz für seltene Erkrankungen (EBA) - eine Querschnittstudie <i>Andrea Bökel; Christoph Gutenbrunner</i>	430
Spezifische Wirksamkeit der wertebasierten Verhaltensaktivierung und der kognitiven Verhaltenstherapie auf kognitive und somatisch-affektive Depressionssymptome <i>Maximilian Mengerig; Ursula Melicherova; Birgit Wagner; Volker Köllner</i>	433
Stressverarbeitungscluster bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation <i>Michael Linden; Josephine Otto</i>	434
Subjektive Lebensqualität von Menschen mit schweren mehrfachen körperlichen oder geistigen Behinderungen <i>Christine Thienel; Cornelia Weiß; Jana Stucke; Martina Fier; Thorsten Meyer</i>	435
Veränderung der Reha-Population in einer Reha-Klinik für seelische Gesundheit in den Jahren 2015 bis 2020 <i>Ines Hölbling; Elisabeth Stefanek; Markus Schwab; Georg Spiel</i>	437
Was wiegt schwerer? Die eigene Erkrankung, berufliche Belastungen oder private Konfliktthemen? Auslöseereignisse der ICD-11 Anpassungsstörungssymptomatik bei psychokardiologischen Patienten <i>Alexa Kupferschmitt; Eike Langheim; Volker Köllner</i>	440
Wie wird die verhaltensmedizinisch-orientierte Rehabilitation (VOR) während der COVID-19-Pandemie von den Rehabilitanden erlebt? <i>Karin Meng; Gabriele Sohr; Martin Holme; Claudia Isele, Christof Neukirch; Dieter Benninghoven; Verena Heß</i>	441
Wohlbefinden von Studierenden während der COVID-19-Pandemie – Die Rolle von Persönlichkeit und körperlicher Aktivität <i>Jens Knispel; Annika Franken; Viktoria Arling</i>	444
Zielorientierung in der ICF-orientierten Rehabilitation schwer Brandverletzter <i>Hans Ziegenthaler; Annette Stolle; Annika Ladewig; Hubert Neubauer; Leila Harhaus</i>	446
Zusammenhang von subjektiv wahrgenommener Belastung durch die COVID-19 Pandemie und Psychosozialer Gesundheit bei Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation <i>Eike Fittig; Elisabeth Born; Sandra Adami; Mirjam Körner; Manfred Rundel</i>	448
Zwei Zirkeltraining-Therapien zur Verbesserung der Mobilität bei MS Patienten mit Gleichgewichtsstörungen in der stationären neurologischen Rehabilitation – Untersuchung der Praktikabilität und Auswirkungen auf Klinische Assessments, PROMS <i>Michelle Preuß; Sabela Hailu Chanyalew; Romina Saile; Christian Dettmers; Michael Jöbges</i>	450

Rehabilitation 4.0: Medizin und Digitalisierung verantwortungsvoll gestalten

Eckhard Nagel; Georg Lindinger

Universität Bayreuth

Digitalisierung im medizinischen Kontext beschreibt nicht nur die Einführung neuer Prozesse (Medizin 1.0), neuer Technologien (Medizin 2.0) oder die digitale Transformation und Prozessierung von Informationen und Daten (Medizin 3.0) (Juhra & Born, 2020). Die Vernetzungsmöglichkeiten moderner Informations- und Kommunikationstechnologien (Medizin 4.0) führen mit Hilfe digitaler Anwendungen zu einer Neustrukturierung des gesamten öffentlichen und persönlichen Raums (Schregel, 2020). Digitale Technologien überschreiten in mannigfaltiger Weise technische, geographische und soziale Grenzen (Hamidian & Kraijo, 2013), insbesondere im Gesundheitswesen. Das bedeutet, dass mit großer Sensibilität und Aufmerksamkeit die durch die Digitalisierung bedingten Veränderungen analysiert, wahrgenommen und in der Praxis umgesetzt werden müssen. Technische Neuerungen bieten vielfältige Anwendungsmöglichkeiten. Häufig wird darauf hingewiesen, dass dabei effizientere und effektivere Abläufe realisiert können. Dabei darf die Grundlage medizinischen Handelns, eine unbedingte Ausrichtung an den Interessen der Patient*innen, aber nicht relativiert werden. Die Gefahr zur Relativierung besteht allerdings bereits in der Interpretation, der durch die Unterstützung digitaler Technologien gewonnenen Daten in Forschung und Patient*innenbehandlung. Überschriften wie Korrelation versus Kausalität charakterisieren diesen Prozess. Dies hat direkte Auswirkungen auf die Wissensgenerierung und in einem nächsten Schritt selbstverständlich auch auf die Patient*innenbehandlung. Digitalisierung ist weder Selbstzweck noch per se Fortschritt. Digitalisierung überwindet Sektorengrenzen. Digitalisierung verändert das eigene Rollenverständnis. Es geht nicht mehr um ambulant versus stationär, sondern um digital, präventiv, ambulant, stationär, rehabilitativ und eine neue Betrachtungsweise des Patient*innenweges. In den jeweiligen Sektoren verändern sich Abläufe, gegebenenfalls Strukturen und der Handlungskontext. Das gilt auch für die Rehabilitationsmedizin. Die sich abzeichnende Transformation bietet mehr Chancen als Risiken. Sie ist eine Herausforderung für die Verantwortlichen, der mit Offenheit begegnet werden sollte. Sind Behandlungsprozesse bis heute an Ort und Struktur der Handlungserbringung gekoppelt, so ist vorstellbar, dass die Rehabilitationsmedizin 4.0 weit darüber hinaus ihre Wirksamkeit entfalten kann. Beispielhaft sei auf die Bereiche Ernährung und Bewegung hingewiesen, deren Zusammenhang mit der gesundheitlichen Entwicklung durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse immer deutlicher zu Tage tritt (Wang et al., 2021; Fakultät VII Kulmbach, 2022). Der Wissenszuwachs basiert auf der Analyse großer Datenmengen, die in adäquater Aufarbeitung nahelegen, dass rehabilitative und präventive medizinische Erfolge durch individualisierte Diätvorschriften oder spezifische körperliche Trainingsprogramme erreicht

werden können. Solche Erfahrungen werden durch den Prozess der Digitalisierung reproduzierbar, räumlich flexibel und zeitlich ausdehnbar (Schmietow and Lindinger, 2021/a). Wissenschaftliche Ergebnisse, die mit Hilfe von Big Data neue Erkenntnisse aufzeigen, müssen allerdings besonders kritisch hinterfragt und auf ihre Relevanz hin doppelt ‚abgeklopft‘ werden. Erst wenn es den Korrelationen gelingt Kausalität aufzuzeigen oder zumindest wahrscheinlich werden zu lassen, wird aus den neuen Möglichkeiten eine sinnvolle Strategie, die ihren Weg in die Handlungsleitlinien finden sollte. Der bisweilen belächelte, so genannte „gesunde Menschenverstand“ sollte hier als Richtschnur dienen. Dann kann Rehabilitation über den Klinikaufenthalt hinaus langfristig wirksam werden.

Als Vorläufer zu einer solchen Rehabilitation 4.0 soll auf das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt „Medizin 4.0“ hingewiesen werden, das ethisch relevante Auswirkungen digitaler Mobiltechnologien auf Veränderungen der Selbstbestimmung, des Verhältnisses zwischen Eigenverantwortung und Solidarität der Anwender*innen/ Bürger*innen/Versicherten sowie der Ärzt*in-Patient*in Beziehung untersuchte. Eine Veränderung des ärztlichen Selbstverständnisses und des eigenen Berufsbildes war feststellbar (Schregel, 2020) und kann als Referenz für neue Anwendungsfelder dienen.

Es ist zu bedenken, dass Erweiterung und Überwindung von Sektorengrenzen den schwierigen Charakter der Ein- und Zuordnung der Verantwortlichkeiten verstärkt und Auswirkungen auf die Finanzierung des Gesundheitswesens hat (Schmietow & Lindinger, 2021a; Schmietow & Lindinger, 2021b; Schregel et al., 2020). Allerdings bleiben in einem vernetzten Gesundheitssystem die Daten nicht in einem spezifischen Zugriffsraum, sondern sind vielfach nutzbar. Exemplarisch sei auf eine elektronische Patient*innenakte und eine Vernetzung der einzelnen Sektoren durch diese hingewiesen. Je weiter eine Digitalisierung der Organisation des Gesundheitswesens vorangeschritten ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer Verschiebung der Zuständigkeiten und der Zugriffs-, Informations- und Bearbeitungsrechte an den Daten. Die Zuschreibung und Zuschreibungslegitimation („persönliche Daten“, „Gesundheitsdaten“, „Forschungsdaten“, „klinische Daten“, „medizinische Daten“) werden geändert. Bei diesen Veränderungen ist darauf zu achten, dass sich nicht nur die Rollen und Positionen der Patient*innen und Ärzt*innen, sondern aller im Gesundheitswesen tätigen Stakeholder inkl. der privatwirtschaftlichen Unternehmen und der Versicherungsträger wandeln. Auch die Regulation oder Förderung durch staatliche Institutionen und den Gesetzgeber werden beeinflusst.

Diese Entwicklung macht es unabdingbar notwendig andere Lern-, Verlaufs- und Therapieprozesse auch in der Rehabilitationsmedizin zu definieren. Ein Beispiel, wie man mit Hilfe eines längerfristig angelegten Projekts Ansatzpunkte zur Verstetigung schaffen kann, ist das Projekt Dina4U, das in Zusammenarbeit mit der DRV Nordbayern, der Universität Marburg, der Universität Bayreuth und der Fachklinik Wangen im Allgäu aktuell durchgeführt wird. Konkretes Ziel des Projektes ist es, dass mit gezielter Rehabilitation per App und webbasierten Anwendungen Kinder und Jugendliche mit Adipositas in einem gemeinsamen partizipativen Verfahren zu Verhaltens- und Verhältnisänderungen animiert werden, um eine Verbesserung der Nachsorge und eine Verstetigung auch über den Klinikaufenthalt hinaus im Alltag zu erreichen.

Ein solches Beispiel zeigt Chancen auf, unterstreicht unabwendbare Entwicklungsprozesse und deutet auf die grundlegenden Veränderungen zu einer Rehabilitation 4.0 hin. Die

Ausrichtung der Prozesse im Gesundheitswesen an Lebenslauf bzw. Datenverlauf einer Patient*in ist nicht mehr konstitutiv und ausschließlich an Diagnose und Therapie im Einzelbehandlungskontext gebunden. In Zukunft werden den Bereichen Prävention und Rehabilitation dadurch völlig neue Perspektiven eröffnet. Damit ist eine Transformation der Rehabilitation und Rehabilitationsforschung verbunden. Diese gilt es zu gestalten. Dabei ist die Orientierung an klassischen medizinischen Erkenntnissen naheliegend. Eine Bereitschaft zum strukturierten inhaltlichen Dialog ist notwendig. Gleichzeitig sollte jede Form von Überlegungen, die eine Alternativlosigkeit postulieren, eine Absage erteilt werden. Die Gestaltung der Zukunft setzt Enthusiasmus, aber in gleicher Weise Vernunft voraus.

Literatur

- Hamidian, K. und Kraijo, C., (2013). Digitalisierung – Status quo. In Keuper, F., Hamidian, K., Verwaayen, E., Kalinowski, T., und Kraijo, C., Herausgeber, Digitalisierung und Innovation: Planung - Entstehung - Entwicklungsperspektiven, Seiten 1–23. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden.
- Juhra, C. und Born, J., (2020). Klinik 4.0 – Das digitale Krankenhaus. In Frenz, W., Herausgeber, Handbuch Industrie 4.0: Recht, Technik, Gesellschaft, Seiten 1037–1051. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg.
- Schmietow, B., Lindinger, G., (2021/a). ‚Meine‘ Daten – ‚Meine‘ Verantwortung? Gesundheitsbezogene Apps und neue Dimensionen der Selbstbestimmung. In: Inthorn J (Hrsg): Digitale Patientenversorgung. Zur Computerisierung von Diagnostik, Therapie und Pflege. Bielefeld: transcript (Medical humanities, Band 3). DOI: <https://doi.org/10.14361/9783839449189-011>.
- Schmietow, B., Lindinger, G., (2021/b, im Erscheinen): ‚Benefits and risks‘ or beyond? – the ethical landscape of health-related apps. *Monash Bioeth. Rev.*
- Schregel, I., (2020). Welche Auswirkungen gesundheitsbezogener Apps nehmen in Deutschlandtätige Ärztinnen und Ärzte wahr? Eine Mixed-Methods Studie zur Stellung und Rolle des Arztes und der Ärztin in der Berufsausübung, in der Arzt-Patient-Beziehung und in der Gesellschaft. Dissertationsschrift. Hamburg/Bayreuth.
- Schregel, I., Lindinger, G., Lauerer, M., Nagel, E., (2020). Stärkung der Selbstverantwortung oder Entsolidarisierung durch Digitalisierung? : Eine Analyse ökonomischer Anreize und normativer Implikationen am Beispiel der Telematiktarife. In: Manzeschke A, Niederlag, W (Hrsg.): Ethische Perspektiven auf biomedizinische Technologie. - Berlin: De Gruyter, S. 71 – 79. (Health Academy; 3). DOI: <https://doi.org/10.1515/9783110645767-008>.
- Wang, Y.; König, L.; Reiterer, H., (2021). A Smartphone App to Support Sedentary Behavior Change by Visualizing Personal Mobility Patterns and Action Planning (SedVis): Development and Pilot Study. In: *JMIR Formative Research*. Bd. 5. Heft 1. DOI: <https://doi.org/10.2196/15369>.
- Fakultät VII Kulmbach, (2022). Internetadresse zur Forschung der neu gegründeten Fakultät VII der Universität Bayreuth. <https://www.f7.uni-bayreuth.de/de/forschung-lehre/index.html> (Letzter Zugriff: 14.01.2022).

Benefit und Ergebnis eines vernetzten MBOR-Konzepts im Regelbetrieb – Vorteile für alle Beteiligten

Wolf-Dieter Müller¹; Norman Best²; Ralf Knufinke³; Wilfried Kleinhans⁴; Ivonne Balduf⁴; Steffen Derlien²

¹ m&i Fachklinik Bad Liebenstein; ² Universitätsklinikum Jena; ³ Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See; ⁴ K+S KALI Minerals and Acriculture GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Das MBOR-Verfahren zielt primär auf die wesentliche Verbesserung oder Wiederherstellung von drohender oder bereits verminderter Erwerbsfähigkeit. Die Elemente der Diagnostik (Screening-Verfahren, FCE- und Dokumentationssysteme) und die Therapiebausteine (arbeitsplatzspezifisches Training, berufsbezogene Therapiegruppen, Einzeltherapie sowie Belastungserprobung) stehen im Mittelpunkt der Rehabilitation. Begleitend werden Maßnahmen zur Verstetigung eingesetzt (Vogel, 2019). Besonders in Zeiten von Fachkräftemangel und Entwicklung einer Urnenform anstatt der klassischen Alterspyramide nimmt die Bedeutung der hier vorgestellten Maßnahmen zu.

Die Vernetzung aller Akteure in der Rehabilitation ist ein Schlüssel für die Langfristigkeit der Maßnahmen und schließlich deren Erfolgsaussichten. Dies ist allerdings aus verschiedenen Gründen in der deutschen Rehabilitationslandschaft problematisch.

Im Rahmen eines langjährigen Prozesses konnte in Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland, der Knappschaft Bahn-See (KBS, einzigartiges Verbundsystem aus Sozialversicherung, Ärzten und Gesundheitsdiensten) und ortsansässigen Betrieben (u. a. Automobilhersteller und Bergwerksbetrieb) eine Vernetzung erprobt sowie optimiert und schließlich vielfach veröffentlicht werden (Maier, 2010; Müller et al., 2011; Müller et al., 2015).

In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, ob die Pilotprojekte unter Beibehaltung der erzielten Effekte in die Regelversorgung überführt werden konnten.

Methoden

Basierend auf den rehabilitativen Prozessen mit dem höchsten Optimierungsstand (2012), wurde eine Regelversorgung für von verminderter Erwerbstätigkeit bedrohter Mitarbeiter eines regionalen Bergwerkbetriebs (K+S) implementiert. Diese Regelversorgung umfasste eine dreiwöchige stationäre MBOR-Maßnahme unter Trägerschaft der KBS. Wesentliche Bestandteile waren das gestraffte Antragsverfahren, die Übermittlung der Arbeitsplatzanforderung sowie die Evaluierung der Fähigkeiten und Fertigkeiten des Arbeitnehmers. Schließlich konnten therapeutische Maßnahmen und eventuelle Arbeitsplatzanpassungen darauf abgestimmt werden. Der Datentransfer erfolgte elektronisch mittels MARIE und schloss sowohl den Betrieb inklusive aller relevanten Akteure, den Kostenträger als auch den Arbeitnehmer mit ein.

Die Evaluierung der Ergebnisse auf allgemeiner und spezifischer Ebene erfolgte zu Beginn (T1) und nach Beendigung (T2) der Reha sowie nach weiteren sechs Monaten (T3).

Die Besonderheit der Untersuchung liegt in der Betrachtung der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) in den jeweils zwölf Monaten vor und nach der Rehabilitationsmaßnahme, ermöglicht durch die Einbeziehung der KBS. Diese stehen im Fokus der aktuellen Auswertung.

Ergebnisse

Es konnten die AU-Tage, in Bezug zur Rehabilitation führenden Einweisungsdiagnose, im jährlichen Verlauf von 2013 bis 2019 anonym und datenschutzkonform analysiert werden. Die Zahl der Betroffenen belief sich dabei jährlich auf durchschnittlich 60 Personen. Die mittlere Anzahl der AU-Tage konnte von 3214 im Jahr vor der Rehabilitationsmaßnahme auf 1695 AU-Tage im Folgejahr reduziert werden. Dies entspricht einer durchschnittlichen Reduktion um 1519 AU-Tagen bzw. 47 %.

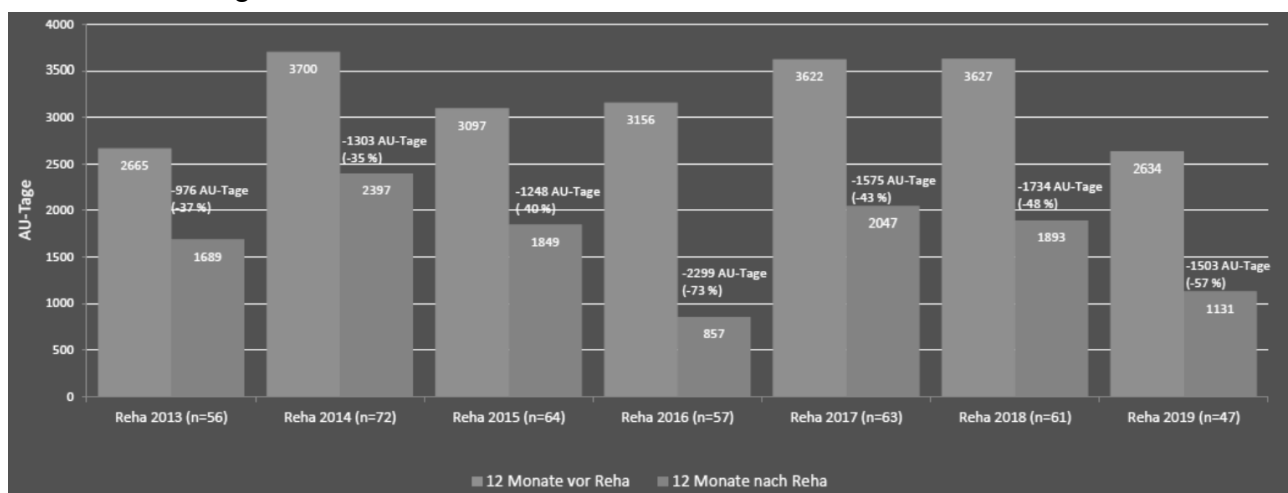


Abb. 1: Die mittlere Zahl der AU-Tage vor und nach der Reha im Vergleich zwischen 2013 und 2019.

Parallel dazu erfolgte die Auswertung zur allgemeinen Lebensqualität (SF-36 und EQ-5D) und der spezifischen Messinstrumente (WOMAC oder FFbH-R). Auch hier kann der Trend der starken Effekte beibehalten werden. Dieser Zugewinn sinkt in der sechsmonatigen Nachbetrachtung, bleibt aber auf einem deutlich höheren Niveau als vor Beginn der Reha.

Diskussion und Fazit

Aus der Reduktion der AU-Tage von durchschnittlich 1519 Tagen ergibt sich eine Reduktion um ca. 4,3 Arbeitsjahre. Bei einem angenommenen Bruttowertschöpfungsausfall von 74.600 € pro Arbeitsjahr (Zahlen der BAUA) entspricht das einer Summe von ca. 320.000 €. Hier ist das volkswirtschaftlich betrachtete Präventionspotential und Nutzenpotential abzulesen. Die Vorteile einer frühzeitigen Rehabilitationsmaßnahme für das Individuum können im Licht der Entwicklung der Assessments für die allgemeine und spezifische Lebensqualität betrachtet werden. Auch hier besteht ein erheblicher Nutzen.

Die als Erfolg zu wertenden Daten der MBOR-Rehabilitation führten zu einer schrittweisen Einführung der Maßnahme in angeschlossenen Betrieben der KBS. Die zukünftige Aufgabe zielt auf eine standardisierte Vernetzung der Rehabilitation für kleine und Kleinstbetriebe ab, um eine suffiziente Versorgung zu erreichen.

Literatur

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) (2019). Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2019. https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltbericht/richterstattung/Kosten-der-AU/Kosten-der-Arbeitsunfaehigkeit_node.html; Zugriff am 28.10.2021.
- Maier, V., (2010). Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration bei Beschäftigten der Automobilindustrie mit Rückenschmerzen. Ergebnisorientierte Optimierung der Rehabilitationskonzepte. Dissertation: FSU Jena.
- Müller, W.-D.; Derlien, S.; Knufinke, R.; Kleinhans, W.; Smolenski, U.C., (2015). Vernetztes MBOR-Konzept zwischen Bergwerkbetrieb und Reha-Klinik – medizinische und ökonomische Ergebnisse. DRV-Schriften, Bd 107, S.33-36.
- Müller, W.-D.; Knufinke, R.; Kleinhans, W.; Smolenski, U.C.; Bak, P., (2011). Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration bei Beschäftigten eines Bergwerkbetriebes – medizinische und ökonomische Ergebnisse eines optimierten Rehabilitationskonzeptes. DRV-Schriften, Bd 93, S. 201-203
- Vogel, H.; Gerlich, C.; Lukaszik, M. (2019). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in der onkologischen Rehabilitation. Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie.

Der Einfluss von Rehabilitanden-Kennzeichen und des Testumfangs auf die prognostische Validität des FCE-Verfahrens ELA

David Bühne¹; Torsten Alles¹; Christian Hetzel¹; Ingo Froböse²

¹ Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln; ² Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation, Deutsche Sporthochschule Köln

Hintergrund und Zielstellung

Verfahren der FCE werden in beruflich orientierten Reha-Maßnahmen – in der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) sowie in der Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskeletalen Rehabilitation (ABMR) – eingesetzt, um Informationen über die arbeitsbezogene körperliche Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden zu erhalten. Gemessen an bisherigen Studien ist die Validität der Verfahren insgesamt als moderat einzustufen (Kuijer et al., 2012). Ein Großteil dieser Untersuchungen basierte jedoch auf umfangreichen Testungen, welche den im Kontext der MBOR angedachten Umfang – pro Erhebungszeitpunkt sind 90 Minuten für die berufsbezogene Diagnostik vorgesehen (DRV, 2019) – deutlich überschreiten. Eine Ausnahme bildet unter anderem die Studie zum Verfahren ELA (Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten), eines als FCE-Kurzverfahren angelegten Assessments. Hierbei konnte die prognostische Validität der ELA-basierten Einschätzung der arbeitsbezogenen körperlichen Leistungsfähigkeit hinsichtlich der Rückkehr in Arbeit (RTW) nachgewiesen werden (Bühne et al., 2020). Ein weiteres Forschungsprojekt im Auftrag der DRV ergab, dass die

prognostische Validität der FCE-Ergebnisse insbesondere durch solche Personen limitiert wird, die eine mittlere oder starke schmerzbedingte Beeinträchtigung der Berufsausübung berichten bzw. die Erwartung äußern, erst nach mehr als einem Monat in Arbeit zurückzukehren (Bühne et al., 2021). Das Ziel der vorliegenden Analyse bestand darin, die Berechnungen um zwei Aspekte des Testumfangs zu erweitern: Testdauer sowie Anzahl durchgeführter Aktivitätstests.

Methoden

Die nachfolgenden Analysen basieren auf 263 orthopädischen Rehabilitanden der MBOR, die in zehn Einrichtungen rekrutiert wurden. Die ELA-basierte Einschätzung der arbeitsbezogenen körperlichen Leistungsfähigkeit (\geq mittelmäßig vs. \leq sehr schlecht) zu Reha-Ende wurde in solchen Fällen als prognostisch valide eingestuft, in denen ein positives ELA-Ergebnis mit RTW – erhoben drei Monate nach Reha-Ende – bzw. ein negatives Testergebnis mit N-RTW einherging. Um die Wahrscheinlichkeit fehlerhafter Rückschlüsse zu reduzieren, wurden die Einstufungen der Validität dabei unter drei Bedingungen entgegengesetzt vorgenommen: 1) sofern N-RTW ausschließlich auf nicht-körperliche Ursachen zurückgeführt wurde, 2) sofern der RTW-Erfolg mit einem Wechsel des Arbeitsplatzes oder einer Reduktion der Arbeitsanforderungen begründet wurde sowie 3) bei der Angabe deutlicher Einschränkungen der Produktivität im Falle RTW. Um den Einfluss der Variablen zu überprüfen, wurden multiple logistische Regressionsmodelle berechnet.

Ergebnisse

Die 133 Rehabilitandinnen und 130 Rehabilitanden befanden sich in einem mittleren Alter von 50,9 Jahren (Standardabweichung(SD)=8,6). Die durchschnittliche Dauer der FCE-Testung betrug 34,4 Minuten (SD=12,4) und im Mittel wurden 3,5 Aktivitätstests (SD=1,4) durchgeführt. Im multiplen Modell (Nagelkerke $R^2=,535$) erwiesen sich weder die Testdauer (OR=1,01 (95%-Konfidenzintervall (95%-KI)=,98-1,04) noch die Anzahl an Aktivitätstests (OR=,91 (95%-KI=,70-1,19)) als bedeutsam. Ein negativer Einfluss bestand dagegen für die Äußerung einer moderaten (OR=,11 (95%-KI=,03-,35)) bzw. starken schmerzbedingten Beeinträchtigung der Berufsausübung (OR=,13 (95%-KI=,03-,51)), die Angabe einer psychosozialen Belastung (OR=,30 (95%-KI=,12-,74)) sowie die Erwartung, erst nach einem Monat in Arbeit zurückzukehren (OR=,18 (95%-KI=,07-,49)). Darüber hinaus war auch die Angabe einer anderen Muttersprache als Deutsch mit einer geringeren Chance für eine valide Prognose der arbeitsbezogenen körperlichen Leistungsfähigkeit assoziiert (OR=,14 (95%-KI=,04-,49)).

Diskussion und Fazit

Im vorliegenden Sample wurde die prognostische Validität von ELA primär durch Patientenkennzeichen limitiert – hierbei insbesondere durch eine mittlere bzw. starke schmerzbedingte Beeinträchtigung der Berufsausübung. Dieses Kriterium sowie die drei weiteren identifizierten Einflussfaktoren sind entsprechend in der Interpretation von ELA-Ergebnissen besonders zu berücksichtigen. Die einbezogenen Kriterien des Testumfangs erwiesen sich dagegen als nicht bedeutsam. Hinweise auf mit kürzeren Testungen einhergehende Einbußen der prognostischen Validität waren entsprechend nicht zu beobachten.

Literatur

- Bühne, D.; Alles, T.; Hetzel, C. et al., (2020). Predictive validity of a customized functional capacity evaluation in patients with musculoskeletal disorders. *Int Arch Occup Environ Health*, 93, 635-643.
- Bühne, D.; Alles, T.; Hetzel, C. et al., (2021). Do patient characteristics affect the predictive validity of Functional Capacity Evaluations?. *Int Arch Occup Environ Health*. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01807-7>.
- Deutsche Rentenversicherung Bund, (2019). Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin. DRV Bund.
- Kuijjer, P.P.; Gouttebauge, V.; Brouwer, S. et al., (2012). Are performance-based measures predictive of work participation in patients with musculoskeletal disorders? A systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*, 85, 109–123.

Interessenkonflikt: Die Autoren David Bühne, Torsten Alles, Christian Hetzel sind Mitarbeiter des für die Entwicklung und Schulung von ELA verantwortlichen Instituts für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Führt die EFL nach Isernhagen zu einer realistischeren Selbsteinschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit?

Martin Schindl¹; Sylvia Wassipaul¹; Harald Zipko²

¹ RZ Weißer Hof, AUVA; ² FH Campus Wien

Hintergrund und Zielstellung

Die selbsteingeschätzte körperliche Leistungsfähigkeit stellt einen wichtigen Prädiktor für die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach muskulo-skelettalem Trauma dar (Clay et al., 2010).

In einer früheren Studie konnte in einem relativ kleinen sample gezeigt werden, dass die Absolvierung einer EFL nach Isernhagen (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit) (Isernhagen, 1992) zu einer Zunahme der selbsteingeschätzten körperlichen Leistungsfähigkeit führt (Schindl et al., 2019).

In einer Nachfolgestudie sollte nun in einer größeren Stichprobe geklärt werden, ob diese Steigerung der selbsteingeschätzten körperlichen Leistungsfähigkeit auch mit einer realistischeren Selbsteinschätzung – bezogen auf die beobachtete zumutbare funktionelle Leistungsfähigkeit im Zuge der EFL, einhergeht.

Methoden

Retrospektive Datenauswertung der EFL Datenbank des RZ Weißer Hof.

Stichprobe: Es wurden die Daten der EFL Jahrgänge 2016 bis 2019 ausgewertet. Von den 532 Datensätzen waren 524 vollständig (98,7%).

Messparameter: Es wurde die Differenz der selbsteingeschätzten körperlichen Leistungsfähigkeit anhand der DOT (U. S. Department of Labor, 1977) Kategorie des SFS Fragebogens (Matheson & Matheson, 1989) vor und nach Absolvierung der EFL bezogen auf die zumutbare DOT Kategorie, die durch Beobachtung während der EFL erhoben wurde, verglichen.

Die Anzahl der verletzten anatomischen Regionen wurde als Maß für den Schweregrad der Verletzung herangezogen.

Weiter wurde eine intraindividuelle Datenstromanalyse der selbsteingeschätzten Arbeitsschwere erstellt.

Ergebnisse

Sample:

Das Sample bestand zum überwiegenden Teil aus Männer (w/m: 48/476).

Das mittlere Alter betrug $43,4 \pm 11,0$ Jahre. Der Median mit Q1 und Q3 lag bei 45.1 [35,4; 52,2].

Die Dauer von Unfall bis zur EFL-Testung betrug im Mittel $12,1 \pm 21,7$ Monate, der Median mit Q1 und Q3 lag bei 7,5 [5,6;11,5] Monaten.

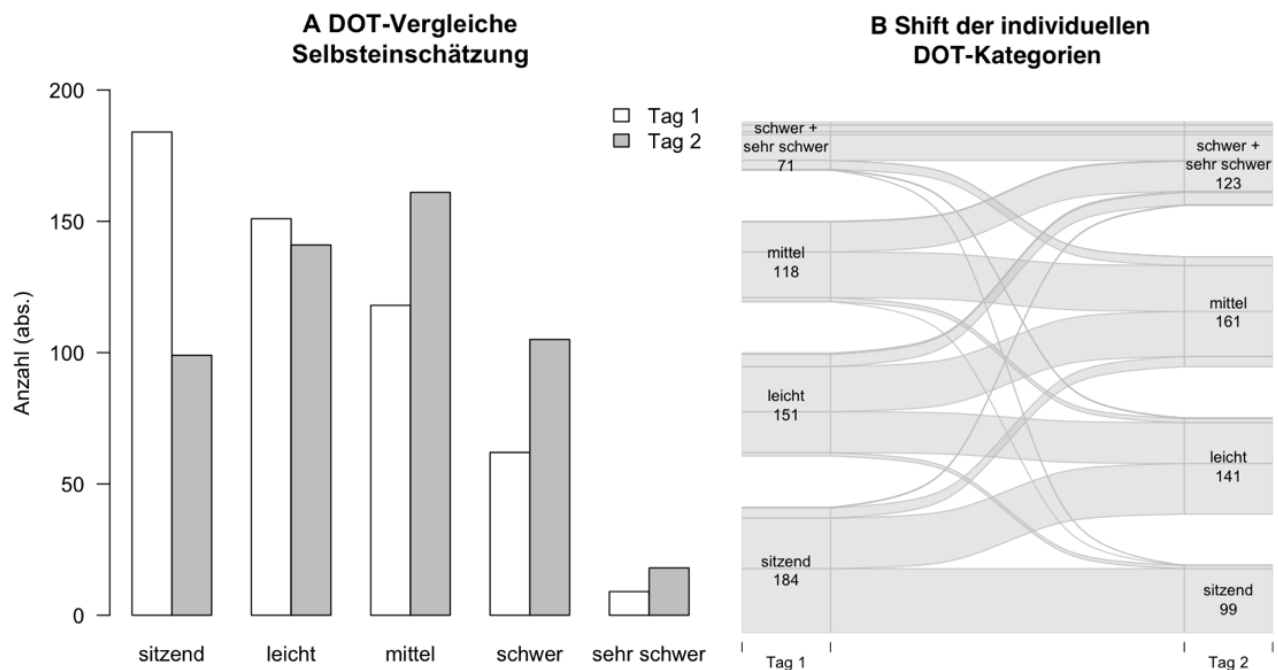


Abb. 1: A: Zusammenfassung der Änderungen der DOT-Kategorien; B: DOT-Änderungen basierend auf individuellen Angaben mittels Data Flow-Diagramm; Zahlen bei DOT-Kategorien entsprechen den absoluten Häufigkeiten am 1. bzw. Tag der Testung

Die Analyse der verletzten Körperregionen zeigte, dass bei 338 Patienten eine einzige Körperregion betroffen war, bei 123 Patienten waren 2 anatomische Regionen betroffen, bei 58 Patienten 3 Regionen und bei 5 Patienten 4 anatomische Regionen betroffen.

DOT-Kategorien – Selbsteinschätzung der PatientInnen

Bei 264 (50,4%) der Patienten zeigte sich keine Änderung der selbsteingeschätzten funktionellen Leistungsfähigkeit. Eine Zunahme der selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit zeigte sich bei 231 Patienten (44,1%). Lediglich 29 Patienten (5,5%) schätzen ihre funktionelle Leistungsfähigkeit nach Absolvierung der EFL niedriger ein.

DOT-Kategorien: Zumutbare Beurteilung versus Selbsteinschätzung

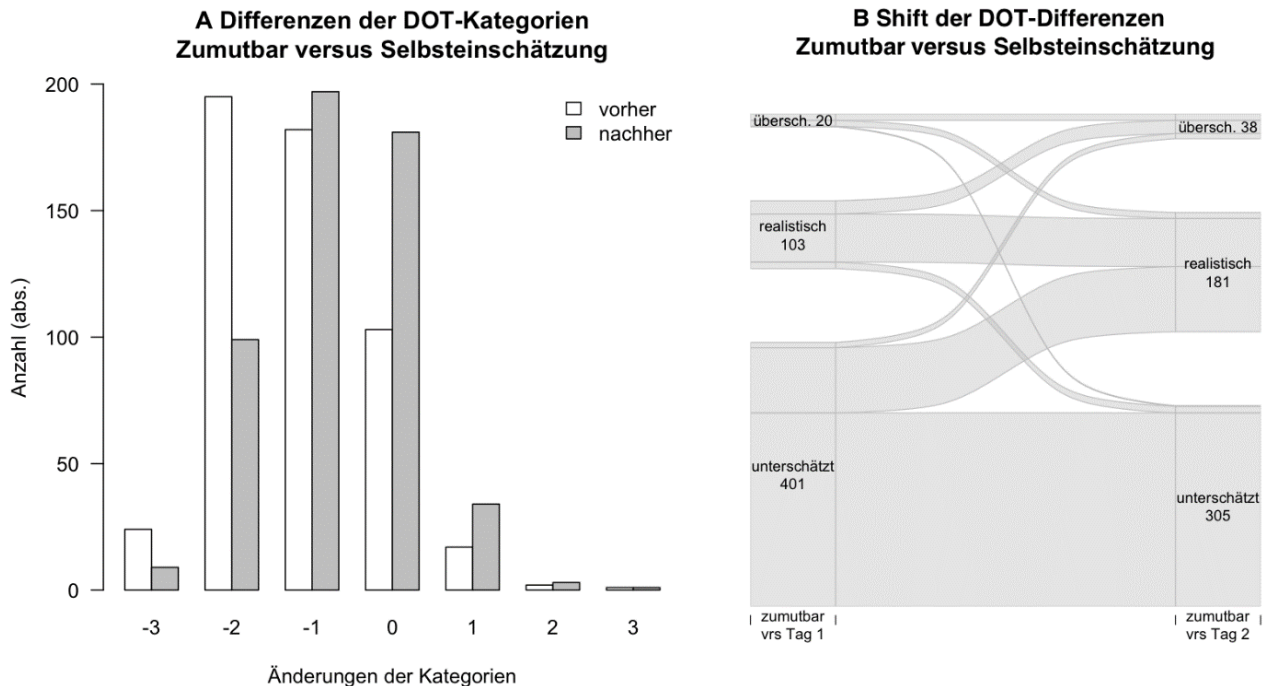


Abb. 2: A: Änderungen der zumutbaren DOT-Kategorien in Bezug zur jeweiligen Selbsteinschätzung von Tag 1 und Tag 2; B: Intraindividuellem Verlauf der Differenzen aus zumutbaren eingeschätzten DOT-Kategorien zu den Selbsteinschätzungen der PatientInnen am Tag 1 bzw. Tag 2

Generell kam es zu einer Abnahme der Patienten von $n=24$ auf $n=9$, also einer Reduktion um 62,0%, die sich um drei DOT-Kategorien unterschätzten. Die Anzahl der Patienten, die sich um zwei DOT-Kategorien unterschätzten, nahm von 195 auf 99 Patienten ab – das entspricht mit 49,2% also einer Abnahme um beinahe die Hälfte.

Gleichzeitig stieg die Zahl der Patienten, die sich um eine DOT-Kategorie unterschätzten von 182 auf 197 Patienten, also einer Zunahme um 8,2%.

Die Zahl der Patienten, die ihre funktionelle Leistungsfähigkeit realistisch einschätzten, erhöhte sich von 103 auf 181, also eine Steigerung von 75,7%.

Desweiteren kam es zu einer leichten Zunahme von 20 auf 38 Patienten, die sich um 1 bis 3 DOT-Kategorien überschätzten. Das entspricht einem relativen Anstieg um 90,0%.

Generell sind die Änderungen der jeweiligen Anteile als signifikant einzustufen ($\chi^2=66,0$, $p < 0,001$).

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend zeigte sich nach Absolvierung der EFL einer deutlichen Verringerung der Patienten, die ihre funktionelle Leistungsfähigkeit überschätzten bei gleichzeitiger Zunahme

der sich realistisch einschätzenden Patienten. In einer kleinen Anzahl von Patienten führte die EFL zu einer Überschätzung der eigenen funktionellen Leistungsfähigkeit.

Literatur

- Clay, F.J.; Newstead, S.V.; McClure, R.J. (2010). A systematic review of early prognostic factors for return to work following acute orthopaedic trauma. *Injury*, 41, 787-803.
- Isernhagen, S.J. (1992). Functional capacity evaluation: rationale, procedure, utility of the kinesiophysical approach. *J Occup Rehabil.* 2 (3), 157-68.
- Matheson, L.N.; Matheson, M.L. (1989). Spinal Function Sort: Rating of Perceived Capacity. Text Booklet and Examiner's Manual. Trabuco Canyon: Performance Assessment and Capacity Testing.
- Schindl, M.; Wassipaul, S.; Wagner, T.; Gstalter, K.; Bethge, M. (2019). Impact of functional capacity evaluation on patient-reported functional ability: an exploratory diagnostic before-after study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29, 711-717. Doi 10.1007/s10926-019-09829-2.
- U. S. Department of Labor (1977). Dictionary of Occupational Titles (4th ed.) Washington, DC, Government Printing Office.

MBOR-R Medizinisch-Berufliche Orientierung der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht – Klinikvergleiche, Benchmarking, Adjustierung

Rüdiger Nübling¹; Wolfgang Bürger²

¹ Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen;

² fbg - forschung und beratung im gesundheitswesen

Hintergrund und Zielstellung

Angebote im Rahmen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) sind inzwischen in vielen Kliniken Standard. Die Rahmenbedingungen hierfür sind im MBOR-Anforderungsprofil definiert. Während die Umsetzung der Anforderungen regelmäßig durch Visitationen überprüft wird, liegen wenig Informationen darüber vor, wie diese MBOR-Konzepte bei den Rehabilitanden „ankommen“. Hilfreich hierfür sind systematische und repräsentative Befragungen nach einer MBOR-Maßnahme sowie ein Benchmarking von Kliniken. Klinikvergleiche hinsichtlich Qualität und Effektivität sind Bestandteil der gesetzlich geforderten Qualitätssicherung. Für einen „fairen“ Vergleich von Einrichtungen ist es nötig, unterschiedliche Ausgangssituationen zu berücksichtigen und als mögliche konfundierende Variablen („Confounder“) in eine Case-Mix-Adjustierung einzubeziehen.

Methoden

Mit dem MBOR-R (Medizinisch-Beruflich Orientierte Rehabilitation aus Rehabilitandensicht) liegt ein standardisiertes Instrument zur Einschätzung der MBOR-Ausrichtung von Kliniken aus Sicht der Rehabilitanden vor. Der MBOR-R wurde im Rahmen der MBOR-R-Studie neu entwickelt (Bürger & Nübling, 2018; Bürger et al., 2020) und auf der Basis repräsentativer Vergleichsdaten testmethodisch für die Routineanwendung überprüft (Bürger et al., 2021; Nübling et al., 2021). Das Instrument kann zur routinemäßigen Erfassung der Qualität des

berufsbezogenen Behandlungsangebotes im Sinne von Klinikvergleichen sowie Profilirückmeldungen eingesetzt und damit als Input für Verbesserungen der MBOR-Konzepte genutzt werden. Erfasst werden u.a. Einschätzungen zur Behandlungsplanung, zu den MBOR-Therapieangeboten, zur Entlassungsvorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation für Arbeit und Beruf oder zur Organisation und Zusammenarbeit im Reha-Team. Darüber hinaus erfolgt eine Gesamteinschätzung des Erwerbsbezugs der Rehabilitation sowie des subjektiven Nutzens der Reha für Arbeit und Beruf. Eine Gesamtskala fasst alle Aspekte (ausschließlich subjektiver Nutzen) zusammen, eine 8-Item-Kurzversion kann als Screener eingesetzt werden (Nübling et al., 2021). In der Studie wurden etwa 35.000 erwerbstätige Versicherte der sieben häufigsten Indikationsgruppen wurden per Zufall ausgewählt und einmalig angeschrieben, der Rücklauf lag bei knapp 30%. In Ergänzung wurden Daten aus der Rehabilitations-Statistik-Datenbank (RSD) einbezogen. Für Klinikvergleiche wurden einzelfallbezogene Case-Mix-Adjustierungen vorgenommen, deren Gewichtungen auf der Basis von Regressionsmodellen der Gesamtstichprobe ermittelt wurden.

Ergebnisse

Insgesamt liegen von n=8019 Antworten zur Langfassung vor. Die Anteile der Indikationsgruppen liegen zwischen 4% (Sucht) und 20% (Orthopädie). Die Versicherten wurden in insgesamt 518 Kliniken behandelt. Für n=7117 (88,8%) Versicherte konnten RSD-Daten zugeordnet und die Institutionskennnummern (IKNR) der RSD für Klinikvergleiche herangezogen werden. 76 Kliniken/Abteilungen wiesen die festgelegte Mindestzahl von ≥ 25 Antwortern auf, insgesamt konnten n=3509 Antworter (43,3% der Gesamtstichprobe) identifiziert werden, für die dies zutrifft. Der Mittelwert für diese Teilstichprobe ist M=46,2 (sd=22,9) Rehabilitanden je Klinik (Range: 25-136, Modus=31), der Stichprobenumfang je Indikation liegt zwischen n=340 (Psychosomatik) und n=746 (Pneumologie). Tabelle 1 zeigt die in das Regressionsmodell eingehenden Ausgangsvariablen.

Tab. 1: Regressionsmodell (Stepwise Regression) für das MBOR-R-Gesamtwert (ohne GENAB), Gesamtstichprobe, Missing Pairwise

	B	StdErr	Beta	T	p
(Konstante)	46.779	2.082		22.471	.000
Würzburger Screening Skala Interesse an berufsbezogenen Therapieangeboten IBT ¹	1.134	.122	.126	9.290	.000
Indikation Pneumologie ²	-9.973	1.046	-.139	-9.532	.000
MBOR-Maßnahme ²	7.191	1.219	.079	5.898	.000
Indikation Orthopädie ²	-6.607	.895	-.110	-7.386	.000
Indikation Kardiologie ²	-5.482	.963	-.088	-5.694	.000
Indikation Onkologie ²	-3.025	.936	-.049	-3.232	.001
Geschlecht ³	-2.409	.671	-.048	-3.591	.000
Würzburger Screening Skala SE Subjektive Erwerbsprognose ¹	-1.581	.387	-.056	-4.087	.000
berufliche Leistungsfähigkeit vor der Reha ⁴	-.720	.359	-.032	-2.006	.045
SF12 Körperliche Rollenfunktion Prä ⁵	.027	.014	.031	1.971	.049

Anmerkungen: n = 7580, AV: MBOR-R Gesamtwert QP100; B: nicht standardisierter Regressionskoeffizient, StdErr: Standardfehler zu B, Beta: standardisierter Regressionskoeffizient, T: Prüfgröße Beta, p: Signifikanz des inkrementellen Beitrags der jeweiligen Variable; ¹ hohe Werte = hohes Interesse/gute Erwerbsprognose; ² 1 = ja 0 = nein, ³ 1 = männlich 2 = weiblich, ⁴ 1 = keine – 5 = hohe LF, ⁵ hohe Werte = gute Rollenfunktion

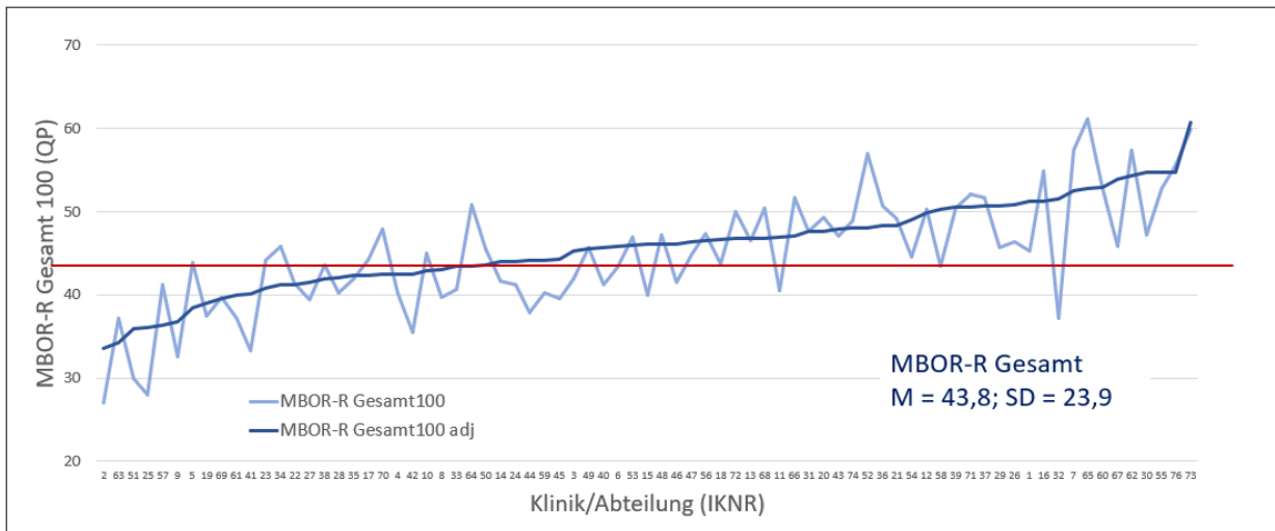


Abb. 1: MBOR-R-Gesamtskala – adjustierte vs nichtadjustierte Werte; Vergleich IKNR mit > 25 Fällen, Rangfolge adjustierte Werte in Qualitätspunkten (0-100); $n = 3509$

Abbildung 1 zeigt den Klinik-/Abteilungsvergleich der Rohwerte MBOR-R-Gesamtskala sowie deren adjustierte Werte in Qualitätspunkten (QP). Der Mittelwert über die gesamte Stichprobe ($n=3509$) liegt bei 43,8 QP ($SD=23,9$), die adjustierten Werte liegen zwischen ca. 35 und ca. 60 QP. Wie zu sehen, verschiebt sich die Rangfolge nach Adjustierung in mehreren Fällen deutlich in beide Richtungen.

Diskussion und Fazit

Mit dem MBOR-R wurde ein testmethodisch gut entwickeltes Instrument zur Beurteilung von MBOR-Konzepten durch Versicherte entwickelt, das sich gut auch für Klinikvergleiche im Sinne eines Benchmarkings und damit zur Weiterentwicklung und Verbesserung der MBOR vor Ort nutzen lässt. Im Rahmen der MBOR-R-Studie wurde ein Prototyp für solche Klinikvergleiche vorgestellt. Sie können auf der Basis der Langfassung ergänzt werden durch Profildarstellungen (Bürger et al., 2020; Nübling et al., 2021), die Kliniken rückmelden, in welchen Bereichen aus Versichertensicht Verbesserungspotenziale bestehen. Eine Einbindung in ein MBOR-Checkup für Kliniken wurde bereits vorgeschlagen und in ersten Kliniken realisiert (Kaiset et al., 2020), weitere Möglichkeiten bestehen in der Nutzung für die Routine-QS.

Literatur

- Bürger, W.; Nübling, R. (2018). MBOR-R., Medizinische Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Entwicklung, Erprobung und Validierung eines standardisierten Rehabilitandenfragebogens zur Bewertung der Erwerbsorientierung der Medizinischen Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Abschlussbericht. Karlsruhe. Im Internet: https://www.researchgate.net/publication/329611796_MBOR-R_-_Medizinisch-Berufliche_Orientierung_der_Rehabilitation_aus_Rehabilitandensicht.
- 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 (112), 24-41.

Bürger, W.; Nübling, R.; Streibelt, M. (2021). Fragebogen zur Erfassung der Medizinisch-Beruflichen Orientierung der Rehabilitation aus der Perspektive der Rehabilitanden (MBOR-R). Vergleich der Kurz- und Langversion. Rehabilitation (in Druck).

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 (112), 86-102.

Nübling, R.; Bürger, W.; Henn, J.; Streibelt, M. (2021). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden. Testmethodische Überprüfung des Fragebogens MBOR-R. PräV Rehab (in Druck).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

MBOR-Versorgung im Indikationsvergleich

Wolfgang Bürger¹; Rüdiger Nübling²

¹ fbg - forschung und beratung im gesundheitswesen;

² Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen

Hintergrund und Zielstellung

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) nach dem MBOR-Stufenmodell gehört zum Standardangebot der rentenversicherungsfinanzierten Medizinischen Rehabilitation. Stufe A mit Angeboten zur berufsbezogenen Diagnostik und psychosozialer Beratung ist als Basisangebot für alle Rehabilitanden vorgesehen. Angebote der MBOR-Stufe B und C richten sich an Rehabilitanden mit BBPL (Streibelt & Puhlemann, 2020), nur für diese Zielgruppe besteht auch ausreichend Evidenz für einen inkrementellen Nutzen. Empirische Daten deuten an, dass sich Implementierungsgrad und Zielgruppenorientierung von MBOR z.B. in der orthopädischen Rehabilitation zwar verbessert haben, in der flächendeckenden Routineversorgung aber noch sehr heterogen realisiert sind (vgl. Bethge et al. 2020; Worringen et al., 2020). Ein systematischer Vergleich der Umsetzung in den einzelnen Indikationen fehlt bislang ebenso wie korrespondierende Daten zur Perspektive der Nutzer auf MBOR.

Methoden

Mit dem MBOR-R (Medizinisch-Beruflich Orientierte Rehabilitation aus Rehabilitandensicht) liegt ein standardisiertes Instrument zur Einschätzung der MBOR-Ausrichtung einer Medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden vor. MBOR-R wurde neu entwickelt (Bürger und Nübling, 2018; Bürger et al., 2020) und auf Basis repräsentativer Vergleichsdaten testmethodisch für die Routineanwendung überprüft (Bürger et al., 2021; Nübling et al., 2021). Erfasst werden u.a. Einschätzungen zur Diagnostik und Behandlungsplanung, zu MBOR-Therapieangeboten, zur Entlassungsvorbereitung und zur Organisation und Zusammenarbeit im Reha-Team. Eine Kurzversion mit 8 Items erlaubt eine besonders ökonomische Erfassung der MBOR-Nutzerbewertung (Bürger et al., 2021). In der MBOR-R-Studie wurde eine repräsentative, nach den sieben häufigsten Indikationsgruppen

geschichtete Stichprobe von knapp 35.000 erwerbstätigen Versicherten der DRV-Bund ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende befragt und ergänzend Daten aus der Rehabilitations-Statistik-Datenbank (RSD) inkl. KTL-Daten ausgewertet. Die Rücklaufquote bei der Rehabilitandenbefragung betrug 30% und lag nur in der Suchtrehabilitation mit 14% deutlich niedriger.

Ergebnisse

Für die nachfolgenden Auswertungen werden 6349 Versicherte mit vollständigen Daten (MBOR-R und RSD) ausschließlich mit allgemeinen Heilverfahren berücksichtigt.

Die höchsten Anteile von Rehabilitanden mit BBPL finden sich in den Indikationen Sucht (51%) und Psychosomatik (37%), die niedrigsten in der Pneumologie (10%).

KTL-Leistungen der MBOR-Basisversorgung werden in allen Indikationen weit unterhalb der geforderten 100% dokumentiert, am häufigsten noch in der Sucht (31%) und Psychosomatik (24%). MBOR-Kernangebote werden bei Zielgruppen mit BBPL in 60% der Fälle erbracht, am häufigsten in den Indikationen Sucht (76%), Psychosomatik (72%) und Orthopädie (69%). Spezifische MBOR-Leistungen (Stufe C) werden bei BBPL am häufigsten in den Indikationen Sucht (55%), Psychosomatik (42%), Neurologie (34) und Orthopädie (30%) angegeben. Auch bei den Rehabilitanden, die laut RSD eine MBOR erhalten haben, erfolgt dies häufig nicht zielgruppengerecht und werden MBOR-Basisangebote und in einigen Indikationen auch Kernangebote unterhalb der geforderten Rehabilitandenanteile dokumentiert.

Rehabilitanden bewerten das MBOR-Angebot in den Indikationen Sucht, Psychosomatik, Neurologie und Orthopädie am günstigsten.

Diskussion und Fazit

Die Daten der MBOR-R-Studie deuten für die Routineversorgung Optimierungsbedarf hinsichtlich der MBOR-Versorgung und der Zielgruppenorientierung an. Auch die MBOR-Basisversorgung für alle Rehabilitanden ist demnach offenbar bei weitem nicht flächendeckend realisiert. Die subjektiven Rehabilitandenbewertungen im MBOR-R bestätigen dies. Rehabilitandenbewertungen haben in diesem Zusammenhang auch deshalb einen besonderen Stellenwert, weil hier letztlich sichtbar wird, was vom Angebot einer Rehabilitationseinrichtung beim Nutzer „ankommt“ und die Nutzerwahrnehmungen des MBOR-Angebotes empirisch von größerer Bedeutung für die RTW-Quoten sind im Vergleich mit den von den Einrichtungen dokumentierten MBOR-bezogenen KTL-Leistungen.

Literatur

Bethge, M., Markus, M., Fauser, D.P. (2020). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation - ein Update. In: Prax Klin Verhaltensmed Rehab 33 (112), 5-13.

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. In: Prax Klin Verhaltensmed Rehab 33 (112), 24-41.

Bürger, W.; Nübling, R.; Streibelt, M. (2021 (in Druck)). Fragebogen zur Erfassung der Medizinisch-Beruflichen Orientierung der Rehabilitation aus der Perspektive der Rehabilitanden (MBOR-R). Vergleich der Kurz- und Langversion. In: Rehabilitation.

Nübling, R.; Bürger, W.; Henn, J.; Streibelt, M. (2021 (in Druck)). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden. Testmethodische Überprüfung des Fragebogens MBOR-R. In: PräV Rehab.

Streibelt, M.; Puhlemann, L. (2020). Das Anforderungsprofil MBOR in der Version 2019. In: Prax Klin Verhaltensmed Rehab 33 (112), 14 - 23.

Worringen, U.; Niehues, C.; Kalwa, M. (2020). Arbeits- und berufsbezogene Angebote der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation im Spiegel des Einrichtungskonzepts und der Visitationen. In: Prax Klin Verhaltensmed Rehab 33 (112), 74 - 85.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Medizinische Rehabilitand*innen mit Homeoffice-Erfahrungen: Anders belastet und motiviert zur Rückkehr?

Sonia Lippke¹; Franziska Keller¹; Lukas Koetting¹; Petra Becker²; Alina Dahmen²

¹ Jacobs University Bremen gGmbH; ² Dr. Becker Klinikgruppe

Hintergrund und Zielstellung

Während Corona-Pandemie ist für viele Beschäftigte die Möglichkeit oder sogar die Verpflichtung durch den Arbeitgeber entstanden, die beruflichen Tätigkeiten von zuhause, zu verrichten – im sog. Homeoffice. Eingeschränkter sozialer Austausch, Multitasking, mangelnde körperliche Bewegung und suboptimales Mobiliar sind bekannte Einschränkungen. Weniger bekannt ist, ob mobil arbeitende stärker belastet waren als diejenigen, die (wieder/weiterhin) in den Betrieb zurückkehrten und wie motiviert psychisch vorerkrankte Rehabilitand*innen waren, auch nach Rückkehr in den Betrieb. Um auf die Belastungen und Bedarfe der Rehabilitand*innen besser eingehen zu können, wurden eine Befragung unter psychosomatischen Patient*innen durchgeführt und folgende Forschungsfragen untersucht:

1. Wie viele Rehabilitand*innen arbeiten (Zeitraum der Befragung: 01.08.-30.09. 2021) noch im Homeoffice, an wie vielen Tagen und seit welchem Zeitraum?
2. Wie viele Rehabilitand*innen möchten auch weiterhin im Homeoffice arbeiten?
3. Gibt es Unterschiede hinsichtlich Alter und Geschlecht?
4. Wenn für soziodemografische Variablen statistisch kontrolliert wird, zeigen sich dann Unterschiede zwischen mobil und Büro-arbeitenden Beschäftigten hinsichtlich Belastungen?

Methoden

Zwischen August und September nahmen an der ANHAND2-Studie N=555 Rehabilitand*innen vor Antritt einer psychosomatischen Rehabilitation teil (33% Frauen; 4% jünger als 29 Jahre, 11% 30-39 Jahre, 34% 40-49 Jahre, 44% 50-59 Jahre, 17% 60 Jahre oder älter; 22% Haupt- oder Realschulabschluss, 14% Abitur/ Hochschulreife; 48% Abgeschlossene Berufsausbildung; 13% Universitärer Abschluss).

Ergebnisse

Im Homeoffice arbeiteten in dem Befragungszeitraum 18% aller Rehabilitand*innen, die an der Studie teilgenommen haben. Homeoffice erfolgte mehrheitlich an 5 Tage/ Woche (8%), weitere 6% an 3-4 Tage/ Woche und 4% an 2-1 Tage/ Woche. Seit mehr als 12 Monaten arbeiteten 47% im Homeoffice, weitere 22% seit 6-12 Monaten und 31% seit weniger als 6 Monaten. Weiterhin im Homeoffice arbeiten wollen 27% und 11% nur wenn kein multitasken erforderlich ist. Die Mehrheit lehnt es ab (63%).

Männer arbeiten häufiger ($p < .05$) im Homeoffice (17%) als Frauen (14%), jedoch wünschten sich Männer weniger stark ($p < .05$), weiterhin im Homeoffice zu arbeiten ($M=2,30$; $SD=0,90$) als Frauen ($M=2,49$; $SD=0,82$; $p < .05$). Es gibt keine Alters-Unterschiede hinsichtlich Homeofficetätigkeit, -Wunsch und Angst ins Büro zurückzukehren ($p > .05$).

Unter statistischer Kontrolle soziodemografischer Variablen, zeigen sich Unterschiede zwischen Homeoffice- und Büro-arbeitenden Beschäftigten hinsichtlich der körperlichen Symptomatik: Personen die überwiegend mobil beschäftigt waren, berichteten von vermehrten Kopfschmerzen ($p < .05$). Mehr Frauen ($M=3,95$; $SD=1,59$) als Männer ($M=3,70$; $SD=1,55$) waren betroffen. Mobil und Büro-arbeitenden Beschäftigten unterscheiden sich nicht in der psychischen Symptomatik ($p > .05$). Beschäftigte, die ablehnten weiterhin oder wieder im Homeoffice zu arbeiten, habendurchschnittlich mehr Angst, wieder ins Büro zurück zu gehen ($M=3,85$; $SD=1,82$) im Vergleich zu denjenigen, die nicht mehr im Homeoffice arbeiten möchten ($M=3,23$; $SD=1,95$) und berichteten, mehr Probleme zu haben, soziale Kontakte wieder aufzunehmen ($M=3,79$; $SD=1,50$), als die Personen, die nicht mehr im Homeoffice arbeiten möchten ($M=3,68$; $SD=1,56$). Befragte, die jedoch lieber zur Bürotätigkeit zurückkehren möchten gaben an, mehr körperliche Symptome wie Kopfschmerzen ($M=3,83$; $SD=1,53$ im Vergleich zu $M=3,74$; $SD=1,77$) und Rückenschmerzen ($M=4,57$; $SD=1,41$ im Vergleich zu $M=4,57$; $SD=1,40$) zu haben.

Diskussion und Fazit

Die Daten dieser Befragung zeigen, dass zwei von drei Beschäftigten es vorziehen, wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Unterschiede zwischen Geschlechtern zeigten, dass Männer häufiger im Homeoffice arbeiteten und sich auch stärker wünschten, wieder mehr einer Büro-zentrierten Beschäftigung nachzugehen. Bei mobil arbeitenden Beschäftigten wurden häufiger körperliche Symptome berichtet. Dies war bei Frauen stärker ausgeprägt. Befragte, die weiterhin im Homeoffice arbeiten wollten, hatten stärkere Angst sowie mehr Probleme in Bezug auf Rückkehr zur Arbeit und Aufnahme von sozialen Kontakten.

Befragte die wieder in einer Büro-zentrierten Tätigkeit nachgehen wollten, berichten von mehr körperlichen Problemen, die während der Homeoffice-Zeit entstanden sind. Die Unterschiede zwischen mobil- und Büro-arbeitenden Beschäftigten deuten darauf hin, dass beide Gruppen unterschiedlich in ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz unterstützt werden sollten.

Die medizinische Rehabilitation sollte entsprechend die persönlichen Ressourcen und Sozialkompetenzfähigkeiten von Personen, die im Homeoffice arbeiten stärken, damit eine Rückkehr an den Arbeitsplatz gelingen kann. Die medizinische Rehabilitation sollte körperliche Übungen zum Erhalten der Fitness von Menschen, die wieder in ihre Bürotätigkeit wollen, fördern – und dies nicht nur im Sinne von Fitnessaufbau, sondern auch hinsichtlich Motivation zur längerfristigen Eigenaktivität. Die unterschiedlichen Facetten der Homeoffice-

Belastung sollten in der medizinischen Reha aufgegriffen werden. Alltagsnahe Schulungen, Trainings und Therapien können dabei zum Einsatz kommen. Das behandelnde Gesundheitsfachpersonal müsste diesbezüglich geschult werden, idealerweise unter Berücksichtigung der Belastungen der Rehabilitand*innen.

Literatur

Dahmen, A.; Keller, F.; Kötting, L.; Derksen, C.; Lippke, S. (2021). Angst vor dem Coronavirus, Absicht zum Befolgen der AHA-Regeln und Risikowahrnehmung bezüglich Arztbesuchen: Querschnittsstudie mit psychisch vorerkrankten Menschen. *Das Gesundheitswesen*, 83(04), 274-281.

Digitale Technologien in der betrieblichen Ausbildung von Menschen mit Behinderung

Sabrina Weller, David Samray
Bundesinstitut für Berufsbildung

Hintergrund und Zielstellung

Digitalisierung birgt für alle Menschen sowohl Chancen als auch Risiken. Für Menschen mit Behinderungen sind diese Chancen und Risiken jedoch größer (Aktion Mensch; SINUS-Institut, 2020). Die größten Vorteile der Digitalisierung sehen jeweils über zwei Drittel der Arbeitnehmer mit Behinderung in der Entwicklung von digitalen Hilfsmitteln für körperlich Beeinträchtigte, in der Übernahme von körperlich anstrengenden Arbeiten durch Maschinen sowie dem Entstehen neuer Berufsfelder (Aktion Mensch, 2020). Der Einsatz von assistiver Technik sowie von künstlicher Intelligenz am Arbeitsplatz kann ebenfalls dazu beitragen die körperliche Anstrengung zu reduzieren sowie die Arbeit gesundheits-, lern- und kooperationsförderlicher zu gestalten (Revermann, Gerlinger, 2009; 2010; Incobs, 2015; Zlotolow, Kozin, 2012). Auf der anderen Seite sind die Zugangsbarrieren zu neuen digitalen Technologien für Menschen mit Behinderung größer, wenn diese z. B. nicht barrierefrei gestaltet sind oder in den Betrieben nicht zur Verfügung stehen. Dies birgt das Risiko von digitaler Teilhabe ausgeschlossen zu werden. Über die Auswirkungen der Digitalisierung auf die betriebliche Ausbildung von Menschen mit Behinderung ist bislang wenig bekannt.

Methoden

Basierend auf Auswertungen von quantitativen Betriebsdaten (BIBB-Qualifizierungspanel, 2020) soll die betriebliche Ausbildung von Menschen mit Behinderung im Kontext des Einsatzes digitaler Technologien und der digitalen Teilhabe dargestellt werden. Gleichzeitig wird die Ausstattung der Betriebe mit digitalen Technologien in den Blick genommen. Die Datenerhebung fand im Zeitraum zwischen dem 17.02.2020 und dem 08.12.2020 statt (Häring et al., 2021). Die Interviews, die als computergestützte persönliche Interviews (CAPI) konzipiert waren, wurden nach einer Feldunterbrechung von 10 Wochen aufgrund der Corona-Pandemie von den CAPI-Interviewern telefonisch durchgeführt. Ein kleiner Anteil der Interviews wurde zum Feldende hin von Computer Assisted Telephone Interviewern (CATI) aus dem Telefonstudio realisiert. Zudem konnte unter bestimmten Voraussetzungen alternativ ein Online-Fragebogen ausgefüllt werden. Insgesamt wurden 4.117 Betriebe befragt. Die Grundgesamtheit des BIBB-Qualifizierungspanels stellen alle Betriebe in der Bundesrepublik Deutschland mit mindestens einem sozialversicherungspflichtig Beschäftigten dar (Weller et al., 2020). Für die Hauptstudie kam eine Stichprobe zum Einsatz, die sich aus panelbereiten Betrieben der Vorwelle(n) sowie einer Auffrischerstichprobe aus Betrieben zusammensetzte, die erstmalig für die Teilnahme an einem Interview eingeladen wurden. Die Auswahl der befragten Betriebe erfolgte jeweils über eine Zufallsstichprobe, die disproportional geschichtet wurde. Durch eine überproportionale Beteiligung von Ausbildungsbetrieben an der Befragung

wurde sichergestellt, dass genügend Ausbildungsbetriebe befragt werden. Für die Auswertungen wurden neben deskriptiven Analysen multivariate Regressionsmodelle gerechnet. Die Ausbildungsbeteiligung stellt dabei die abhängige Variable dar. Sie wird anhand der Ausbildungsbetriebsquote gemessen. Als unabhängige Variablen wird die Inklusionsorientierung des Betriebs, der Digitalisierungsgrad, die Ausstattung mit behinderungskompensierenden Technologien, barrierefreie Software und Lernmedien, sowie weitere betriebsrelevante Merkmale untersucht.

Ergebnisse

Die Auswertungen zeigen, dass Menschen mit Behinderung ihre betriebliche Ausbildung häufiger in Betrieben mit einem hohen Digitalisierungsgrad absolvieren. In diesen Betrieben kommen auch deutlich häufiger digitale Technologien für Menschen mit Behinderung wie beispielsweise behinderungskompensierende Technologien sowie barrierefreie Software und Lernmedien zum Einsatz. Zudem werden in inklusionsorientierten Betrieben häufiger digitale Technologien eingesetzt. Des Weiteren sind inklusionsorientierte Betriebe eher bereit, Menschen mit Behinderung auszubilden.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine erhöhte Digitalisierung von Betrieben mit einer höheren betrieblichen Ausbildungsbereitschaft einhergeht. Inwiefern die Ergebnisse durch soziale Erwünschtheit beeinflusst wurden, bleibt offen. Eine Differenzierung nach verschiedenen Behinderungsgruppen bleibt aufgrund der beschränkten Datenlage aus. Somit kann anhand der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden, ob eine zunehmende Digitalisierung auch für besonders vulnerable Gruppen (z.B. Menschen mit geistiger oder psychischer Beeinträchtigung) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt förderlich ist. Des Weiteren erlauben die Daten des BIBB-Qualifizierungspanels keine Aussagen über die Auswirkungen der Digitalisierung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung und deren Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Literatur

- Aktion Mensch, Handelsblatt Research Institute (2020). Inklusionsbarometer Arbeit. Ein Instrument zur Messung von Fortschritten bei der Inklusion von Menschen mit Behinderung auf dem deutschen Arbeitsmarkt.
- Aktion Mensch; SINUS-Institut (2020). Digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Trendstudie.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) (2021). Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2021. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung.
- Häring, A.; Schiel, S.; Marcos, J. R.; Kleudgen, M. (2021). Methodenbericht 10. Erhebungswelle 2020 des BIBB-Qualifizierungspanels. infas.
- INCOBS: Informationspool Computerhilfsmittel für Blinde und Sehbehinderte. Hamburg 2015, URL: <http://www.incobs.de/> (Stand: 05.10.2016).

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

ICF-based assessment in der pferdegestützten Therapie – eine multizentrische Studie zur Entwicklung eines digitalen Beurteilungstools

Isabel Stolz; Volker Anneken

Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport

Hintergrund und Zielstellung

Medizinische Rehabilitation und Therapie befindet sich durch die Pluralisierung von Lebenslagen und stetigen innovationsverbundenen Veränderungsimpulsen im Wandel. Hierbei wurde der ganzheitlichen Betrachtung von menschlicher Funktionsfähigkeit anhand biopsychosozialer Faktoren im Rahmen von Gesundheit und Krankheit in den vergangenen Jahren eine große Bedeutung zugemessen, indem die vermehrte Nutzung von ICF-Assessments und Core Sets in Rehabilitationsprozessen Anwendung fand. Funktionsfähigkeit wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) darüber hinaus als Kernindikator für Rehabilitation und dritter Gesundheitsindikator (neben Morbidität und Mortalität) legitimiert, da es gesellschaftliche Rehabilitationsbedarfe durch die ICF-Klassifizierung und ICD-10/11-Verknüpfbarkeit abbildet und somit umfassend zum Monitoring von Gesundheitssystemen und der Überprüfung von Responsivität gesundheitsbezogener Interventionen angewendet werden kann (Stucki & Bickenbach, 2017).

In der Studie „PED: Pferd, Evaluation, Dokumentation“ wurde die ICF-Klassifizierung als Grundlage zur Entwicklung eines ICF-basierten Assessments zur Evaluation von Funktionsfähigkeit in der pferdegestützten Therapie herangezogen und ein entwickeltes Assessment-Tool innerhalb einer Studienlaufzeit von 2,4 Jahren (01.09.2019 – 31.12.2021) in der Praxis erprobt sowie anhand wissenschaftlicher Gütekriterien validiert. Perspektivisch sollen hiermit Effekte pferdegestützter Therapien aus einer rehabilitationswissenschaftlichen Perspektive untersucht und mit anderen Interventionen des Gesundheitssystems in einen Vergleich gebracht werden können.

Methoden

Anhand eines Mixed-Methods Studiendesigns wurden zunächst auf Basis von qualitativen Fokusgruppeninterviews mit Expert*innen der pferdegestützten Therapie zentrale Ziele und Inhalte der Therapien definiert und via Cieza's redefined Linking Rules anhand zweier unabhängiger Rater mit der ICF-Klassifizierung abgeglichen (Cieza et al., 2019). Nachfolgend wurde ein Pilot-Instrument in der therapeutischen Praxis erprobt und anhand multivariater struktur-entdeckender statistischer Verfahren eine Faktorenstruktur ermittelt sowie das Tool im Umfang reduziert und inhaltlich modifiziert. Anhand einer zweiten Praxisphase wurde das Assessment Tool nachfolgend mittels strukturprüfender multivariater Verfahren untersucht und die zuvor gefundene Faktorenstruktur bestätigt.

Zusätzlich wurde es mit der Zielformulierung eines möglichst sparsamen Modells im Hinblick auf eine zeitökonomische Anwendbarkeit weiterführend reduziert sowie in Bezug auf die Gütekriterien quantitativer Forschung analysiert. Ergebnisse der statistischen Untersuchungen weisen auf eine zielgerichtete und anwendungsfreundliche Nutzbarkeit des entwickelten ICF-basierten Assessment-Tools hin.

Ergebnisse

Auf Basis einer Stichprobengröße von N=265 wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt, welche die dreifaktorielle Struktur einer vorherig an einem zweiten Datenset durchgeführten explorativen Faktorenanalyse mit drei Subskalen bestätigt. Diese gliedern sich auf in Motor functioning scale (Skala 1, 10 Items), Psychosocial functioning scale (Skala 2, 8 Items) und Mental functioning scale (Skala 3, 7 Items). Im Modellfitting-Prozess stellten sich hierbei die finalen Fit-Maße als akzeptabel heraus, die Modifikationsindizes zeigten keine verbleibenden fehlspezifizierten Parameter ($\chi^2=823,9$, $df=264$, $CFI= < .90$, $RMSEA=.090$, $AIC=945.93$, $CAIC=1225.3$). Insgesamt wurden 5 Items durch den Anpassungsprozess reduziert, um die Skalenökonomie des möglichst sparsamen Tools zu gewährleisten.

Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen liegen im akzeptablen bis sehr guten Bereich ($\alpha=.89$; $\alpha=.60$; $\alpha=.75$). Die interne Konsistenz der Gesamtskala liegt im ausgezeichneten Bereich $\alpha=.83$. Aufgrund der hohen Reliabilität war eine Reduktion des Instruments zur besseren zeitökonomischen Umsetzung notwendig. Die Retest-Reliabilität wurde mit einem sieben Tage Zeitabstand an einem zweiten Datenset erhoben (N=71). Hierbei zeigen sich sowohl für die Gesamtskala als auch für die einzelnen Subskalen signifikante Korrelationen der beiden Messzeitpunkte, welche darauf hinweist, dass sich die Messung anhand des Assessment-Tool im Zeitverlauf als stabil darstellt (Gesamtskala $r= .745^{**}$, $p= < .001$, Subskala Motor functioning scale $r= .678^{**}$, $p= < .001$, Subskala Mental functioning scale $r= .578^{**}$, $p= < .001$, Subskala Psychosocial functioning scale $r= .622^{**}$, $p= < .001$).

Weiterführende Aussagen zur Änderungssensitivität und Inter-Rater Reliabilität des entwickelten Assessment-Tools können auf dem Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium 2022 vorgestellt werden.

Diskussion und Fazit

Das entwickelte ICF-basierte Assessment-tool stellt ein dreifaktorielles fein nuanciertes Evaluationsinstrument dar, welches zur digitalen Ergebnismessung in der pferdegestützten Therapie genutzt werden kann und eine Verknüpfung zum internationalen Gesundheitssystem der WHO sowie Interventionen und Services des Rehabilitations- Eingliederungs- und Gesundheitssystems schafft. Es wird derzeit als digitales Beurteilungstool aufbereitet und bundesweit für die therapeutische Praxis zu Beginn des Jahres 2022 als APP verfügbar sein. Perspektivisch sollen dadurch zum einen therapeutische Potentiale und konkrete Wirkfaktoren der pferdegestützten Therapien standardisiert erhoben werden sowie Wirtschaftlichkeitsaspekte der pferdegestützten Therapien differenziert und auf Basis größerer Stichprobenumfänge betrachtet werden. Hierdurch soll ein Beitrag geleistet werden, Therapieeffekte anhand einer ICF-basierten ganzheitlichen Betrachtung von menschlicher Funktionsfähigkeit zu erfassen sowie die Erhaltung und Förderung der Funktionsfähigkeit als gemeinsame Gestaltungsaufgabe multidisziplinärer Rehabilitationsteams zielgerichtet und umfänglich zu realisieren.

Literatur

Cieza, A.; Fayed, N.; Bickenbach, J.; Prodinger, B. (2019). Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disabil Rehabil*, 41, 574–83.

Stucki, G.; Bickenbach, J. (2017). Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med* 53, 134–8.

Förderung: Marga und Walter-Boll Stiftung, Imhoff Stiftung, Kämpgen Stiftung

Implementierung einer Computer-adaptiven Erst- und Verlaufsdagnostik funktionaler Gesundheit in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation

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

Harald Baumeister

Universität Ulm

Hintergrund und Zielstellung

In der medizinischen Rehabilitation ist eine zuverlässige und valide Diagnostik zur Erfassung der funktionalen Gesundheit der Rehabilitand:innen für alle Phasen der Behandlung von Relevanz und eine Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Behandlungsplanung (Baumeister, 2016). Zudem können die Ergebnisse zur Evaluation und Qualitätssicherung herangezogen werden. Eine ökonomische und ressourcensparende Erfassungsmöglichkeit stellt die computer-basierte Erfassung der Patientenselbstberichte (patient-reported outcome measures (PROMs)) dar. Besonders Computer-adaptive Tests (CATs) basierend auf Modellen der Item-Response-Theorie (IRT) ermöglichen eine substanzielle Erleichterung für Rehabilitand:innen und Rehabilitationseinrichtungen.

In diesem Forschungsprojekt wurde das Computer-adaptive Diagnostiksystem RehaCAT zur Erfassung der funktionalen Gesundheit in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation implementiert und evaluiert.

Methoden

Das Forschungsprojekt hat mit einer Pilot- und Hauptphase eine Laufzeit von Oktober 2015 bis Juni 2020 (Datenerhebung 03/17-06/20). Die Pilotphase diente der technischen Realisierung und Implementierung in den Klinikalltag. RehaCAT umfasste CATs & computer-basierte Fragebögen zu für die jeweilige Fachrichtung relevanten Kerndimensionen und sollte zu Rehabilitationsbeginn (T0) und –ende (T1) durchlaufen werden. Insgesamt konnten N = 12.785 Rehabilitand:innen aus zwei kardiologischen und zwei orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen rekrutiert und eingeschlossen werden. Zur Evaluierung der Implementierung wurden die Akzeptanz und Angemessenheit mittels strukturierter Interviews ermittelt, sowie die Ausschöpfung separat für jede Phase, jede Fachrichtung und jeden Messzeitpunkt erfasst.

Ergebnisse

Die Interviews des Klinikpersonals und der Rehabilitand:innen zeigten eine hohe Praktikabilität des Systems im Klinikalltag und sehr gute Benutzerfreundlichkeit. Die erfasste Ausschöpfung kann der Tabelle entnommen werden.

Tab. 1: Ausschöpfung zu T0 und T1 der Pilot- und Hauptphase

		Pilotphase	Hauptphase
Kardiologische Rehabilitation			
CATs begonnen	T0	86,2% (von 1679)	85,47% (von 3422)
	T1	59%	75,22%
Orthopädische Rehabilitation			
	T0	57,3% (von 2164)	73,86% (von 5500)
	T1	27,8%	80,95%*
Kardiologische Rehabilitation			
Klinisch relevante	T0	48,2%	47,7%
Depression	T1	23,1%	22%
Klinisch relevante	T0	21%	23,2%
Angstsymptomatik	T1	7,4%	4,6%
Orthopädische Rehabilitation			
Klinisch relevante	T0	60,6%	53%
Depression	T1	36,9%	27,2
Klinisch relevante	T0	-	42,7%
Angstsymptomatik	T1	-	25,7%

Die durchschnittliche Zeit pro Dimension beider Fachrichtungen über T0 und T1 hinweg variiert zwischen 1,25 (0,63) und 1,91 (0,99) Minuten mit einer durchschnittlichen präsentierten Item Anzahl zwischen 7,42 und 11,41.

Diskussion und Fazit

Das vorliegende Forschungsprojekt verdeutlicht die Möglichkeit für eine Computer-basierte PROM Erfassung in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation. Vorbehalte gegenüber der technologischen Umsetzung beispielsweise aufgrund der Rehabilitand:innencharakteristika erwiesen sich als unbegründet. Im Vergleich zu Routinescreenings in Papier-Bleistift Format (Baumeister et al., 2011) können Computer-basiert höhere Ausschöpfungsquoten erreicht werden. Herausforderungen zeigen sich in der Ausschöpfung zum Entlasszeitpunkt. Die Weiterentwicklung von Testverfahren wie im vorliegenden Projekt (Scharm et al., 2019; Kallinger et al., 2019) oder auch die stärkere Nutzung international etablierter Verfahren wie die Skalen der PROMIS Initiative (Papuga et al., 2018) könnten die Nützlichkeit derartiger Testsysteme weiter steigern. Aktuell erfolgt eine Weiterentwicklung und Validierung von RehaCAT als Medizinprodukt im Rahmen des BMBF geförderten Folgeprojektes „Effektivität und Kosten-Effektivität eines Web-basierten Routineassessment mit integrierten Handlungsempfehlungen für Depression und Angst“. Hierbei soll ein um Handlungsempfehlungen und persuasive Design Eigenschaften verbessertes System auf den Langzeiteffekt 12 Monate nach der Rehabilitation getestet werden.

Literatur

- Baumeister, H. (2016). Diagnostik und Indikationsstellung bei psychischen Belastungen und Störungen. Bengel, J. & Mittag, O. (Hrsg.): Psychologie in der medizinischen Rehabilitation (pp. 39-49). Heidelberg: Springer.
- Baumeister, H.; Jahed, J.; Vogel, B.; Härter, M.; Barth, J. & Bengel, J. (2011). Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation (DIBpS): Ein Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: DRV.
- Kallinger, S.M.; Scharm, H.; Boecker, M.; Forkmann, T.; Baumeister, H. (2019). Calibration of an item bank in 474 orthopedic patients using Rasch analysis for computer-adaptive assessment of anxiety. *Clinical Rehabilitation*, 33, 1468-1478.
- Papuga, M. O.; Dasilva, C.; McIntyre, A.; Mitten, D.; Kates, S., & Baumhauer, J. F. (2018). Large-scale clinical implementation of PROMIS computer adaptive testing with direct incorporation into the electronic medical record. *Health Systems*, 7(1), 1–12.
- Scharm, H.; Kallinger, S.M.; Eder, S.; Boecker, M.; Forkmann, T.; Baumeister, H. (2019). Development of Rasch-based short screenings for the assessment of treatment motivation in patients with cardiovascular diseases. *Disability and Rehabilitation*.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Nutzen und Erfolg einer online-basierten Reha-Nachsorge – eine Alternative zu bisher angewendeten Nachsorgeformen?

Belinda Brack; Rainer Kaluscha; Sebastian Knapp; Lena Tepohl

IFR Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Die Deutsche Rentenversicherung bietet verschiedene Nachsorgemaßnahmen an, durch die die erreichten Rehabilitationsergebnisse langfristig gesichert und die Rückkehr ins Erwerbsleben unterstützt werden soll. Aufgrund von beruflichen und privaten Hinderungsgründen wie z.B. Schichtarbeit werden empfohlene Nachsorgemaßnahmen allerdings nur von etwa jedem vierten der Patienten/-innen vollständig durchgeführt (Gedes et al. 2005). Ein Online-Angebot in der Nachsorge bietet hier mehr Flexibilität und ist auch unter Pandemiebedingungen gut umsetzbar. Im Rahmen eines durch die DRV Bund geförderten Projekts sollte daher der Nutzen und Erfolg einer Online-Nachsorge mit der Online-Therapieplattform „Caspar Health“ erprobt werden. Caspar Health bietet die Möglichkeit, dass Patienten/-innen den für sie erstellten Therapieplan der Nachsorge auf ihrem Heim-PC, Tablet oder Smartphone aufrufen und somit zeitlich und örtlich flexibel umsetzen können. Auch eine bidirektionale Kommunikation zwischen den Teilnehmenden und Therapierenden bzw. Ärzten/-innen ist möglich. Diese Flexibilität soll eine Teilnahme an Nachsorgeangeboten erleichtern und diese für einen größeren Patientenkreis zugänglich machen.

Methoden

Zur Evaluation der multimodalen Online-Nachsorge-Maßnahme wurden die Patienten/-innen am Ende der Nachsorge zur Bewertung des subjektiven Nutzens und Erfolges der durchgeführten Nachsorgeform (IRENA vs. Tele-Nachsorge) befragt. Die Rekrutierung fand bundesweit in 35 ambulanten Rehabilitationszentren statt, wobei die Einteilung in die beiden Gruppen (IRENA vs. Tele-Gruppe) nach Präferenz der Teilnehmenden erfolgte. In beiden Gruppen wurden dieselben Zielgrößen erhoben: Arbeitsfähigkeit, körperliche Funktionsfähigkeit, psychisches Befinden, subjektiver Erfolg und Zufriedenheit mit der Nachsorgeform sowie Gründe für die Wahl der Nachsorgeform. Dabei kamen sowohl eigene wie auch Items aus standardisierten Fragebögen (z.B. WAI, IRES) zum Einsatz. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von Oktober 2019 bis Oktober 2020 im Querschnitt. Neben der deskriptiven Auswertung wurden Gruppenunterschiede ordinalskalierten Daten (je nach Merkmalsausprägung) mit dem Wilcoxon- oder Kruskal-Wallis-Test berechnet. Für kategoriale Variablen wurden Chi²-Tests herangezogen. Das Signifikanzniveau wurde für die inferenzstatistischen Auswertungen auf $\alpha=0,05$ festgelegt.

Ergebnisse

Von den 866 Studienteilnehmenden waren 53,8% weiblich, 84,9% hatte eine orthopädische Indikation und 56,7% der Befragten waren zwischen 46 und 59 Jahre alt. 96,9% der Tele-Gruppe und 95,1% der IRENA-Gruppe empfanden die Maßnahme als ein passendes Angebot. Die subjektiv angegebene Arbeitsfähigkeit unterschied sich nicht signifikant zwischen den beiden Gruppen ($p=0,179$). Der subjektive Erfolg beider Nachsorgeformen wurde von signifikant mehr Teilnehmenden der Tele-Gruppe (91,9%) als von der IRENA-Gruppe 78,9% mit „ausgezeichnet“, „sehr gut“ oder „gut“ bewertet ($p < 0,001$). Die Erwartungen an die Nachsorgeform wurden bei 64,4% der Teilnehmenden der Tele-Gruppe und bei 56,4% der IRENA-Gruppe erfüllt, wobei sich statistisch ein signifikanter Unterschied feststellen lässt ($p < 0,0001$). Mit dem Ausmaß der Betreuung waren in der Tele-Gruppe signifikant mehr Teilnehmende „sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“ (55,1% bzw. 27,9%) als in der IRENA-Gruppe (44,5% vs. 36,9%, $p < 0,0001$).

Diskussion und Fazit

Die hier vorliegenden Ergebnisse weisen unter Berücksichtigung der Querschnittsanalyse bei primär orthopädischer Indikation tendenziell auf eine Gleichwertigkeit der beiden Nachsorgeformen hin. Auf der vorliegenden Datenbasis können zwar keine gesicherten Aussagen über den Behandlungserfolg und die Effekte der (Tele-) Nachsorge getroffen werden. Jedoch wurde die Tele-Nachsorge mit Caspar Health zumeist gut bewertet und von der Mehrheit der Teilnehmenden als passend und erfolgreich empfunden. Damit eröffnet sich insbesondere für Rehabilitanden/-innen, die aufgrund ihrer Lebenssituation an der klassischen IRENA-Nachsorge nur schwer oder überhaupt nicht teilnehmen können, eine interessante Behandlungsmöglichkeit. Zudem kommt die Tele-Nachsorge auch unter Pandemiebedingungen oder im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechtes als Behandlungsalternative in Betracht. Die Effekte der Tele-Nachsorge und der Behandlungserfolg werden derzeit in einer laufenden Längsschnittstudie mit umfassenderer Datenerhebung untersucht.

Literatur

Gerdes, N.; Bührlen, B.; Lichtenberg, S.; Jäckel, W.H. (2005). Rehabilitationsnachsorge (RENA –Projekt). Vorläufiger Abschlussbericht. Bad Säckingen. Im Internet: [forschung.deutsche-
rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/rehaDoc.pdf?rehaid=879FD1F8EC3EBDBBC12
56E99002DE81F](https://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/rehaDoc.pdf?rehaid=879FD1F8EC3EBDBBC1256E99002DE81F).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Towards Optimized Clinical Cut-Off Scores for Mental Disorders in Rehabilitation: A Machine Learning Case Study in Depression

Yannik Terhorst¹; Lasse Bosse Sander²; David Daniel Ebert³; Harald Baumeister¹

¹ Universität Ulm; ² Albert-Ludwig-Universität Freiburg; ³ TU München

Hintergrund und Zielstellung

Identifying and treating mental health disorders is a key challenge in rehabilitation care (Baumeister et al., 2017). Mental health self-report questionnaires and rating-scales with clinical sum score cut-offs are often used for the screening of mental disorders. Machine learning (ML) has been shown to achieve high accuracy in various predictive tasks (Dwyer et al., 2018; Yarkoni & Westfall, 2017). However, ML has not been utilized to improve the accuracy of screening instruments. The present study aims 1) to derive optimized traditional sum score cut-offs for commonly used screening instruments in rehabilitation and 2) explore the potential of ML to further improve the accuracy of these screening instruments.

Methoden

Primary data was obtained from two RCTs on depression in patients with chronic back pain in 82 orthopedic rehabilitation clinics in Germany (Baumeister et al., 2021; Sander et al., 2020). The final data set contained $k=1,139$ DSM-5 diagnoses of a depression status using structured clinical interviews (SCID) and corresponding PHQ-9 self-report, clinician rated QIDS, and HAM-D data. First optimal sum score cut-offs were determined using Youden's J index. Second penalized logistic regression, random forest, knn, XGBoost, Support Vector Machine and Naïve Bayes models were used as ML models. Performance comparison between sum-score cut-offs and ML models was primary based on area under the receiver operating characteristic curve (AUC). Secondly, balanced accuracy, sensitivity and specificity were analyzed.

Ergebnisse

Optimal sum score cut-offs in rehabilitation using J index for depression were 10 (PHQ), 9 (QIDS), and 11 (HAM-D). Preliminary results show that ML models outperform sum score cut-offs in the clinician rated instruments (QIDS & HAM-D: $p < .05$) achieving AUCs $> 90\%$. No improvement was achieved by ML for the PHQ-9 self-report instrument ($p > .05$). Final analyses are currently ongoing and will be reported in the symposium talk.

Diskussion und Fazit

ML has the potential to increase screening accuracy for mental disorders (e.g., depression) and could make a major contribution to improving bio-psycho-social health care in rehabilitation. Possibilities how ML may enhance rehabilitation as well as the accompanying risks and challenges will be discussed.

Literatur

- Baumeister, H.; Lin, J.; Ebert, D. D. (2017). Internet- and mobile-based approaches: Psycho-social diagnostics and treatment in medical rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60(4), 436–444. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2518-9>.
- Baumeister, H.; Paganini, S.; Sander, L. B.; Lin, J.; Schlicker, S.; Terhorst, Y.; Moshagen, M.; Bengel, J.; Lehr, D. & Ebert, D. D. (2021). Effectiveness of a Guided Internet- and Mobile-Based Intervention for Patients with Chronic Back Pain and Depression (WARD-BP): A Multicenter, Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(4), 255–268. <https://doi.org/10.1159/000511881>.
- Dwyer, D. B.; Falkai, P. & Koutsouleris, N. (2018). Machine Learning Approaches for Clinical Psychology and Psychiatry. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(1), 91–118. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045037>.
- Sander, L. B.; Paganini, S.; Terhorst, Y.; Schlicker, S.; Lin, J.; Spanhel, K.; Buntrock, C.; Ebert, D. D. & Baumeister, H. (2020). Effectiveness of a Guided Web-Based Self-help Intervention to Prevent Depression in Patients With Persistent Back Pain. *JAMA Psychiatry*, 77(10), 1001. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1021>.
- Yarkoni, T. & Westfall, J. (2017). Choosing Prediction Over Explanation in Psychology: Lessons From Machine Learning. *Perspectives on Psychological Science*, 12(6), 1100–1122. <https://doi.org/10.1177/1745691617693393>.

Förderung: The present study was self-funded by the authors. The included RCTs providing the primary data were funded by the German Federal Ministry of Education and Research (grant number: 01GY1330A).

Zur Wirksamkeit des standardisierten Rollstuhlmobilitätstrainings „Mobilität 2020“

Jonas Mockenhaupt; Tanja Bungter; Vera Tillmann; Volker Anneken
Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport gGmbH

Hintergrund und Zielstellung

Unterschiedliche Studien zeigen, dass ein aktiver Lebensstil positive Auswirkungen auf die Lebensqualität von Menschen hat, die nach einem Unfall oder einer Erkrankung im Alltag auf einen Rollstuhl angewiesen sind (Anneken et al., 2010; Côté-Leclerc et al., 2017; Garshick et al., 2016). Eine adäquate Rollstuhlmobilität stellt dabei die Grundvoraussetzung für einen aktiven Lebensstil und die Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen dar. Die individuellen

Fähigkeiten im Umgang mit dem Rollstuhl sind zur Bewältigung verschiedenster Barrieren im Alltag entscheidend.

Das Projekt „Mobilität 2020“ wurde vom Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport (FIBS gGmbH) gemeinsam mit dem Deutschen Rollstuhl-Sportverband (DRS e. V.) durchgeführt und von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung unterstützt. Im Projektzeitraum Oktober 2016 bis März 2021 war das Ziel ein standardisiertes Konzept zu entwickeln und auf seine Wirksamkeit hin zu überprüfen.

Methoden

Zu Beginn des Projektes wurde ein Mobilitätstraining für Rollstuhlnutzer:innen partizipativ entwickelt. An jedem der 20 Projektstandorte wurden zwei Mobilitätstrainingstermine in einem Abstand von vier Wochen durchgeführt. Zu beiden Terminen wurde die Rollstuhlmobilität mittels AMR®-Test (Scheuer et al., 2011) in einem Wartelisten-Kontrollgruppen-Design erfasst. Anhand eines Fragebogens wurden zudem die Parameter subjektive Mobilität, soziale Teilhabe und Lebensqualität erhoben. Zwischen den Messzeitpunkten konnte anhand einer Internetplattform mit Übungsmodulen eigenverantwortlich geübt werden. Teilnehmen konnten alle Personen, die zum Zeitpunkt der Studie mind. 16 Jahre alt waren und ihren Rollstuhl manuell über eine Strecke von mindestens 100 m bewegen konnten.

Ergebnisse

Im Projekt „Mobilität 2020“ fanden 30 Mobilitätstrainingskurse an 20 Standorten statt. An den Mobilitätstrainings nahmen insgesamt 228 Personen teil, die sich in ihrem Alltag teilweise oder vollständig mit einem Rollstuhl fortbewegen. Bei den meisten Teilnehmenden war dies aufgrund der Erkrankung an Multipler Sklerose oder durch eine erkrankungs- oder unfallbedingte Querschnittlähmung der Fall. 193 Personen wurden der Interventionsgruppe (IG) zugeordnet und die übrigen 35 Teilnehmer*innen der Kontrollgruppe (KG).

Die zentrale Messgröße des Projekts „Mobilität 2020“ bildete die Rollstuhlmobilität aller Teilnehmenden. Die objektive Rollstuhlmobilität wurde anhand des „Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl“ (AMR®) erhoben und mittels einfaktorieller Varianzanalyse überprüft. Es konnte eine signifikante Verbesserung der Rollstuhlmobilität bei der Interventionsgruppe nach den beiden Trainingseinheiten festgestellt werden. Die ermittelte Mobilität stieg von der ersten Messung vor der ersten Trainingseinheit zur zweiten Messung nach der zweiten Trainingseinheit deutlich an. Die Verbesserung der Interventionsgruppe fiel gegenüber der Kontrollgruppe signifikant höher aus (s. Abb. 1).

Die subjektive Einschätzung der eigenen Rollstuhlmobilität mittels Fragebogen zeigte zwischen den beiden Messzeitpunkten und Gruppen nicht so deutliche Unterschiede, jedoch gleiche statistische Tendenzen. Die statistischen Auswertungen mittels einer Varianzanalyse ergaben, dass eine Tendenz auf einen Interaktionseffekt zwischen Gruppe und Zeit hinsichtlich der subjektiven Mobilität vorliegt ($F(1,112) = 3.824$, $p = .053$, partielles $\eta^2 = .033$, $n = 114$).

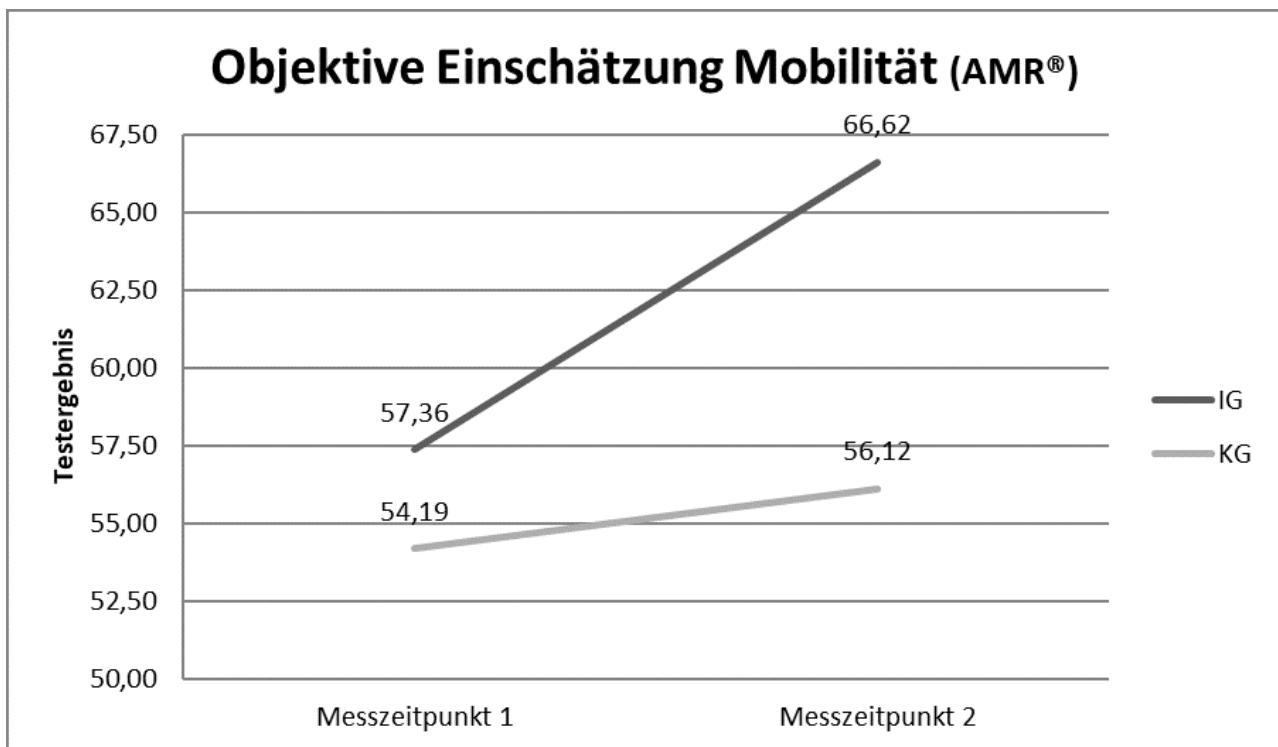


Abb. 1: Von der ersten Messung vor der ersten Trainingseinheit zur zweiten Messung nach der zweiten Trainingseinheit stieg die ermittelte Mobilität deutlich an.

Hinsichtlich der individuellen Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnte zudem festgestellt werden, dass durch eine Verbesserung der Mobilität eine höhere Einschätzung der körperlichen Aspekte der Lebensqualität erzielt werden konnte ($p = .008$).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse belegen die Effektivität des partizipativ entwickelten und standardisierten Rollstuhlmobilitätstrainings „Mobilität 2020“. Durch das Zusammenspiel aus Mobilitätstrainingskursen und einer onlinegestützten Selbstlernphase konnten die Teilnehmer:innen ihre Rollstuhlmobilität signifikant steigern. Dadurch liegt zum ersten Mal ein Rollstuhltrainingskonzept vor, das mit einem zeitlich und organisatorisch überschaubaren Aufwand in der Rehabilitation, Eingliederungshilfe und (Sekundär-) Prävention Anwendung finden könnte. Es sollten daher entsprechende Zugangsmöglichkeiten zu diesem Angebot flächendeckend geschaffen werden, um eine lebenslange Mobilitätsförderung im Rollstuhl anbieten zu können.

Literatur

- Anneken, V.; Hanssen-Doose, A.; Hirschfeld, S.; Scheuer, T.; Thietje, R. (2010). Influence of physical exercise on quality of life in individuals with spinal cord injury. In: *Spinal cord* 48 (5). 393–399.
- Côté-Leclerc, F.; Boileau Duchesne, G.; Bolduc, P.; Gélinas-Lafrenière, A.; Santerre, C., Desrosiers, J. & Levasseur, M. (2016). How does playing adapted sports affect quality of life of people with mobility limitations? Results from a mixed-method sequential explanatory study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 22.
- Garshick, E.; Mulroy, S.; Graves, D.E.; Greenwald, K.; Horton, J.A. & Morse, L.R. (2016). Active Lifestyle Is Associated With Reduced Dyspnea and Greater Life Satisfaction in Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97 (10), 1721-1727.

Scheuer, T.; Anneken, V.; Thietje, R.; Richarz, P. & Wirtz, M. (2011). Überprüfung der Messqualität des Aktivitätstests zur Mobilität im Rollstuhl (AMR) bei erworbener Paraplegie anhand einer Raschanalyse. In: DRV Bund (Hrsg.). 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung vom 14. bis 16. März 2011 in Bochum (DRV-Schriften Band 93). Berlin, 92-93.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Bewertung des Informationsgehaltes eines aggregierten Reha-Ergebnisindexes mittels einer Simulationsstudie

Rainer Kaluscha¹; Sarah Leinberger¹; Rüdiger Nübling²; Edwin Toepler³; Jürgen Schmidt²; Udo Kaiser²

¹ IFR Ulm; ² Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen; ³ Hochschule Bonn Rhein Sieg

Hintergrund und Zielstellung

Im Rahmen der Requamo-II Studie (Nübling et al., 2021) wurde aus Angaben im Rehabilitandenfragebogen ein Ergebnisindex (Multiple Outcome Criterion, MOC) aus einzelnen Outcomedimensionen wie der beruflichen Teilhabe entwickelt. Dieser sollte bezüglich beruflicher Aspekte den Beitragszahlungen aus den Routinedaten der Rentenversicherung (RSD) als objektivem Außenkriterium gegenübergestellt werden.

Dabei sind aber komplexe Wechselwirkungen zu beachten, da z.B. Antworten im Fragebogen und Beitragszahlungen gleichermaßen von soziodemografischen Merkmalen oder dem Erwerbsstatus vor der Rehabilitationsmaßnahme beeinflusst werden. Somit ist nicht klar, inwieweit eine Korrelation zwischen Ergebnisindex und Beitragszahlungen auf diesen Confoundern oder den Informationen im Fragebogen beruht. Ferner war unklar, welchen Einfluss die Granularität, d.h. die Anzahl möglicher Werte des Ergebnisindex, auf die Vorhersagegüte hat. Um dies aufzuklären, wurde eine Simulationsstudie durchgeführt.

Methoden

Dazu wurde in bereits entwickeltes Prognosemodell für die Anzahl der Beschäftigungstage nach Rehabilitation (Basismodell) (Kaluscha et al., 2021) um den Ergebnisindex als neue „Einflussgröße“ erweitert. Damit war der Einfluss der Confounder abgebildet und der Mehrwert des Ergebnisindexes spiegelte sich in der Zunahme der Varianzaufklärung gegenüber dem ursprünglichen Modell wieder.

In einer Simulationsstudie (Software: R Version 3.6.3, Package stats) wurden künstliche „Einflussgrößen“ $x(w)$ auf die Beschäftigungstage nach der Rehabilitation gebildet, die sich als gewichtete Summe aus der Zielgröße „Beschäftigungstage im Jahr nach der Rehabilitation“ (tg_nach1) und einem gleichverteilten Zufallswert ($unif(1-w)$) zusammensetzen: $x(w) = w * (tg_nach1 / 365) + unif(1-w)$.

Somit kann $x(w)$ Werte aus dem Intervall $[0,1]$ annehmen, wobei es sich bei den Werten um eine definierte Mischung aus „Information“ (tg_nach1) und „Rauschen“ ($unif(1-w)$) handelt. Anschließend wurden diese künstliche Werte gerundet, um eine vorgegebene Anzahl von Ausprägungen zu erhalten, so dass auch der Einfluss der Granularität geprüft werden konnte. Diese künstlichen Werte wurden dann ebenfalls mit den bekannten relevanten Einflussgrößen auf die berufliche (Wieder-)Eingliederung in das Prognosemodell aufgenommen und in Abhängigkeit vom Informationsgehalt die Verbesserung der Varianzaufklärung berechnet.

Für $w=0$ entspricht $x(0)$ einer gleichverteilten Zufallsvariable aus dem Intervall $[0,1]$. Daher sollte gegenüber dem Basismodell keine Zunahme der Varianzaufklärung zu beobachten sein. $x(1)$ ist hingegen identisch zur Zielgröße. Erwartbar wäre demnach eine (in Abhängigkeit der Anzahl der simulierten Ausprägungen fast) perfekte Varianzaufklärung.

Ergebnisse

Durch Hinzunahme der Berufskomponente des Ergebnisindex zum Basismodell erhöht sich die Varianzaufklärung der Beschäftigungstage im ersten Jahr nach Rehabilitation auf insgesamt 62,82% (Pseudo- $R^2_{Efron} = 0,6282$).

Tab. 1: Simulationsergebnisse zum Zusammenhang zwischen künstlicher Variablen ($x(w)$ gerundet auf fünf Ausprägungen) und Beschäftigungstagen im ersten Jahr nach Rehabilitation

Gewicht w	Varianzaufklärung R^2_{Efron}	Rang-Korrelation r_s
0.00	0.3912	-0.002
0.05	0.3942	0.079
0.10	0.4041	0.171
0.15	0.4334	0.246
0.20	0.5151	0.335
0.25	0.5358	0.426
0.30	0.5610	0.526
0.35	0.6027	0.611
0.40	0.7169	0.703
0.45	0.7627	0.777
0.50	0.8114	0.821
0.55	0.8757	0.839
0.60	0.9494	0.855
0.65	0.9586	0.870
0.70	0.9648	0.880
0.75	0.9716	0.892
0.80	0.9897	0.902
0.85	0.9918	0.911
0.90	0.9927	0.918
0.95	0.9926	0.922
1.00	0.9954	1.000

Vergleicht man dies mit den in Tabelle 1 dargestellten Werten für die künstliche Variable $x(w)$, erreicht die Varianzaufklärung bei etwa einem Gewicht der echten Information zwischen 0,35 und 0,40 ähnliche Werte ($R^2_{Efron}=0,6027$ bzw. 0,7030). Durch Verkleinern der Schrittweite für die Variation von w lässt sich leicht ein präziserer Wert ermitteln: bei $w=0,3625$ ergibt sich dann mit $R^2_{Efron}=0,6293$ ein sehr ähnlicher Wert wie für den Ergebnisindex.

Für die simulierte Variable beträgt die Rang-Korrelation nach Spearman mit der Zielgröße Beschäftigungstage $r_s=0,6257$ für $x(0,3625)$, d.h. es liegt ein moderater bis starker Zusammenhang vor (Akoglu, 2018).

Bereits die Einflussgrößen im Basismodell ergeben einen Sockelwert von ca. 40% Varianzaufklärung (Abb. 1). Während die Varianzaufklärung bei einer Variablen mit lediglich zwei oder drei Stufen bei zunehmendem Gewicht der echten Information nur langsam ansteigt, ergibt sich bereits bei fünf Stufen eine gute Varianzaufklärung.

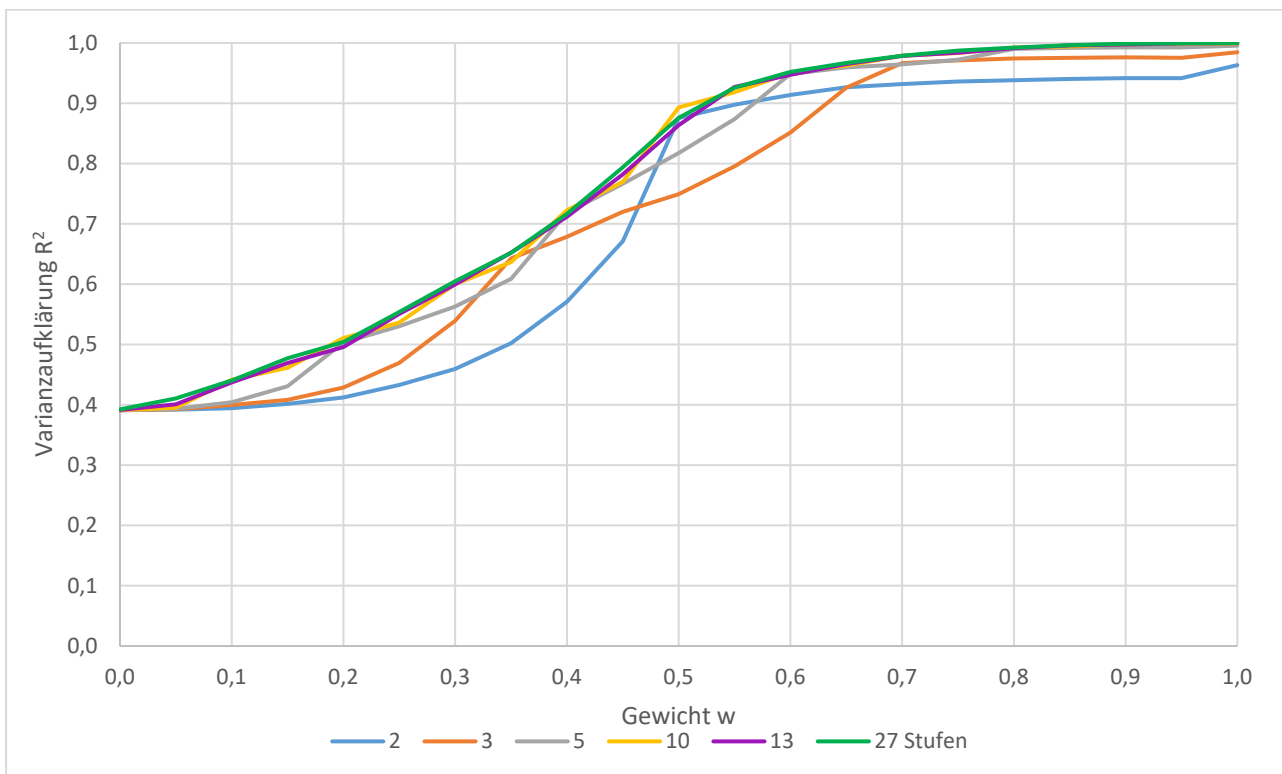


Abb. 1: Gesamtvarianzaufklärung R^2_{Efron} (y-Achse) für verschiedene Anzahlen an Stufen der künstlichen Variablen $x(w)$ für Gewichte w zwischen 0 und 1 (x-Achse)

Diskussion und Fazit

Auf Basis der Simulationsstudie konnte der um Confounding bereinigte Informationsgehalt des Ergebnisindexes eingeordnet sowie die nötige Granularität der Skala bestimmt werden.

Bereits ab fünf möglichen Ausprägungen verhält sich die auf wenige Stufen verdichtete künstliche Einflussgröße bezüglich eines Anstiegs der Varianzaufklärung bei steigendem Gewicht wie die mehrstufigen Varianten. Demnach ist davon auszugehen, dass bereits eine fünfstufige Variable in dieser Hinsicht fein genug differenzieren kann.

In diesem Anwendungsfall zeigen die Simulationsdaten, dass die Berufskomponente des Ergebnisindexes einen relevanten Zusammenhang mit den Tagen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung nach der Rehabilitation aufweist. Da der Ergebnisindex per Fragebogen schnell und einfach zu erheben ist, kann er also im Sinne eines Schnelltestes eingesetzt werden.

Literatur

- Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turk J Emerg Med*, 18, 91–93.
- Kaluscha, R.; Buzasi, T.; Nübling, R.; Kaiser, U.; Schmidt, J.; Toepler, E. (2021). Modellierung des Return to Work (RTW) anhand von Routinedaten der Rentenversicherung in der Requamo-II-Studie: Methodische Überlegungen. *DRV-Schriften Band 123*, 91-92.
- Nübling, R.; Schmidt, J.; Kaiser, U. et al. (2021). Outcome medizinischer Rehabilitation – Methodik und allgemeine Ergebnisse der Reha-QM-Outcome-Studie II (Requamo II) auf der Basis von Patient Reported Outcomes. *Prävention und Rehabilitation*, 33, 48–65.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Der VR-12 als generisches PROM zur vergleichenden Ergebnisqualität in der Rehabilitation – Ergebnisse aus Pilotstudien

Volker Beierlein¹; Ralf Bürgy²; Torsten Kirsch³; Johannes Kneißl⁴; Matthias Köhler³; Annabelle Neudam⁵; Holger Schulz¹

¹ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; ² MediClin GmbH & Co. KG;

³ VAMED Gesundheit Deutschland; ⁴ Medical Park SE ; ⁵ 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Die patientenzentrierte Erfassung der Ergebnisqualität nimmt einen zunehmend hohen Stellenwert in der Evaluierung medizinischer Leistungen ein (Black, 2013). Auch im Bereich der Rehabilitation gewinnt die Erhebung von Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) als Instrument der Qualitätssicherung an Bedeutung. Durch die Verwendung standardisierter Fragebögen können PROMs auch für den direkten Vergleich zwischen verschiedenen Einrichtungen auf nationaler und internationaler Ebene genutzt werden (Devlin & Appleby, 2010). Häufig wird dabei der Einsatz eines Indikationsspezifischen Instruments und ergänzend auch eines generischen Fragebogens empfohlen.

Im Rahmen dreier aktueller Pilotstudien der Qualitätsinitiative 4QD - Qualitätskliniken.de wurde der Einsatz standardisierter PROMs in der Psychosomatischen Rehabilitation, der Orthopädie und der Onkologie zur Messung der Ergebnisqualität erprobt. Als generisches Instrument wurde für alle Indikationen der VR 12 (Veteran RAND 12 Item Health Survey) als Ersatz für den lizenzpflichtigen SF-12 mit den beiden Summenskalen körperliche (PCS) und psychische Lebensqualität (MCS) eingesetzt (Buchholz & Kohlmann, 2015). Ziel dieser Analyse ist eine Überprüfung der Eignung dieses Instruments für eine sensitive Erfassung der Ergebnisqualität, basierend auf dem Vergleich der durchschnittlichen Veränderungen pro Indikation in beiden Summenskalen.

Methoden

In den drei Pilotstudien liegen für die Auswertung $n=7.394$ vollständige Datensätze von konsekutiv eingeschlossenen Patientinnen und Patienten aus 51 Rehabilitationsabteilungen bzw. -einrichtungen der Orthopädie (Hüft-TEP, Knie-TEP, chronischer Rückenschmerz), Onkologie (Mamma-Ca, Prostata-CA, Colon-Rektum-Ca) und Psychosomatik (Depressive Störungen, Angsterkrankungen) vor.

Zusätzlich zu den PROMs wurden soziodemografische und (sozial-) medizinische Daten erfasst. Für Prä/Post-Differenzen wurde als Effektstärke Cohen's für verbundene Stichproben berechnet, die als Durchschnitt über die Einrichtungen pro Indikation und als Range zur Beschreibung der Variabilität zwischen den Einrichtungen analysiert werden. Der Zusammenhang der Prä/Post-Werte wird für die Summenskalen über die Pearson-Korrelation r_{tt} getrennt pro Indikation berechnet.

Ergebnisse

Je nach Indikation variieren die durchschnittlichen Effektstärken der körperlichen Summenskala zwischen $d = 0.28$ (Depression) und $d = 0.77$ (Hüft-TEP) und der psychischen Summenskala zwischen $d = 0.39$ (Knie-TEP) und $d = 0.95$ (Angststörungen). Der Range der Effektstärken zwischen den Kliniken pro Indikation variiert für die PCS von 0.48 (Depression)

bis 1.18 (Knie-TEP) und für den MCS von 0.34 (Mamma-Ca) bis 1.11 (Angststörungen). Die Korrelationen der selbstberichteten gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den Messzeitpunkten variiert je nach Indikation zwischen $r_{tt} = .34$ und $r_{tt} = .76$ für den PCS bzw. $r_{tt} = .52$ und $r_{tt} = .74$ für den MCS.

Diskussion und Fazit

Die durchschnittlichen Effektstärken der Summenskalen des VR-12 variieren je nach Indikation zwischen einer kleinen und einer großen Effektstärke. Die Verteilung der Höhe der Effektstärken für die körperliche Summenskala über die Indikationen entspricht weitestgehend der Erwartung, da die größten Verbesserungen hier vor allem für die Rehabilitation nach Hüft- und Knie-TEP zu erwarten sind, bei denen im Zuge der Rehabilitation mit einer deutlichen Verbesserung der Beweglichkeit sowie einer größerer Schmerzfreiheit gerechnet werden kann. Hingegen stehen im Bereich der Psychosomatik eher die mit der psychischen Summenskala erfassten Probleme im Vordergrund. Entsprechend zeigen sich dort die im Durchschnitt höchsten Effektstärken in der MCS. Die große Variabilität der mittleren Effektstärken zwischen den Kliniken könnte als Hinweis interpretiert werden, dass die Skalen des VR-12 gut in der Lage sind, Unterschiede zwischen den Kliniken zu erfassen, welche u.a. durch den spezifischen Case-Mix zu erklären sind.

Auf der Basis der hier vorliegenden Ergebnisse der Pilotstudien kann der Einsatz der beiden Skalen des VR-12 als generisches PROM zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität für die Messung der Ergebnisqualität empfohlen werden. Weitere Validitätsüberprüfungen sind geplant, ebenso wie die Anwendung des VR-12 in Katamnesebefragungen zu erproben.

Literatur

- Black, N. (2013). Patient reported outcome measures could help transform health care. *BMJ*, 346: f167.
- Buchholz, I. & Kohlmann, T. (2015). Deutsche Version des Veterans RAND 12 Gesundheitsfragebogen (VR-12). Entwickelt auf der Grundlage des MOS RAND 36 Version 1.0 mit Unterstützung des US Department of Veterans Affairs. © Kazis LE et al. Patient-reported measures of health: The Veterans Health Study. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 2004; 27:70-83.
- Devlin, N. J.; Appleby, J. (2010). Getting the most out of PROMS: Putting health outcomes at the heart of NHS decision-making. London: The King's Fund.-

Förderung: Qualitätskliniken.de

Kosten-Nutzen-Modelle für die Rehabilitation – Return on Investment auf der Basis von Patient Reported Outcomes

*Rüdiger Nübling¹; Udo Kaiser¹; Rainer Kaluscha²; Sarah Leinberger²; Hannah Nock³;
Jürgen Schmidt¹; Edwin Toepler⁴*

¹ Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen ; ² IFR Ulm;

³ Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e.V.;

⁴ Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Hintergrund und Zielstellung

Der Return on Investment (ROI) ist eine betriebswirtschaftliche Kennzahl, bei der der sog. Nettonutzen durch die Kosten geteilt wird. Ist $ROI > 1$, so haben sich die investierten Kosten „gelohnt“. Während v.a. die Psychosomatische Rehabilitation auf eine längere Tradition gesundheitsökonomischer Analysen zurückblicken kann (Zielke, 1999; Wittmann et al., 2002), finden sich für die somatischen Reha-Indikationen bislang nur vereinzelt ROI-Schätzungen. Die PROGNOSE-Studie (Steiner et al., 2009) ermittelte über alle Indikationsbereiche auf der Grundlage verschiedener Modellszenarien einen ROI von 1,5 – 4,5, in der Requamo-I-Studie lag er zwischen 1,3 und 3,7 (Nübling et al., 2015).

Methoden

Datenbasis für die vorliegende ROI-Schätzung ist die Requamo-II-Studie (*), in der n=7870 Versicherte (Rücklaufquote 52%) ein Jahr nach der Reha katamnestisch befragt wurden. Im Sinne von Patient Reported Outcomes (PRO) wurden u.a. der PHQ4, die Work Ability Scale und der EQ5D. Die Messung der Effekte erfolgte über direkte und quasi-indirekte Veränderungsmessung (mit retrospektiven Prä-Tests). Zur Schätzung des ROI wurde die Brogden-Cronbach-Gleser-Formel (BCG) (Wittmann et al., 2002) sowie QALYs herangezogen. Die BCG-Formel bezieht neben prä-post-Effektstärken v.a. die mittlere Produktivität je Beschäftigte (70% des Durchschnittseinkommens) sowie die direkten Behandlungskosten ein (ebd.). Für die ROI-Schätzung über QALYs wurden diese für die prä- und post-Messung auf der Basis des EQ5D ermittelt, pro gewonnenem QALY 50.000 Euro veranschlagt und mit der ermittelten prä-post-Differenz der QALY multipliziert. Für beide Modellschätzungen wurden ein 1- und ein 2-Jahres-Zeitraum nach der Reha zu Grunde gelegt (vgl. ausführlicher Forschungsgruppe Requamo, 2021).

Ergebnisse

Stichprobenmerkmale: 61% männlich, Durchschnittsalter 54 Jahre (SD=8), 55% Hauptschulabschluss, 64% Lehre. Reha-Dauer M=3,6 Wochen. Hauptindikationsgruppen: 39% Orthopädie, 16% Kardiologie, 14% Onkologie, 10% Psychosomatik.

Die mittlere Effektstärke über mehrere PROs liegt für die Gesamtstichprobe bei $ES=.51$, die Mittlere QALY-Differenz bei 0,20. Auf der Basis der beiden Schätzvarianten ergibt sich für die Gesamtstichprobe ein ROI von 1,6 bzw. 2,0 für den Ein-Jahres- sowie von 4,2 und 5,0 für den Zwei-Jahreszeitraum. Hinsichtlich der Indikationsgruppen zeigen sich in Abhängigkeit von Effektstärke, QALY-Differenz, Behandlungsdauer und Pflegesatz z.T. deutliche Unterschiede (Abbildung 1).

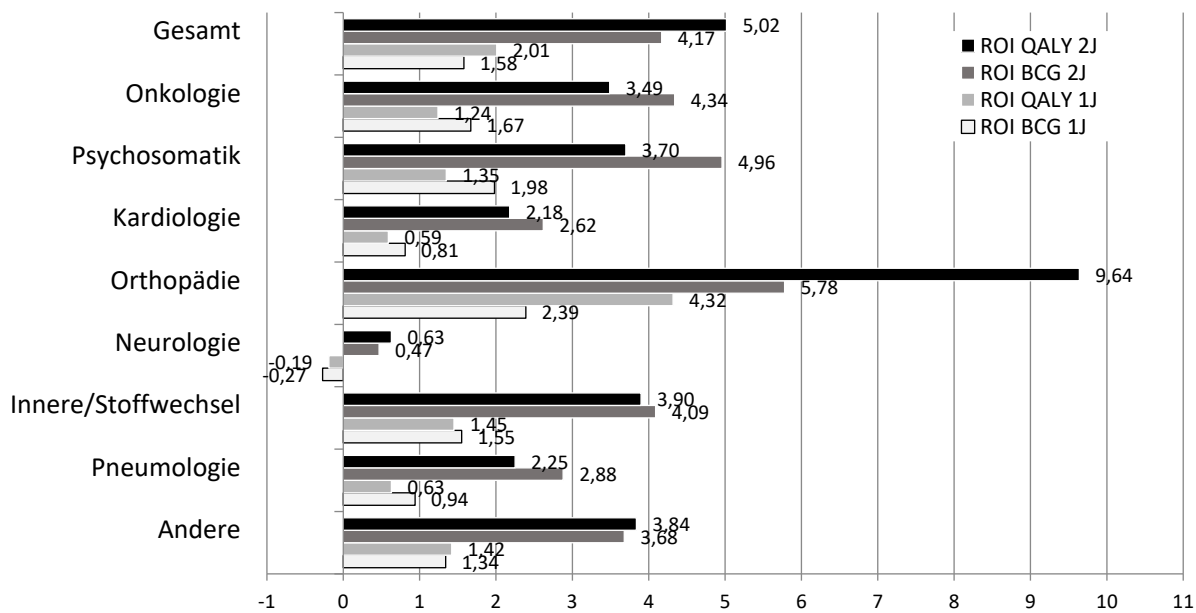


Abb. 1: ROI-Schätzungen der Varianten Bogden-Cronbach-Gleser (BCG) und QALY für ein und zwei Jahre nach der Reha, Indikationsgruppen, Requamo-II-Studie, $n_{\max} = 7470$

Diskussion und Fazit

Je nach Indikation und Schätzvariante erhält die Gesellschaft für jeden in die Rehabilitation investierten Euro zwischen 1,6 € und 5 € zurück (volkswirtschaftlicher Nutzen). Auch wenn zu berücksichtigen ist, dass es sich bei den Zwei-Jahres-Werten bei angenommenen konstanten Effekten um optimistische Schätzungen handelt, kann davon ausgegangen werden, dass sich – wie auch in früheren Arbeiten nahegelegt (Zielke, 1999; Wittmann et al., 2002; Steiner et al., 2009; Nübling et al., 2015) sowie auch anhand einer weiteren Schätzvariante des IFR auf der Basis von Beitragszahlungen ermittelt (Forschungsgruppe Requamo, 2021) – die Rehabilitation insgesamt nicht nur individuell für die Versicherten, sondern auch für die Gesellschaft lohnt.

*Für die Requamo-II-Forschungsgruppe: Heike Martin, Kristin Repert-Ristow (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg), Axel Kobelt (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover), Katharina Roth, Melanie Kirchner (Deutsche Rentenversicherung Nordbayern), Olaf Werner, Walter Hummler (Qualitätsverbund Gesundheit BW), Norbert Hemken (Verbund Norddeutscher Rehakliniken VNR), Edwin Toepler (Hochschule Bonn-Rhein-Sieg), Hannah Nock (Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg SAMA), Rainer Kaluscha, Sarah Leinberger, Tivadar Buzasi (IFR Ulm), Rüdiger Nübling, Udo Kaiser, Jürgen Schmidt (GfQG Karlsruhe).

Literatur

Forschungsgruppe Requamo (2021). Requamo-II-Studie: Entwicklung eines Reha-Outcome-Index als Element der Klinikbewertung und Instrument eines qualitätsorientierten Benchmarking für die stationäre Rehabilitation. Abschlussbericht. Karlsruhe/Bad Buchau.
 Nübling, R.; Kaluscha, R.; Holstiege, J. et al.(2015). Analyse des Behandlungserfolgs in der Medizinischen Rehabilitation. Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement [Abschlussbericht]. Stuttgart. Im Internet: <https://bit.ly/3pBOFDs>.

Steiner, M.; Zwingmann, C.; Riedel, W. et al. (2009). Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Basel: Prognos AG.
Wittmann, W.W.; Nübling, R.; Schmidt, J. (2002). Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. Zeitschrift für Evaluation, 1, 39–60.
Zielke, M. (1999). Kosten-Nutzen-Aspekte in der Psychosomatischen Rehabilitation. PPM Psychother Psychosom Med Psychol; 49 (9-10): 361–367.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Outcome medizinischer Rehabilitation im Spiegel unterschiedlicher Indikationen

Jürgen Schmidt¹; Rüdiger Nübling¹; Udo Kaiser¹; Rainer Kaluscha²; Sarah Leinberger²; Hannah Nock³; Edwin Toepler⁴

¹ Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen; ² IFR Ulm;

³ Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e. V.;

⁴ Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Hintergrund und Zielstellung

Eine wichtige Grundlage zur Legitimation und Weiterentwicklung der Rehabilitation ist Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität. Hierbei geht es sowohl um Veränderungen gesundheits- und teilhabebezogener Faktoren als auch um den volkswirtschaftlichen Nutzen. Zahlreiche Untersuchungen belegen mittlerweile die positiven Effekte der medizinischen Rehabilitation. Die Effektbewertung basiert hierbei zumeist auf der subjektiven Einschätzung der Rehabilitanden (Patient Reported Outcomes, PROs), zum Teil auch auf makroökonomische Modellierungen unter Hinzuziehung von Routinedaten der Rentenversicherung oder anderer Sozialleistungsträger. Die Studien beziehen sich zumeist auf einzelne Indikationen (z. B. Orthopädie, Psychosomatik), Untersuchungen unter Einbeziehung mehrerer Indikationen sind eher selten (z. B. Gerdes et al., 2000; Nübling et al., 2015; Schmidt et al., 2021). Im Rahmen der multizentrischen Requamo-II-Studie (Nübling et al., 2021; Schmidt et al., 2021) wurden in 41 Rehakliniken mit über 80 Fachabteilungen 8 Indikationen hinsichtlich der längerfristigen Ergebnisqualität untersucht. Es soll der Frage nachgegangen werden, ob sich zwischen den verschiedenen Indikationen Unterschiede in Ausgangs- und Behandlungsmerkmalen und in der Ergebnisqualität zeigen.

Methoden

In der Requamo-II-Studie liegen für N=7589 Rehabilitanden (Männeranteil: 61,3%, ø-Alter: 53,4 Jahre; ø-Rehadauer: 3,6 Wochen) der Deutschen Rentenversicherungen Baden-Württemberg, Braunschweig-Hannover und Nordbayern sowohl Daten aus einer Nachbefragung (1 Jahr nach Reha) als auch Routine-Daten aus der Reha-Statistik Datenbasis (RSD) vor. Einbezogen wurden mehrere Indikationen, die relativ umfassend das übliche Störungsspektrum der medizinischen Rehabilitation abbilden: Orthopädie (N=3103),

Psychosomatik (N=824), Onkologie (N=1080), Kardiologie (N=1173), Gastroenterologie (N=359), Innere (N=193), Neurologie (N=428), Pneumologie/Dermatologie (N=429). Die stationären Reha-Maßnahmen fanden im ersten Halbjahr 2017 statt. Alle PRO-Daten basieren auf einer Ein-Punkt-Erhebung, bei der quasi-indirekte und direkte Veränderungsmessungen erfolgten. Das Assessment umfasste bewährte psychometrische Skalen (u.a. EQ-5D, IMET, GB10, PHQ-4). Überprüft wurde der Reha-Outcome auf der Grundlage von singulären und multiplen Ergebniskriterien [3], die größtenteils auf PRO-Daten basierten.

Ergebnisse

Eingangsmerkmale der Rehabilitanden (vor Reha): Bei nahezu allen überprüften demografischen (z.B. Alter, Geschlecht), krankheitsbezogenen (z.B. Krankheitsdauer), sozialmedizinischen (z. B. AU-Zeiten, Krankenhaustage, Arztbesuche) und psychometrischen Eingangsmerkmalen (z. B. Lebensqualität, Beschwerden) zeigten sich statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Indikationsgruppen.

Behandlungsbezogene Merkmale: Die Indikationsgruppen unterschieden sich statistisch bedeutsam hinsichtlich Rehadauer, AHB-Anteil, Anteil bevorzugter Einladungen und besonderer Behandlungsformen (z. B. MBOR).

Reha-Outcome: Tabelle 1 zeigt ausschnitthaft, dass sowohl bei allen singulären Ergebniskriterien (Zeilen 1-16) als auch bei zwei multiplen Ergebniskriterien statistisch bedeutsame Mittelwertsunterschiede zwischen den 8 Indikationsgruppen beobachtbar waren. Die Rangreihen der Unterschiede variierten zum Teil je nach Kriterium. In den Spalten B-Wert bzw. S-Wert sind jeweils die Indikationen mit der besten bzw. der schlechtesten Platzierung angezeigt; bei der Berechnung der Effektgröße wurde jeweils die Prä-Post-Differenz durch die Standardabweichung prä der Gesamtgruppe dividiert.

Tab. 1: Übersicht über Aspekte der längerfristigen Ergebnisqualität im Spiegel unterschiedlicher Indikationsgruppen (ANOVA; Prüfgröße F und Effektgrößen) – Ausschnitt

	Merkmal	Skala	Anzahl Items	Quelle	Sig.	p	F	ES gesamt	B-Wert	ES max	S-Wert	ES min
1	Gesundheitliches Befinden	GB10	10	PRO	+	<.001	29,49	0,67	Psycho	1,06	Neuro	0,34
2	Lebensqualität	EQ5D	5	PRO	+	<.001	66,26	0,55	Psycho	0,64	Neuro	0,18
3	Einschränkungen der Teilhabe	IMET	9	PRO	+	<.001	34,51	0,39	Psycho	0,69	Neuro	0,10
4	Körperliche Beschwerden	GBESC	6	PRO	+	<.001	19,58	0,30	Psycho	0,51	Neuro	0,11
5	Psychische Beschwerden	GBESC	7	PRO	+	<.001	60,20	0,44	Psycho	0,94	Neuro	0,15
6	Psychosoziale Auffälligkeit	UKS	8	PRO	+	<.001	53,83	0,49	Psycho	0,90	Neuro	0,19
7	Schmerzen	UKS	2	PRO	+	<.001	67,59	0,43	Ortho	0,69	Neuro	0,12
8	Arbeitsfähigkeit	WAI	1	PRO	+	<.001	25,06	0,47	Psycho	0,68	Neuro	0,19
9	AU-Tage (pro Jahr)		1	PRO	+	<.001	32,29	0,03	Onko	0,45	Neuro	-0,26
10	Behandlungszufriedenheit	ZUF-8	8	PRO	+	<.001	32,97	-	Kardio	-	Psycho	-
11	Grad der Zielerreichung		1	PRO	+	<.001	15,78	-	Kardio	-	Psycho	-
12	Gesundh. Veränderungen	BESS8	8	PRO	+	<.001	9,66	-	Onko	-	P/D	-
13	Nutzen für Arbeit und Beruf			PRO	+	<.001	4,84	-	Onko	-	Neuro	-
14	Return-to-work (Zeitpunktquote)		1	PRO	+	<.001	9,46	-	Gastro	-	Neuro	-
15	Return-to-work (Zeitverlaufsquote)		1	PRO	+	<.001	8,96	-	Ortho	-	Neuro	-
16	SV-Beitragsmonate (Jahr post)		1	RSD	+	<.001	10,35	-	Gastro	-	Neuro	-
17	Multipl. Ergebniskriterium 1	MOC27D		PRO	+	<.001	13,57	-	Psycho	-	Neuro	-
18	Multipl. Ergebniskriterium 2	MOC13D		PRO	+	<.001	17,27	-	Psycho	-	Neuro	-

Legende: Quelle: Sig. = Signifikanz / PRO=Nachbefragung, RSD=Reha-Statistik-Datenbasis / F = Prüfgröße / ES = Effektgröße / B-Wert = beste Ausprägung / S-Wert = schlechteste Ausprägung / Die Ergebnisse in den Zeilen 1-9 basieren auf quasi-indirekten Veränderungsmessungen.

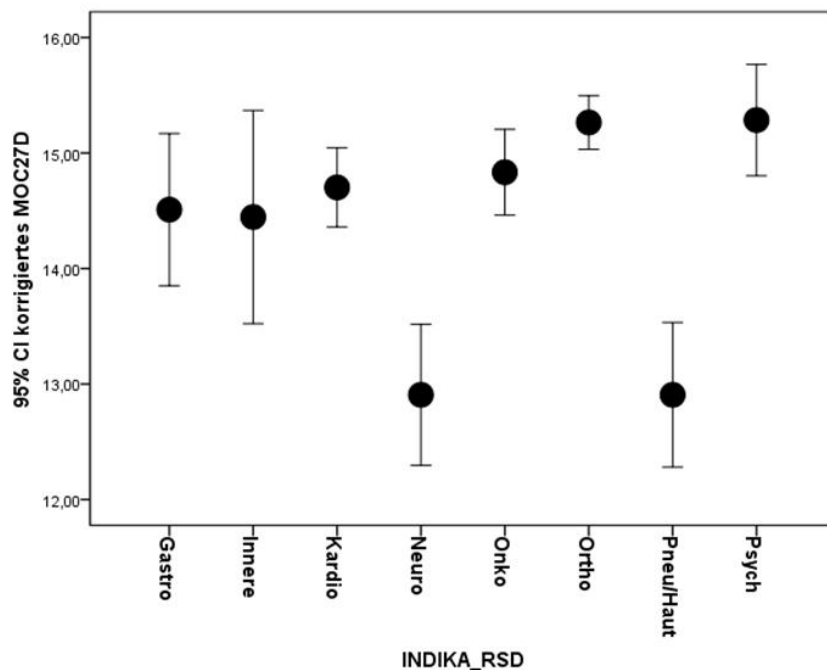


Abb. 1: Unterschiedliche Ausprägungen des multiplen Ergebniskriteriums MOC27 bei 8 Indikationen (Fehlerbalkendiagramm der MOC27-Mittelwerte; Range der Skala: 0-27)

Abbildung 1 veranschaulicht anhand des multiplen Ergebniskriteriums MOC27 (= Aggregation von 27 singulären Ergebniskriterien; Range: 0-27), dass zwischen den Indikationen zum Teil signifikante Unterschiede im Gesamtbild vorlagen (höhere /niedrigere Werte = mehr /weniger positive Ergebnisfacetten).

Diskussion und Fazit

Die indikationsvergleichende Outcome-Betrachtung im Rahmen der Requamo-II-Studie zeigt, dass die relativ beste längerfristige Ergebnisqualität in der Psychosomatik beobachtet werden, die Ergebnisqualität der Orthopädie und Onkologie in der Gesamtschau aber annähernd das gleiche Niveau erreicht. Deutlich weniger günstig scheint hingegen die längerfristige Ergebnisqualität in den Bereichen Neurologie und Pneumologie/Dermatologie zu sein. Insgesamt betrachtet stehen die Befunde in Einklang mit einer früheren Studie (Gerdes et al., 2000), in der sich bei den Indikationen Psychosomatik, Kardiologie und Orthopädie auch nach 1 Jahr noch z. T. starke Effekte zeigten und in der die Indikation Psychosomatik ebenfalls am besten abschnitt.

Literatur

- Gerdes, N.; Weidemann, H.; Jäckel, W. H. (Hrsg) (2000). Die PROTOS-Studie. Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Nübling, R.; Kaluscha, T.; Holstiege, J.; Krischak, G.; Kriz, D.; Martin, H.; Müller, G.; Renzland, J.; Reuss-Borst, M.; Schmidt, J.; Wichmann, B.; Kaiser, U.; Toepler, E. (2015). Analyse des Behandlungserfolgs in der Medizinischen Rehabilitation – Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement. „Reha-QM-Outcome-Studie“ des QVG und der DRV Baden-Württemberg. Abschlussbericht.
- 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 und Rehabilitation, 33, 39-47.

Prognos AG (2009). Studie: Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger- Sicherung von Produktivität und Wachstum. Basel.

Schmidt, J.; Nübling, R. & Kaiser, U. (2021 im Druck). Outcome medizinischer Rehabilitation im Spiegel multipler Ergebniskriterien – Konzept und Gütekriterien. Prävention und Rehabilitation.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Patient-Reported-Outcomes in der Onkologie: Indikationsübergreifend positive Effekte der Rehabilitation auf die Ergebnis- und Lebensqualität in der Rehabilitation nach Prostata-, Brustkrebs- und Colon-Carcinom mit dem 4QD-Indikatorenset

Torsten Kirsch¹; Thomas Widmann²; Ralf Bürgy³; Matthias Köhler¹; Jürgen Wagner⁴

¹ VAMED Gesundheit Holding Deutschland GmbH ; ² Asklepios Klinik Triberg;

³ MediClin GmbH & Co. KG; ⁴ MediClin Staufenburg Klinik

Hintergrund und Zielstellung

Die Messung der Ergebnisqualität und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gbLQ) erfährt in den letzten Jahren zunehmendes Interesse in der medizinischen Versorgung. Dabei bewegt sich der Fokus weg von einer rein medizinischen Sichtweise, wie in den Qualitätsberichten der Kliniken niedergelegt, sondern vielmehr hin zur Patienten-Perspektive. Eine besondere Rolle kommt hierbei standardisierten Verfahren zu wie den Fragebögen der Patient-Reported Outcomes (PROMS) , da sich so die Sicht des Patienten auf den Behandlungserfolg leicht erfassen lässt (Bürgy & Wiederer 2020). Dies gilt auch für die gbLQ, die gerade auch für die Rehabilitation von Belang ist.

Um Umsetzungserfahrungen zu sammeln, haben sich 15 onkologische Fachkliniken indikationsübergreifend am klinischen Einsatz solcher PROMS beteiligt. Das Ziel war zum einen, die Umsetzung der PROMS unter klinischen Routinebedingungen zu testen. Zum andern aber auch, um in rehabilitationsrelevanten onkologischen Indikationen mit hohen Rehabilitandenzahlen zu überprüfen, ob mittels der PROMS positive Effekte der Rehabilitation aus Patientensicht im Verlauf der stationären Aufenthaltes nachgewiesen werden können. Hierbei fokussierten sich die Indikationen auf den Brustkrebs, das Prostatakarzinom und das Colon-/Rectumkarzinom.

Methoden

Die Messung der Ergebnisqualität in der onkologischen Rehabilitation setzt sich im 4QD-Indikatorenset aus einem generischen Assessment zur gbLQ und jeweils einem indikationsspezifischen Assessment für die drei untersuchten Schwerpunktindikationen Brustkrebs, Prostata und Colon/Rectum-Ca zusammen. Bei der Auswahl von PROMs wurde

auf den international genutzten FACT Fragebogen zurückgegriffen mit seinen Unterfragebögen zum Brustkrebs (FACT B), Prostata (FACT P) und Colon/Rectum-Ca (FACT C). Die generische Erfassung der Ergebnisqualität erfolgt über die deutsche Version des VR-12 (Buchholz et al., 2017). Mit Erhebungsbeginn mussten die teilnehmenden Kliniken konsekutiv Patienten in die Stichprobenerhebung einbeziehen und zu mindestens 150 Fällen Daten erheben. Wenn eine Klinik mehrere Indikationen aufwies, konnten auch unterschiedliche Indikationen eingebracht werden. Die Durchführung der Messungen beim Patienten konnte entweder schriftlich oder IT-gestützt erfolgen. Die für alle Kliniken einheitlichen Durchführungsbedingungen mit Ein- und Ausschlusskriterien wurden im 4QD-Manual zur Ergebnismessung (2018) festgelegt (Qualitätskliniken, 2018). Für die Risikoadjustierung der gemessenen Ergebnisindikatoren wurden insgesamt 16 Einflussfaktoren erhoben und bewertet. Die Signifikanz der erhobenen Werte ergibt sich aus dem Konfidenzintervall.

Ergebnisse

Insgesamt beteiligten sich 15 onkologische Fachkliniken an der Untersuchung. Es wurden insgesamt 1993 Fälle an das auswertende Institut übermittelt, davon konnten 1616 Fälle in die weiteren Auswertungen einbezogen werden. Die prozentuale Verteilung der Fälle auf die 3 ausgewählten Indikationsschwerpunkte ergab über alle Kliniken folgende Verteilung: Brustkrebs (56,3 %), Prostata-Ca (34,8 %) und Colon-/Rectum-Ca (8,9 %). Die Verteilung der Fälle auf die 3 Indikationsschwerpunkte differierte zwischen den Kliniken deutlich. In der Risikoadjustierung trugen folgende Variablen zur Aufklärung von Klinikunterschieden bei: Alter, Familienstand, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Schulbildung, Ausgangswerte der PROs, AU bei Reha-Antritt, Bezug EU-Rente, Anzahl Diagnosen, Reha mit Aufforderung und Reha als AHB.

Für die vergleichende Darstellung der Ergebnisqualität wurden Effektstärken (Cohen's d) berechnet. Die Ergebnisse zeigen für alle indikationsspezifischen FACT B, P, C und den VR-12 mittlere bis starke Effekte in den Kliniken. Dabei zeigt sich über alle Kliniken ein signifikante positive mittlere Effektstärke (>0), beim Brustkrebs mit $d=0,70$, beim Prostata-Karzinom $d=0,66$ und beim Colon-/Rectum-Ca $d=0,54$. Für die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität VR-12 finden sich ebenfalls für alle Indikationen positive Effektstärken, Brustkrebs $d=0,40$, Prostata-Ca $d=0,54$, und Colon-/Rectum-Ca $d=0,47$.

Diskussion und Fazit

Die Piloterhebung des 4QD-Indikatorenansatzes in der Onkologie konnte in allen teilnehmenden Kliniken durchgeführt werden. Die Datenerhebung zeigte, dass die Anzahl dokumentierter Fälle aus einer Indikation einer Klinik ausreichend groß sein muss, um repräsentativ zu sein und auch die Datenqualität, d.h. der Prozentsatz valider Daten hoch ist, um verwert- und vergleichbare Datensätze zu erhalten. Der Datenqualität kommt daher auch bei PROMS eine besondere Bedeutung zu. In den meisten Kliniken konnte eine statistisch ausreichende Zahl an Datensätzen erhoben werden. Über alle beteiligten Klinik hinweg konnte gezeigt werden, dass während des Aufenthaltes die Patienten-berichteten Ergebnisse signifikant positiv sind und dies weitgehend unabhängig von der Indikation. Das schlägt sich parallel dazu auch darin nieder, dass hinsichtlich der gesundheits-

bezogenen Lebensqualität bereits innerhalb der Rehabilitation signifikant positive Effekte nachgewiesen werden. Weiterführende Analysen, welche Teilbereiche der FACT-Fragebögen spezifisch zu diesem Resultat beitragen oder die Patientenvariabilität erklären, sind anhand des Datensets durchführbar. Der 4QD-Indikatorenansatz zur patientenseitigen Ergebnisbewertung onkologischer Rehabilitanden zeigte sich in diesem Pilotprojekt als geeignetes Instrument zum Nachweis des Behandlungserfolgs aus Sicht des Rehabilitanden und zwar nicht nur symptombezogen, sondern auch hinsichtlich seiner Lebensqualität.

Literatur

- Buchholz, I.; Kohlmann, T. & Buchholz, M. (2017). Vergleichende Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des SF-36/SF-12 vs. VR-36/VR-12). Abschlussbericht VFFR-205, Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald.
- Buergy, R.; Wiederer, R. (2020). Patient reported outcome in der orthopädischen Rehabilitation: Pilotprojekt zur vergleichenden Messung von Ergebnisqualität mit dem 4QD-Indikatorenansatz Orthopädie. DRV Schriften 20. Rehakolloquium 2020, S.103-105.
- Qualitätskliniken.de (2018). 4QD-Manual zur Ergebnismessung in der Orthopädie. 4QD – Qualitätskliniken.de GmbH, Berlin.

Steuerungswirkung von Qualitätsindikatoren: Zusammenhänge zwischen der Routine-Qualitätssicherung und dem Rehabilitationsergebnis ein Jahr nach Reha

Edwin Toepler¹; Rainer Kaluscha²; Rüdiger Nübling³; Sarah Leinberger²; Udo Kaiser³; Jürgen Schmidt³; Hannah Nock⁴

- ¹ Hochschule Bonn-Rhein-Sieg; ² IFR Ulm; ³ Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen
⁴ Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e.V.

Hintergrund und Zielstellung

Im Zuge der qualitätsorientierten Belegungssteuerung, wie sie im § 15 Abs.9 Ziffer 3 SGB VI vorgesehen und zum 01.06.2023 durch die Rentenversicherungsträger umgesetzt werden soll, erlangen die in der Routine-Qualitätssicherung verwendeten Qualitätsindikatoren eine hohe Bedeutung für die Wirtschaftlichkeit und Existenzfähigkeit der Reha-Einrichtungen. Ausgehend von den Ergebnissen der Reha-QM-Outcome Studie (Requamo II) wird der Frage nach intendierten und nicht intendierten Effekten der Qualitätsindikatoren nachgegangen. In den Blick genommen wird neben der Ebene des internen Qualitätsmanagements auch die Ebene der Versorgungssteuerung.

Methoden

Die Methodik der „Requamo-II-Studie“ lässt es zu, Zusammenhänge zwischen drei Datensträngen zu untersuchen: (1) Dem Strang der patientenberichteten Ergebnisqualität ein Jahr nach der Rehabilitation, (2) dem Strang der Qualitätssicherungsergebnisse der beteiligten Rehabilitationskliniken und (3) dem Strang Routine-Daten (RSD) zur Erwerbstätigkeit der Rehabilitanden ein Jahr nach der Rehabilitationsmaßnahme (Nübling et al., 2021; Kaluscha et al., 2021). In die Studie einbezogen wurden knapp 16.000 Versicherte

der DRVen Baden-Württemberg, Braunschweig-Hannover und Nordbayern, die im ersten Halbjahr 2017 behandelt wurden. Eingeschlossen wurden alle Indikationsbereiche (Ausnahme Suchterkrankungen). In Workshops und Fokusgruppen wurden die Konsequenzen der festgestellten Zusammenhänge mit den beteiligten Einrichtungen analysiert. Im vorliegenden Beitrag werden insbesondere die Zusammenhänge zwischen den Daten aus dem Bereich der Prozessqualität „KTL, Reha-Therapie-Standards, Peer Review“, der Ergebnisqualität zum Ende der Reha-Maßnahme (Patientenzufriedenheit, subjektiver Behandlungserfolg) und der Ergebnisqualität ein Jahr nach der Maßnahme (Beitragsindex und Multipler Ergebnisindex MOC) dargestellt.

Ergebnisse

Es kann festgestellt werden, dass die unterschiedlichen Indikatoren innerhalb der Routinequalitätssicherung teilweise deutlich miteinander interkorrelieren. Insbesondere zwischen den Prozess- und Ergebnisindikatoren lassen sich sowohl positive als auch negative Korrelationen, etwa beim Zusammenhang zwischen hoher Leistungsdichte und Zufriedenheit, bestimmen. Dagegen fallen die beobachtbaren Zusammenhänge zwischen den Daten aus der Routinequalitätssicherung und dem Reha-Outcome (Ergebnisqualität ein Jahr nach der Rehabilitation) eher gering aus. Auf der Ebene des internen Qualitätsmanagements der untersuchten Einrichtungen kommt der engmaschigen Überwachung der rehabilitandenbezogenen Kernprozesse eine hohe Bedeutung für die Optimierung der QS-Ergebnisse zu.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse verdeutlichen, wie wichtig die Bestimmung und Gewichtung der Qualitätsindikatoren für die Steuerungswirkung auf Einrichtungs- und Systemebene ist (Toepler, 2018). Es liegen Hinweise darauf vor, dass die nachhaltige Ergebnisqualität der Rehabilitation (Reha-Outcome) bisher noch nicht adäquat in der Routinequalitätssicherung abgebildet ist. Die Nutzung der Steuerungswirkung von Qualitätsindikatoren im Sinne einer „Value Based Healthcare“ stellt ein Potential für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation dar (Porter & Lee, 2013).

Literatur

Kaluscha, R.; Buzasi, T.; Nübling, R.; Kaiser, U.; Schmidt, J., Toepler, E. (2021). Modellierung des Return to Work (RTW) anhand von Routinedaten der Rentenversicherung in der Requamo-II-Studie: Methodische Überlegungen. DRV-Schriften Band 123, 91-92

Nübling, R.; Schmidt, J.; Kaiser, U.; 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 und Rehabilitation; 33, 48–65.

Porter, M. E.; Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. Harvard Business Review October, 10.

Toepler, E. (2018). Qualität und Wirksamkeit – Gedanken zur qualitätsorientierten Steuerung in der Rehabilitation; in: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 3 (103).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Die gesundheitlichen Folgen familiärer Trennung – ein Thema auch für die stationäre psychosomatische Rehabilitation: wir2Reha

Matthias Franz¹; Dirk Rampoldt²; Ralf Schäfer¹

¹ Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität; ² Universitätsklinik Düsseldorf

Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland umfasst die Gruppe der Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern ca. 1,6 Mio. (89 % Mütter). Alleinerziehende Mütter leiden unter erheblichen sozialen, gesundheitlichen und psychosomatischen Beeinträchtigungen wie beispielsweise Suchterkrankungen oder Depressionen. Diese Belastungen alleinerziehender Mütter gehen mit erheblichen und anhaltenden Risiken für die gesundheitliche Entwicklung auch ihrer Kinder einher. Das von der DRV Bund geförderte, universitäre Forschungsprojekt wir2Reha widmet sich der Verbesserung des Versorgungsangebotes für Alleinerziehende in der psychosomatischen Rehabilitation. Im Rahmen dieser Studie wird in kooperierenden psychosomatischen Rehabilitationskliniken dieses spezifisch auf die Bedarfslagen und typischen Belastungen alleinerziehender Eltern abgestimmten Trainingsprogramm in das bereits bestehende, stationäre psychosomatische Rehabilitationsangebot integriert und zunächst der Zielgruppe psychosomatisch belasteter, alleinerziehender Mütter zusammen mit ihren Begleitkindern angeboten. Das im ambulanten Setting im Rahmen einer RCT-Studie (Franz et al., 2011; Weihrauch, 2014) bereits erfolgreich evaluierte, manualisierte wir2 Bindungstraining (Franz, 2014) soll im Rahmen einer sechswöchigen stationären psychosomatischen Rehabilitation (wir2Reha) im Vergleich zum psychotherapeutischen Standardangebot (TAU) eingesetzt und hinsichtlich seiner Effektivität evaluiert werden. Nach erfolgreicher Evaluation erfolgt der Transfer auch für alleinerziehende Väter.

Methoden

Konzept

Mit wir2Reha steht ein entwicklungspsychologisch fundiertes und bindungsorientiertes Angebot für psychosomatisch belastete Alleinerziehende mit Kindern im Alter von 3–10 Jahren für die stationäre psychosomatische Rehabilitation zur Verfügung. wir2Reha umfasst 20 intensive Gruppensitzungen, die im Rahmen einer sechswöchigen, stationären psychosomatischen Rehabilitation mit Alleinerziehenden durchgeführt werden. Das Programm besteht aus vier aufeinander aufbauenden Modulen: 1. Selbstbild und emotionale Selbstwahrnehmung, 2. Stärkung der elterlichen Feinfühligkeit, 3. Gesamtsituation der Familie sowie 4. Suchen und Finden neuer Lösungen im Alltag.

Begleitevaluation

Für die Evaluation und Wirksamkeitsüberprüfung dieses Behandlungsangebots im Rahmen stationärer psychosomatischer Rehabilitation wird eine kontrollierte, cluster-randomisierte Studie mit zwei Behandlungsarmen und insgesamt geplanten 192 Teilnehmerinnen (96 pro

Gruppe) in drei psychosomatischen Rehabilitationskliniken (CELENUS Klinik Schömberg, CELENUS DEKIMED Klinik Bad Elster, MEDIAN Klinik Bad Gottleuba) durchgeführt. Teilnehmen können zur psychosomatischen Rehabilitation zugewiesene alleinerziehende Mütter mit klinisch relevanter psychischer Gesamtbelastung zu Beginn der Studie (Global Severity Index GSI, gemessen mit der SCL-90-S, altersgruppenstandardisierter T-Wert ≥ 60 ; Franke, 2014) mit Begleitkindern zwischen 3 und 10 Jahren und ausreichenden deutschen Sprachkenntnissen. Ausschlusskriterien sind schwere somatische Erkrankungen (Krebs, schwere Stoffwechselerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, chronische Erkrankungen) oder psychiatrische Störungen (schwere Persönlichkeitsstörungen mit impulsiver Selbstverletzung, schwere Suchterkrankungen, Psychosen, Essstörungen, PTSD). Für beide Behandlungsgruppen erfolgt die Messung zu drei Zeitpunkten (T1: Behandlungsbeginn, T2: Behandlungsende, T3: sechs Monate nach Entlassung). Dabei steht die Fragestellung im Vordergrund, ob das Programm wir2Reha zusätzlich die allgemeine psychische Belastung (GSI der SCL-90-S; Franke, 2014) stärker reduziert als das psychotherapeutische Standardangebot allein. Hierfür sollen die mittleren Differenzen des GSI zwischen T1 und T3 beider Behandlungsgruppen verglichen (einseitiger t-Test) werden.

Ergebnisse

Im Rahmen einer Begleitevaluation ohne Kontrollgruppe in der Reha-Klinik Schömberg konnte der positive Effekt des Programms wir2 auch für das Programm wir2Reha in der stationären, psychosomatischen Rehabilitation vor Beginn der Studie bereits beobachtet werden. Die ersten Datenerhebungen im Rahmen der Studie deuten auf einen ähnlich positiven Effekt hin. Als besondere Herausforderung während der Durchführung der Studie hat sich die Identifikation und Zuweisung Alleinerziehender zu den jeweiligen Studienzentren herausgestellt. In Kooperation mit der DRV Bund, den regionalen DRVn, verschiedenen Ärztekammern, niedergelassenen Zuweiser*innen sowie privaten Trägern von Beratungsstellen und Kindertagesstätten konnte die Zuweisung stellenweise verbessert werden.

Diskussion und Fazit

Vor dem Hintergrund der bereits beschriebenen positiven Effekte einer stationären Rehabilitation (z.B. Nübing et al., 1999) stellt sich die zentrale Frage des zusätzlichen Nutzens des zielgruppenspezifischen Elterntrainings wir2Reha für die hochbelastete Gruppe der Alleinerziehenden in der stationären, psychosomatischen Rehabilitation, die zum Ende dieser Studie beantwortet werden kann. Weiterhin bedeutsam für den Transfer in weitere psychosomatische Rehakliniken nach erfolgreicher Evaluation wird zudem die Schaffung und Optimierung der Zuweisungsstrukturen sein, um das Angebot wir2Reha für Alleinerziehende in der psychosomatischen Rehabilitation zugänglich zu machen.

Literatur

- Franke, G. H. (2014). SCL-90-S. Symptom-Checklist-90-Standard. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Franz, M. (2014). wir2 Bindungstraining für Alleinerziehende. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Franz, M., Weihrauch, L., Schäfer, R. (2011). PALME: a preventive parental training program for single mothers with preschool aged children. J Public Health, 19(4): 305–319.

Nübling, R., Schmidt, J., & Wittmann, W. W. (1999). Langfristige Ergebnisse Psychosomatischer Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 343-353.

Wehrauch, L., Schäfer, R., Franz, M. (2014). Long-term efficacy of an attachment-based parental training program for single mothers and their children: a randomized controlled trial. *J Public Health*, 22(2):139–153.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Frühzeitige Intervention für den direkten Zugang zur Rehabilitation bei Entgiftung in der Akutversorgung

Sebastian Bernert¹; Sandra Fahrenkrog¹; Nina Walthart²; Fabian Weber³; Ralf Fischer³; Lena-Marie Rittmann⁴

¹ Charité - Universitätsmedizin Berlin; ² MEDIAN Klinik Tönisstein; ³ MEDIAN Kliniken Daun;

⁴ Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Hintergrund und Zielstellung

Die nahtlose Erbringung von Leistungen des suchtspezifischen Versorgungssystems wird von der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (2020) empfohlen. Hier heißt es, dass sich im Anschluss an die Entzugsphase postakute Interventionen nahtlos anschließen sollten. Die medizinische Rehabilitation stellt dabei, aufgrund ihrer multimodalen Therapieformen, eine wesentliche Therapieoption dar. Bisher kommt es allerdings nur selten zu einer nahtlosen Weiterversorgung nach einer akutstationären Entzugsbehandlung.

Ziel des Projektes ist es daher, durch eine innovative, während der Entgiftungsbehandlung im Akutkrankenhaus ansetzende Intervention durch speziell geschultes Personal die Inanspruchnahme von stationären Entwöhnungsbehandlungen zu erleichtern und zu steigern. Die Reha-Abklärung und -Einleitung soll idealerweise bereits in der akutmedizinischen Phase im Krankenhaus beginnen. Die Nutzung des kürzlich entwickelten ärztlich-psychotherapeutischen Befundberichts (Brünger et al., 2018) als alternatives, ökonomisches Antragsformular anstelle des umfangreichen Sozialberichts sowie die Beantragung der Entwöhnungsmaßnahme als Eilantrag sind ebenfalls Bestandteile des Modellvorhabens.

Die Bedeutung dieser Innovation ergibt sich aus dem Potential durch eine verstärkte Inanspruchnahme von Entwöhnungsmaßnahmen bei alkoholabhängigen Patient*innen neben der Förderung, des Erhalts und der Verbesserung der Funktionsfähigkeit einen wichtigen Beitrag zur Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Erwerbsfähigkeit zu leisten. Modellhaft soll die sektorale Trennung von Entgiftung und Entwöhnung aufgehoben werden, um so Erkenntnisse für die Übertragbarkeit und Verstetigung dieses Ansatzes zu generieren.

Methoden

Der innovative Ansatz des Modellvorhabens besteht in dem Einsatz von in Reha-Kliniken angestellten Sozialarbeiter*innen, die zur Reha-Abklärung und Reha-Motivation Patient*innengespräche im Akutkrankenhaus während der Entgiftungsmaßnahme anbieten und die Antragstellung der Entwöhnungsbehandlung und die zeitnahe Überleitung in die Reha-Einrichtung initiieren und auch nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus begleiten können. Die Beratung nutzt die Methode des Motivational Interviewing, deren Wirksamkeit als Kurzintervention bei alkoholbezogenen Störungen in zahlreichen Studien belegt wurde. Im Rahmen eines „teachable moments“ sollen Patient*innen zu einer Weiterbehandlung motiviert werden.

Zudem stehen die Sozialarbeiter*innen während des Übergangs zur weiteren Unterstützung der Patient*innen zur Verfügung, um auftretende Fragen zu klären und bei auftretenden Problemen Lösungen anzubieten.

Eingeschlossen werden Patient*innen mit einer Alkoholabhängigkeit (F10.2), die mindestens 18 Jahre alt sind und sich in einer Entzugsbehandlung befinden (kein qualifizierter Entzug). Des Weiteren müssen die Patient*innen bei einer der beteiligten Rentenversicherungen (DRV KBS, DRV Saarland, DRV Westfalen, DRV Rheinland) versichert sein und die versicherungsrechtlichen Anforderungen für eine Rehabilitationsbehandlung erfüllen.

Ergebnisse

Zahlen zur bisherigen Intervention: 55 Interventionen führten zu 51 Anträgen auf Rehabilitation, 2 davon gingen ins Widerspruchsverfahren. 26 Patient*innen konnten nahtlos in die Rehabilitation überführt werden. 22 Patient*innen kamen nach einem Übergangszeitraum in die Reha, von diesen hatten 4 Patient*innen die ursprünglich geplante Rehabilitation nicht angetreten (Gründe: Rückfälligkeit, Ängste, priv. Angelegenheit). Von diesen 4 Patient*innen haben 3 einen neu vereinbarten Termin zur Aufnahme der akutstationären Rehabilitation wahrgenommen.

Diskussion und Fazit

Insgesamt wurde die angebotene Intervention gut angenommen, dies gilt sowohl für die teilnehmenden Kliniken in denen die Entgiftungen stattfinden und in den Rehabilitationseinrichtungen, die die Patient*innen aufnehmen. Das verkürzte Antragsverfahren wird sowohl von den beteiligten Rentenversicherungsträgern als auch den beteiligten Rehabilitationskliniken gut angenommen, der fehlende Sozialbericht wird nicht als negativ wahrgenommen. Auch die teilnehmenden Patient*innen äußern sich sehr positiv zur Möglichkeit, eine begleitende Hilfe in Anspruch zu nehmen, um von der Entgiftung in eine stationäre Rehabilitation überführt zu werden. Prinzipiell lässt sich so ein Vorgehen auch bei anderen Suchterkrankungen vorstellen, das Angebot ist auch nicht durch regionale Besonderheiten eingeschränkt, sondern könnte bundesweit eingeführt werden.

Literatur

Brünger, M.; Krüger, T.; Missel, P. et al. (2018). Entwicklung und Evaluation eines ärztlich-psychotherapeutischen Befundberichts: Option für neue Zugangswege in die Suchtrehabilitation. Phys Med Rehab Kuror, 28, 32-38.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) (2020). Titel der Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html>. Zugriff am: 28.10.2021.

Smedslund, G. et al. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane Database Syst Rev.

Förderung: Bundesprogramm rehapro, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Machbarkeitsstudie zur Schließung der rehabilitativen Versorgungslücke bei Patient*innen nach erfolgter Majoramputation der unteren Extremität im Rahmen eines Innovationsfondsprojekts

Christoph Egen; Alexander Ranker; Christoph Gutenbrunner

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Pro Jahr werden in Deutschen ca. 17.000 Majoramputationen der unteren Extremität durchgeführt (Egen et al., 2021). Die akute und rehabilitative Versorgung dieser Patient*innen wird seit längerer Zeit kritisch diskutiert (Abt-Zegelin, 2011). Im Akutbereich wird eine unzureichende Patienteninformation aufgrund eines fehlenden zentralen Ansprechpartners bemängelt sowie eine häufig nicht vorhandene Spezialisierung auf Amputationen (ebd.) – letzteres kann auch bis auf wenige Ausnahme für den Bereich der Rehabilitation festgestellt werden.

Einen Zugang zur medizinischen Rehabilitation erhalten majoramputierte Personen über zwei Wege:

- 1) die direkte Verlegung aus dem Akutkrankenhaus
- 2) indirekte Verlegung, d.h., die Verlegung nach Hause oder in die Kurzzeitpflege.

Beim ersten Zugang geht die Person in der Regel ohne Interimsprouthese in die Rehabilitation und kann dort den Umgang mit der Prothese nicht erlernen, sondern muss sich selber nach der Rehabilitation eine physiotherapeutische Praxis suchen, die beispielsweise das Gangtraining durchführt. Beim zweiten Zugang kann die Interimsprouthese zu Rehabilitationsbeginn zwar fertig sein, aber in der Zwischenzeit findet in der Regel bis auf Hausarztbesuche zur Wundkontrolle keine weiteren medizinisch-therapeutische Maßnahmen statt. Dies birgt die Gefahr von Kontrakturen, fehlenden Wickelungen zur Stumpfkonsolidierung, Stumpfvolumenschankungen und Überforderung mit dem Prothesenmanagement.

Diese rehabilitative Lücke wurde in einem Innovationsfondsprojekt (Egen et al., 2020) unter anderem durch die Einführung einer ambulanten medizinisch-therapeutischen Interimsphase temporär geschlossen. Ziel dieser Phase ist es, dass der Patient mit einem belastbaren

Stumpf und einer fertigen Interimsprothese in die Rehabilitation kommt, um dort das Gehen und den Umgang mit der Prothese weiter zu lernen. Begleitet wurden die Patienten durch ein Caremanagement, das sich vom Akutkrankenhaus bis zur Langzeitversorgung um individuelle administrative und medizinische Prozesse kümmerte. Dazu gehörte neben der Wundheilung und Schmerztherapie auch ein umfassendes interdisziplinäres Assessment um die Funktionsfähigkeit zu objektivieren. Auch die häusliche Situation wurde bei Bedarf vor Ort mit den Patienten besprochen und Hinweise zur Verbesserung gegeben.

Methoden

Deskriptive Auswertung von Patienten- und Versorgungsdaten (inkl. ökonomischer Daten) innerhalb der Interimsphase zur Eruiierung des Versorgungsbedarfs, des medizinisch-therapeutischen Aufwandes und der Machbarkeit.

Einschlusskriterien waren Majoramputation an einer der unteren Gliedmaßen, vorhandene Gehfähigkeit vor der Amputation, ein Alter über 18 Jahre, ausreichende Deutschkenntnisse zum Ausfüllen des Fragebogens und das Interesse am Projekt teilzunehmen. Von der Studie ausgeschlossen wurden Patient*innen die im Ausland amputiert oder mehrfachamputiert wurden sowie Patient*innen, die unter gesetzlicher Betreuung standen.

Ergebnisse

In einem Zeitraum von 33 Monaten wurden 71 potenzielle Teilnehmer*innen von 14 Akutkrankenhäusern gemeldet. Davon konnten 39 in die Kontrollgruppe und 13 in die Interventionsgruppe eingeschlossen werden.

Von den 13 Personen waren 11 männlich und 2 weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 63 Jahren. 54% waren Oberschenkel- und 46% Unterschenkelamputiert. Die Gründe für die Amputation waren bei 62% eine Gefäßerkrankungen, bei 23% Infektionen, Trauma oder Diabetes und bei 15% eine onkologische Erkrankung.

Durchschnittlich erhielten die Patienten 59 Therapieeinheiten verteilt über durchschnittlich 5 Wochen in denen sie 2-3 pro Woche für 3-5 Stunden in die Hochschulambulanz kamen. Am häufigsten wurde Manuelle Therapie verordnet, dicht gefolgt von ergotherapeutischen Maßnahmen.

Diskussion und Fazit

Es zeigte sich ein sehr hoher Therapiebedarf. Die Interimsphase kann in Hochschulambulanzen über Heilmittelverordnungen realisiert werden und bei einer geringfügigen Verlängerung der Dauer auch eine stationäre oder ganztagsambulante Rehabilitation ersetzen. Die Kosten pro Tag beliefen sich auf durchschnittlich 130 € zzgl. 72 € für den Transport. Bei einer Verlängerung des Therapiezeitraum um 2 Wochen, beliefen sich die Gesamtkosten als Alternative zur klassischen med. Rehabilitation auf insgesamt 4.242 €. Der Transport und die häusliche Umgebung stellen allerdings die größten Barrieren für diese Versorgungsform dar. Der Anteil derjenigen, die davon profitieren, ist folglich gering. Ganztagsambulante Einrichtungen könnten diese Versorgungsform im Sinne einer individualisierten Rehabilitation großflächiger anbieten, es bedarf hierfür allerdings einer ausreichenden Finanzierung und ggf. einer Änderung der Qualitätsrichtlinien. Ein standardisiertes Versorgungs- und Qualitätsmanagement bietet auf den Versorgungsbedarf dieser Patientengruppe derzeit keine adäquate Antwort – und kann in den meisten Fällen

aufgrund einer nicht vorhandenen Rehabilitationsfähigkeit auch nicht vom Kostenträger genehmigt werden.

Eine Alternative zur hier dargestellten Interimsphase wäre die Etablierung einer Phase C für diese Patientenklientel, ähnlich dem Konzept, das gegenwärtig für Trauma-Patient*innen diskutiert wird (Hoffmann, 2020).

Literatur

- Abt-Zegelin, A. (2011). Chronik einer Amputation – eine Patientin „fällt durch die Maschen“. In: Die Schwester – Der Pfleger, 50 (1), 34-37.
- Egen, C.; Ranker, A.; Höpner, K.; Sturm, C.; Gutenbrunner, C.; Fink, M.; Banaschak, H.; Lemke, S.; Bethge, M.; Schiller, J. (2020). Versorgungskonzept zur Schließung der rehabilitativen Lücke nach Majoramputation der unteren Extremität. Praxisbericht aus einem Innovationsfondsprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses. RP Reha, 3, 27-37.
- Hoffmann, S. (2020). Entlassen in den Stillstand. Unfallchirurgen schlagen Alarm: Dank der Hochleistungsmedizin überleben immer mehr Schwerverletzte. Ein Großteil fällt nach der Akutbehandlung aber in ein Reha-Loch. Wie lässt sich das lösen? Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung; 27: 17.

Förderung: G-BA Innovationsfonds

Maßgeschneiderte Psychopharmakotherapie durch Therapeutisches Drug Monitoring und Genetische Tests

Andreas Menke
Medical Park SE

Hintergrund und Zielstellung

Depression ist mit einer Prävalenz von bis zu 20% eine Volkskrankheit und hat gerade in der Corona-Pandemie eine neue Relevanz bekommen. Die leitliniengerechte Therapie mit Antidepressiva ist wirksam, allerdings respondieren weniger als 50% der Patienten bei dem ersten verschriebenen Antidepressivum. In mehr als 25% der Patienten kommt es zu unerwünschten Wirkungen. Derzeit werden Antidepressiva alleine aus klinischen Gesichtspunkten ausgewählt. Biomarker, die neuronale Vorgänge abbilden und ein therapeutisches Ansprechen vorhersagen fehlen weitgehend. Allerdings konnten einige Studien in den letzten Jahren Zusammenhänge von Response und Medikament mit den darunterliegenden biologischen Mechanismen aufzeigen.

Methoden

Für eine personalisierte, individuelle Medizin können derzeit zwei Verfahren eingesetzt werden: Therapeutisches Drug Monitoring (TDM) zur Bestimmung der Plasmakonzentration eines Antidepressivums und Genetische Tests zur Prädiktion des zu erwartenden Metabolismus eines Antidepressivums.

Ergebnisse

Typische Indikationen zum Einsatz von TDM sind unsichere Einnahme, fehlendes Ansprechen, pharmakokinetische Medikamenten-Interaktionen und eingeschränkte Verträglichkeit. Gerade für vulnerable Patientengruppen wie Ältere oder Schwangere erhöht TDM die Sicherheit. Die Pharmakogenetik beschreibt wie genetische Varianten den Medikamentenmetabolismus verändern. Besonders für genetische Varianten der CYP450 Enzyme CYP2C19 und CYP2D6 ist die Datenlage eindeutig und wird auch von den entsprechenden Fachgesellschaften wie Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) oder Pharmacogenomics Knowledgebase (PharmGKB) empfohlen. Mittlerweile gibt es auch eine Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO), die eine Testung auf CYP2C19 und CYP2D6 Varianten für trizyklische Antidepressiva empfiehlt. Mehrere kommerziell erhältliche Tests ermöglichen nun die Untersuchung dieser Varianten.

Diskussion und Fazit

TDM ist bereits lange etabliert, Kooperationen mit Laboren sind gut herstellbar und Patienten begrüßen eine messbare Pharmakotherapie. Die genetischen Tests werden bislang nur von einigen privaten Krankenkassen übernommen oder auf Selbstzahlerbasis abgerechnet, aber auch hier steigt die Akzeptanz auf Patientenseite. Schließlich wird der Beitrag noch einen Ausblick auf die kommende Entwicklung der Individualisierung der psychopharmakologischen Medikation geben.

Literatur

- Bousman, C. A. and M. Hopwood (2016). Commercial pharmacogenetic-based decision-support tools in psychiatry." *Lancet Psychiatry* 3(6): 585-590.
- Hiemke, C., N.; Bergemann, H. W.; Clement, A.; Conca, J.; Deckert, K.; Domschke, G.; Eckermann, K.; Egberts, M.; Gerlach, C.; Greiner, G.; Grunder, E.; Haen, U.; Havemann-Reinecke, G.; Hefner, R.; Helmer, G.; Janssen, E.; Jaquenoud, G.; Laux, T.; Messer, R.; Mossner, M. J.; Muller, M.; Paulzen, B.; Pfuhlmann, P.; Riederer, A.; Saria, B.; Schoppek, G.; Schoretsanitis, M.; Schwarz, M. S.; Gracia, B.; Stegmann, W.; Steimer, J. C.; Stingl, M.; Uhr, S.; Ulrich, S.; Unterecker, R.; Waschgl, G.; Zernig, G.; Zurek and P. Baumann (2018). Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017. *Pharmacopsychiatry* 51(1-02): 9-62.
- Menke, A., H. Weber and J. Deckert (2019). Roadmap for Routine Pharmacogenetic Testing in a Psychiatric University Hospital." *Pharmacopsychiatry*.

Meine Arbeitsbezogene Reha-Nachsorge (marena) – Konzept und Umsetzung einer Online-Nachsorge zur Rückkehr an den Arbeitsplatz

Adina Kreis; Anna Mayer; Manfred Beutel; Rüdiger Zwerenz

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Mainz

Hintergrund und Zielstellung

Nach dem Aufenthalt in einer Rehaklinik steht für Rehabilitand*innen der Übergang in den privaten Alltag und das Arbeitsleben an. In der Praxis ergeben sich jedoch häufig Schwierigkeiten beim Transfer der in der stationären medizinischen Rehabilitation erarbeiteten Veränderungsmöglichkeiten und Handlungspläne in Alltag und Beruf (Bethge, 2017). Dies gilt insbesondere für Rehabilitand*innen, die aufgrund ihrer arbeitsbezogenen Problemlagen eine komplexere Planung für ihre berufliche Rückkehr benötigen.

Etablierte Nachsorgeprogramme sind überwiegend auf die Behandlung körperlicher Einschränkungen ausgerichtet (Schulz-Behrendt et al., 2017). Spezifische Problemlagen, wie unveränderte oder problemhafte Strukturen im persönlichen Umfeld oder am Arbeitsplatz, weisen jedoch auf einen Bedarf an sozialer, emotionaler und persönlicher Unterstützung (Schulz-Behrendt et al., 2017) sowie Zielorientierung (Klaus et al., 2018) hin.

Das spezifische Nachsorgeangebot GSA-Online plus (Gesund und Stressfrei am Arbeitsplatz), eine psychotherapeutisch orientierte Online-Schreibintervention, welche sich an beruflich belastete Rehabilitand*innen richtet, erwies sich hinsichtlich beruflicher und gesundheitlicher Zielkriterien als wirksam (Zwerenz et al., 2017). Im Rahmen der hier vorgestellten Studie (Förderung der DRV-Bund, Förderkennzeichen: AZ 8011-106-31/31.134) wird ergänzend zu GSA-Online plus ein niedrigschwelliges online- und App-basiertes Tool zur individualisierten Return to Work (RTW)-Planung entwickelt und evaluiert. Ziel ist die Verbesserung von RTW im Anschluss an die stationäre medizinische Rehabilitation.

Methoden

Im Rahmen der ersten, bereits abgeschlossenen Entwicklungsphase des Projektes stand die Erarbeitung und Definition von Anforderungen an die RTW-App im Fokus. Mittels strukturierter Interviews (N = 11) wurden zu Projektbeginn Expert*innen aus Wissenschaft und Sozialarbeit sowie Repräsentant*innen der Kostenträger und kooperierenden Rehabilitationseinrichtungen zu Bedarf und Nutzungskontext befragt. In gemeinsamer Zusammenarbeit wurden Nutzungsanforderungen erarbeitet. Im Anschluss wurde mit der Eigenentwicklung der App begonnen. Die entwickelten Funktionalitäten und abrufbaren Inhalte wurden mittels Feedback-Schleifen durch die Rückmeldung der Expert*innen angepasst.

Nach der Pilotierung der App mit Rehabilitand*innen erfolgt in der zweiten Projektphase die Evaluation der App in einer randomisiert kontrollierten Studie. Es wird eine Gesamtstichprobe von N = 400 Rehabilitand*innen aus vier Kooperationskliniken für die Studienteilnahme erwartet. Dabei werden die Studienteilnehmenden im Verhältnis 3:1 entweder der Interventionsgruppe oder der Kontrollbedingung zugewiesen. Innerhalb der Interventionsgruppe werden, entsprechend der in der ersten Projektphase entwickelten

Indikationskriterien, die im Projekt entwickelte marena-App (Meine Arbeitsbezogene Reha-Nachsorge), GSA Online plus oder eine Kombination der beiden Anwendungen angeboten.

Ergebnisse

Im Rahmen des Projektes wurde die App marena entwickelt, deren Funktionen und Inhalte die Rückkehr an den Arbeitsplatz im Anschluss an die stationäre Rehabilitation unterstützen sollen. Eine Aufgabenplanungsfunktion mit vorgefertigten Aufgabenlisten soll die Planung und Strukturierung von wahrgenommenen Rehabilitationsmaßnahmen und Alltagsaufgaben unterstützen. In einem Informationsbereich werden häufige Fragen zu RTW-bezogenen Maßnahmen wie z.B. den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantwortet. Im Strategiebereich werden aus der Rehabilitation bekannten Strategien, wie z.B. zur Achtsamkeit aufgegriffen und die Durchführung von in der App hinterlegten Übungen angeregt. Im Kontaktbereich der App können die Daten von wichtigen privaten und professionellen Ansprechpartner*innen hinterlegt werden. Eine Monitoring-Funktion fragt den psychischen und physischen Belastungszustand sowie die berufliche Belastung der Rehabilitand*innen ab, verweist bei Problemen auf die Inhalte der Anwendung und regt zur Kontaktaufnahme mit den Ansprechpartner*innen an.

Diskussion und Fazit

Es wird erwartet, dass die berufliche Teilhabe im Anschluss an die stationäre Rehabilitation durch die Nutzung der internetbasierten Nachsorge marena verbessert wird. Dies wird in einer randomisiert kontrollierten Studie überprüft. Durch die Kombination von marena und GSA-Online plus soll am Ende des Projekts ein abgestuftes Angebot vorliegen, welches auf der Grundlage unterschiedlicher Bedarfslagen die Rückkehr an den Arbeitsplatz unterstützt. Der partizipative Entwicklungsprozess in enger Abstimmung mit relevanten Akteur*innen aus beteiligten Rehabilitationseinrichtungen könnte sich zudem positiv auf eine spätere Implementierung in die Versorgungsstruktur auswirken.

Literatur

- Bethge, M. (2017). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 56 (1). 14–21.
- Klaus, S.; Meschnig, A.; Kardorff, E. v. (2018). Verlaufskarrieren und biografische Konstellationen beruflicher Rehabilitanden und deren Einflüsse auf Rückkehr und nachhaltigen Verbleib in Arbeit. *Die Rehabilitation* 57 (3). 165–174.
- 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. *Die Rehabilitation*, 56 (3). 181–188.
- Zwerenz, R.; Becker, J.; Gerzymisch, K.; Siepmann, M.; Holme, M.; Kiwus, U. et al. (2017): Evaluation of a transdiagnostic psychodynamic online intervention to support return to work: A randomized controlled trial. *PloS one* 12 (5).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung

PREZO - Partizipative Reha-Ziele Online: Erste Daten

Susanne Dibbelt¹; Edith Wulfert¹; Bernhard Greitemann²

¹ Institut für Rehabilitationsforschung Norderney; ² Klinik Münsterland der DRV Westfalen

Hintergrund und Zielstellung

Reha-Ziele mit Rehabilitanden auszuhandeln und zu vereinbaren, kostet Zeit, die aber wegen knapper Personalressourcen oft nicht zur Verfügung steht.

Im Rahmen des Projektes PREZO können Rehabilitanden mittels passwortgeschützter Online-Abfragen ihre Reha-Ziele vor dem stationären Klinikaufenthalt definieren und nach dem Aufenthalt nachverfolgen. Gleichzeitig werden Daten zur Anamnese und zur Prozess- und Ergebnis-Evaluation der Maßnahme online erfragt.

Methoden

Fragen zur Anamnese und Krankengeschichte wurden digitalisiert und mit Fragen zu Reha-Zielen in den folgenden Bereichen verknüpft: Teilhabe, Bewegung (Funktion, Mobilität), physische und psychische Gesundheit, berufliche Situation sowie Informationen zu Krankheit und anderen Aspekten. Die Angaben zu den Reha-Zielen fließen in ein Dokument Reha-Ziele PREZO in der elektronischen Patientenakte ein. Dort können die Behandler die Reha-Ziele bearbeiten und bilanzieren, (geänderte) Ist- und Sollwerte sowie weitere Ziele eingeben. Im Einzelnen umfasst die Zielbearbeitung nach PREZO die folgenden Schritte:

- Rehabilitand*innen, angemeldet zu einem orthopädischen Heilverfahren, bearbeiten vor der Reha eine Online-Abfrage zur Anamnese und zu ihren Reha-Zielen auf einem Online-Portal
- Die Angaben fließen in ein Online-Dokument Reha-Ziele PREZO sowie einen digitalen Bogen zur Anamnese
- Beides steht den Behandler*innen (Ärzt*innen) bei Aufnahme zur Verfügung
- Bei Aufnahme werden die Angaben des Rehabilitanden zu seinen Reha-Zielen besprochen und ggf. angepasst (z. B., wenn sie unrealistisch sind)
- Ca. 10 Tage nach Aufnahme und am Ende der Reha werden die vereinbarten Reha-Ziele bilanziert
- Bei Entlassung werden Ziele nach Reha mit dem Arzt vereinbart und auf Reha-Ziele Prezo dokumentiert
- Die Teilnehmenden bilanzieren die vereinbarten Ziele nach Reha dreimal (einen Monat, drei und sechs Monate) nach Entlassung in Online-Abfrage.

Mit der Terminmitteilung für das Heilverfahren werden Rehabilitand*innen über die Möglichkeit informiert, Fragebögen zur Vorbereitung ihrer Reha entweder auf Papier oder Online zu bearbeiten. Wählen Sie die Onlinebearbeitung, müssen sie sich schriftlich und auf dem Postweg mit der Teilnahme an der Studie und mit der externen Erfassung und Verarbeitung ihrer Daten einverstanden erklären. Erst dann erhalten sie die Zugangsdaten zur Onlinebefragung.

Bei Registrierung auf der PREZO-Plattform werden die Teilnehmer zufällig der Studien- oder der Kontrollgruppe zugewiesen. Die Studiengruppe erhält die elaborierte Zielbearbeitung nach PREZO, während die Kontrollgruppe in Bezug auf die Reha-Ziele die übliche Praxis durchläuft. Beide Gruppen bearbeiten Fragebögen zur Anamnese und einschlägige Instrumente zur Evaluation der Maßnahme (wie SF36, IRES, u.a.). Behandler*innen und Rehabilitanden bewerten außerdem die Intervention hinsichtlich der Praktikabilität, des Einbezugs der Rehabilitanden und des Zeitaufwands.

Ergebnisse

Das Projekt PREZO wird seit August 2021 an der Klinik Münsterland der DRV Westfalen durchgeführt. Im Beitrag werden erste Daten zur Population der Teilnehmenden, zur Akzeptanz der Onlinebefragung und zum Umsetzungsgrad der Zielbearbeitung nach PREZO bis zur Entlassung einschließlich berichtet. Nach heutigem Stand liegt die Teilnehmerquote bei 15% der angeschriebenen Personen. 25% der Teilnehmer sind weiblich. Das mittlere Alter der Teilnehmer liegt bei 52 Jahren, wobei die jüngste Person 29 Jahre und die älteste Person 62 Jahre alt waren. Der Umsetzungsgrad der Zielbearbeitung von Rehabilitandenseite ist als gut, von Behandlerseite als zufriedenstellend zu bewerten.

Diskussion und Fazit

Einschränkende Faktoren ergeben sich aus der Durchführung der Maßnahme im Rahmen eines Forschungsprojektes: Die Sicherstellung der Freiwilligkeit, Erfordernisse des Datenschutzes und der Studienethik machen den Zugang für potentielle Teilnehmende vergleichsweise komplex. Bereits jetzt zeichnet sich, dass alle Teilnehmer erfahren im Umgang mit Onlinemedien sind. Zumindest in dieser Gruppe von Rehabilitanden könnte die PREZO-Intervention dazu beitragen, das Dilemma zwischen optimierter Umsetzung der Reha-Ziel-Arbeit mit Patientenbeteiligung einerseits und knappen Personalressourcen andererseits zu lösen.

Literatur

- 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 (Eingereicht für: 29. Reha-Kolloquium 2020, Prävention und Rehabilitation - der Betrieb als Partner, 2.- 4.März 2020 in Hannover).
- Ullrich, A.; Mittag, O.; Garbrecht, M.; Dibbelt, S.; Glattacker, M. (2015). Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation (ParZivar II): Evaluation einer Intervention bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Die Rehabilitation*, 54, 317-324.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung Norderney

Prognostische Wertigkeit von Alertness und FSMC für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung bei MS

*Sina Marchione¹; Christian Dettmers¹; Annette Weimer-Jäkel¹; Ben Godde²;
Michael Jöbges¹*

¹ Kliniken Schmieder Konstanz; ² Jacobs University Bremen

Hintergrund und Zielstellung

Fatigue ist ein vielschichtiges Symptom bei Menschen mit Multipler Sklerose (PwMS). Diese Beeinträchtigung kann die berufliche Leistungsfähigkeit in Hinblick auf den Umfang der Arbeitszeit und Art der Tätigkeit der Betroffenen erheblich einschränken (Calabrese, 2018). Fatigue stellt eine große Herausforderung für die sozialmedizinische Leistungseinschätzung dar. Mittlerweile hat es sich durchgesetzt, zwischen zwei Phänomenen zu differenzieren: Fatigue als die subjektive Empfindung von Erschöpfung und Fatigability als die objektiv messbare Leistungsveränderung (Kluger et al., 2013). Ziel dieser Studie war herauszufinden, ob die Fatigue Skala für Motorik und Kognition (FSMC (Penner et al., 2009) als Maß für subjektiv wahrgenommene Fatigue oder die tonische Alertness-Messung (TAP-M (Zimmermann & Fimm, 2017)) als Marker für die kognitive Fatigability der stärkere Prädiktor für den Erwerbsstatus sechs Monate nach Entlassung aus der Rehabilitation ist.

Methoden

Zur Untersuchung dieser Fragestellung nahmen 64 PwMS teil (mittleres Alter 48,9, 43 Frauen, Durchschnittsdauer der Erkrankung 14,7 Jahre, mittlere Expanded Disability Status Scale (EDSS) 3,8; schubförmig 67 %, sekundär progredient 16%, primär progredient 17%), die in Kostenträgerschaft der deutschen Rentenversicherung in den Kliniken Schmieder Konstanz rehabilitiert wurden. Diese Patienten gaben starke Fatigue an, und ließen bezüglich ihres beruflichen Leistungsfähigkeiten Unsicherheiten erkennen entweder durch ihr subjektives Erleben oder durch entsprechende ärztliche oder neuropsychologische Einschätzung. Im Rahmen eines kognitiven Belastungstages der Berufstherapie wurden die Teilnehmer über mehrere Stunden ausführlich getestet. Um das subjektive Empfinden (Fatigue) zu ermitteln, wurde der Fragebogen für Motorik und Kognition (FSMC) eingesetzt. Die objektive Messung wurde auf der Basis der Reaktionszeitleistung mittels der Alertness-Testung (TAP-M) um 8 Uhr, 11 Uhr und 14 Uhr durchgeführt. Um Ermüdbarkeit zu erzeugen, arbeiteten die Patienten morgens sowie nach dem Mittagessen an einer standardisierten Testbatterie. Der berufliche Status 6 Monate nach Entlassung wurde durch ein standardisiertes Telefoninterview erfasst und mit der sozialmedizinischen Leistungseinschätzung verglichen.

Ergebnisse

Der durchschnittliche Wert der kognitiven Fatigue (FSMC) betrug $38,9 \pm 7,4$ und die durchschnittliche motorische Erschöpfung $41,0 \pm 5,6$, was auf eine schwere kognitive und motorische Fatigue hindeutet. 11 von 14 der Vollzeitbeschäftigten gaben an, unter einer

schweren Fatigue gemäß FSMC zu leiden. Die Grundmessung vor der Belastung (Alertness1; $\beta = -0,985$; $p = 0,003$) bewährte sich ähnlich wie in der Erststudie (3 Monate nach Entlassung) als stärkster Prädiktor für den Erwerbsstatus (6 Monate nach Entlassung) (Dettmers et al., 2021). Der Rückgang der Alertness vom Morgen zum Mittag (Alertnessdifferenz21; $\beta = -0,590$; $p = 0,033$) und vom Mittag zum Nachmittag (Alertnessdifferenz32; $\beta = -0,709$; $p = 0,020$) erwiesen sich beide als signifikante Prädiktoren. Eine Verringerung der Alertness (Erhöhung der Reaktionszeit) um 1 SD auf der Alertnessskala erhöht die Wahrscheinlichkeit, nicht in Vollzeit tätig zu sein, um den Faktor 2,67; um den Faktor 1,80, wenn die Ermüdung Morgen zu Mittag um 1 SD erhöht ist; und um 2,03, wenn die Ermüdung von Mittag zu Abend um 1 SD erhöht ist. 84% der sozialmedizinischen Prognosen, wie sie im Entlassungsbrief festgehalten wurden, gingen 6 Monate nach Entlassung in Erfüllung.

Diskussion und Fazit

Zu beiden Erhebungszeitpunkten (3 und 6 Monate nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik) zeigt der FSMC einen geringen Aussagewert für die sozialmedizinische Leistungseinschätzung bzw. keinen prognostischen Wert für den Erwerbsstatus. Die Grundmessung am Morgen erweist sich als stärkster Prädiktor und liefert bereits einen hohen Informationsgehalt. Die objektive Performance Messung (tonische Alertness) ist der bessere Prädiktor für den Erwerbsstatus als das subjektive Ermüdungsempfinden gemäß FSMC.

Literatur

- Calabrese, M. P., M. (2018). Cognition and fatigue in Multiple Sclerosis. In: DeLuca JS, BM, editor. Cognition and behavior in Multiple Sclerosis. Washington, DC: American Psychological Association, 127–48.
- Dettmers, C.; Marchione, S.; Weimer-Jaekel, A., Godde, B.; Joebges, M. (2021). Cognitive Fatigability, not Fatigue predicts employment status in patients with MS three months after rehabilitation. *Mult Scler Relat Disord*; 56: 103215.
- Kluger, B. M.; Krupp, L. B.; Enoka, R. M. (2013) Fatigue and fatigability in neurologic illnesses: proposal for a unified taxonomy. *Neurology*; 80(4): 409–16.
- Penner, I. K.; Raselli, C.; Stocklin, M.; Opwis, K.; Kappos, L.; Calabrese, P. (2009). The Fatigue Scale for Motor and Cognitive Functions (FSMC): validation of a new instrument to assess multiple sclerosis-related fatigue. *Mult Scler*; 15(12): 1509-17.
- Zimmermann, P.; Fimm, B. (2017). TAP-M Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung Version 2.3.1. 2017: Vera Fimm, Psychologische Testsysteme.

Strukturanalytische Prüfung eines Modells zum Vorhersagewert von Förderfaktoren und Barrieren für die Medikamentenadhärenz von kardiometabolisch erkrankten Personen

Katharina Quaschning¹; Mirjam Körner¹; Markus Antonius Wirtz²

¹ Albert Ludwigs Universität Freiburg; ² Pädagogische Hochschule Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2003) nehmen lediglich rund 50% aller Menschen mit kardiometabolischen Erkrankungen (Hypertonie, Diabetes mellitus, Dyslipidämien) ihre Langzeitmedikation regelmäßig und korrekt ein. Als mögliche Ursachen für eine mangelnde Medikamentenadhärenz werden von der WHO soziale und ökonomische, systembedingte, krankheitsbedingte, therapiebedingte und patientenbedingte Faktoren genannt. Es wird davon ausgegangen, dass mit einer Steigerung der Medikamentenadhärenz eine Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität sowie eine ökonomisch bedeutsame Reduktion der Kosten im deutschen Gesundheitswesen erzielt werden kann.

In Abgrenzung zum eher paternalistisch geprägten Begriff Compliance wird nach einer Definition der WHO unter Adhärenz "the extent to which a person's behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider" verstanden und bezieht die Verantwortung des Arztes für den Aufbau einer guten Arzt-Patient-Beziehung (APB) sowie die aktive Beteiligung der Patienten ausdrücklich mit ein. Eine gute APB gilt als bedeutsamer Prädiktor für eine angemessene Medikamentenadhärenz der Patienten (u.a. WHO, 2003; Quaschning, Körner, 2021). Es wird angenommen, dass auf der Grundlage des gegenseitigen Austausches von Informationen zwischen Arzt und Patient als gleichberechtigte Partner („Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF)“) eine höhere Medikamentenadhärenz erzielt werden kann. Bisherige Studienergebnisse zum Einfluss von PEF auf die Medikamentenadhärenz von Menschen mit kardiometabolischen Erkrankungen sind widersprüchlich (Kashaf et al., 2017).

Es handelt sich bei der Medikamentenadhärenz um ein komplexes und dynamisches System vielfältiger und miteinander verwobener Einflussfaktoren, die sich förderlich oder hinderlich auf das Erleben und Verhalten von chronisch kranken Menschen auswirken können. Es existierte bislang keine explizite Modellvorstellung darüber, wie Prädiktoren, Mediatoren und Zielgrößen miteinander in Zusammenhang stehen. Die Ziele dieser Studie waren daher (1) die strukturanalytische Überprüfung eines theoriebasierten Modells zur Erfassung von Wirkbeziehungen der Konstrukte sowie (2) die Identifikation mediiender Effekte von Konstrukten, die Barrieren der Medikamentenadhärenz abbilden. Das primäre Ziel dieser Arbeit war es daher, auf der Grundlage des Theoriemodells der WHO und empirisch fundierten Erkenntnissen (u.a. Quaschning, Körner, 2021) ein theoriebasiertes mehrdimensionales Modell zu entwickeln und auf seine Passung mittels empirischer Daten von Personen mit kardiometabolischen Erkrankungen zu prüfen.

Methoden

Das postulierte Modell wurde im Rahmen des Projekts „Steigerung der Medikamentenadhärenz zur Verbesserung der Patientensicherheit in der kardiologischen Rehabilitation (PaSiMed)“ mittels einer querschnittlichen Online-Befragung (Software „Unipark“) an einer Stichprobe von 225 Personen mit kardiometabolischen Erkrankungen strukturanalytisch überprüft. Aufgrund der Corona-Pandemie fand die Rekrutierung der Teilnehmenden nicht in einer kardiologischen Rehabilitationsklinik, sondern über die Selbsthilfeorganisation „SEKiS - Baden-Württemberg“ in den interessierenden Indikationsgebieten statt. Zur Messung der genannten Konstrukte wurde die revidierte Fassung des „Freiburger Fragebogens zur Medikamentenadhärenz (FF-MedAd-R)“ (Quaschnig, Körner, Wirtz, submitted) verwendet.

Ergebnisse

Die Analysen zeigen, dass die Dateninformation des Variablengefüges durch ein Strukturgleichungsmodell angemessen modelliert werden kann. Für alle lokalen und globalen Maße konnten Werte einer guten bzw. akzeptablen Modellpassung erzielt werden (Tabelle 1). Alle Faktoren, die Förderfaktoren der Medikamentenadhärenz abbilden, wurden als Dimensionen eines übergeordneten Konstrukts „Arzt-Patient-Beziehung (APB)“ modelliert und konnten durch „APB“ mit einem hohen Anteil an Varianz aufgeklärt werden (62-94%). Das Konstrukt „APB“ erwies sich als unabhängiger Prädiktor für das Globalitem zu Förderfaktoren der Medikamentenadhärenz („MedAd +“), hatte aber keinen Vorhersagewert für das Globalitem zu Barrieren der Medikamentenadhärenz („MedAd-“). Alle Pfade von „APB“ zu den Konstrukten, die Barrieren der Medikamentenadhärenz abbilden, waren signifikant und zeigten einen negativen Effekt. Für das Globalitem zu PEF zeigte sich nur für die Konstrukte „Vorbehalte“, „Angst vor Nebenwirkungen“ und „Verunsicherung“ ein positiver Effekt. Während für das Konstrukt "Sorgloser Umgang" eine vollständige Mediation für „MedAd-“ gezeigt werden konnte, lag für das Konstrukt "Vorbehalte" eine partielle Mediation für „MedAd+“ vor. Die Varianz der Globalitems zu Förderfaktoren bzw. Barrieren der Medikamentenadhärenz konnte zu 20% bzw. 12% aufgeklärt werden. Abbildung 1 zeigt das Vorhersagemodell mit den resultierenden Parameterschätzungen der standardisierten Lösung und Angaben zur erklärten Varianz.

Tab. 1: Maße der globalen Modellpassung für alle Strukturgleichungsmodelle

	χ^2	d.f.	p	$\chi^2/d.f.$	TLI	CFI	RMSEA
<i>Schwelle für</i>							
<i>akzeptable Passung</i>			<.05	≤ 2.5	≥ .90	≥ .90	≤ .08
<i>gute Passung</i>				≤ 2.0	≥ .95	≥ .95	≤ .05
Originalmodell	6884.45	3524	.000	1.95	.63	.64	.07
Modifiziertes Modell	973.95	589	.000	1.65	.91	.92	.05
Vorhersagemodell (s. Abb. 1)	1108.92	692	.000	1.60	.91	.92	.05

Anmerkung: TLI = Tucker-Lewis Index; CFI = Comparative Fit Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation

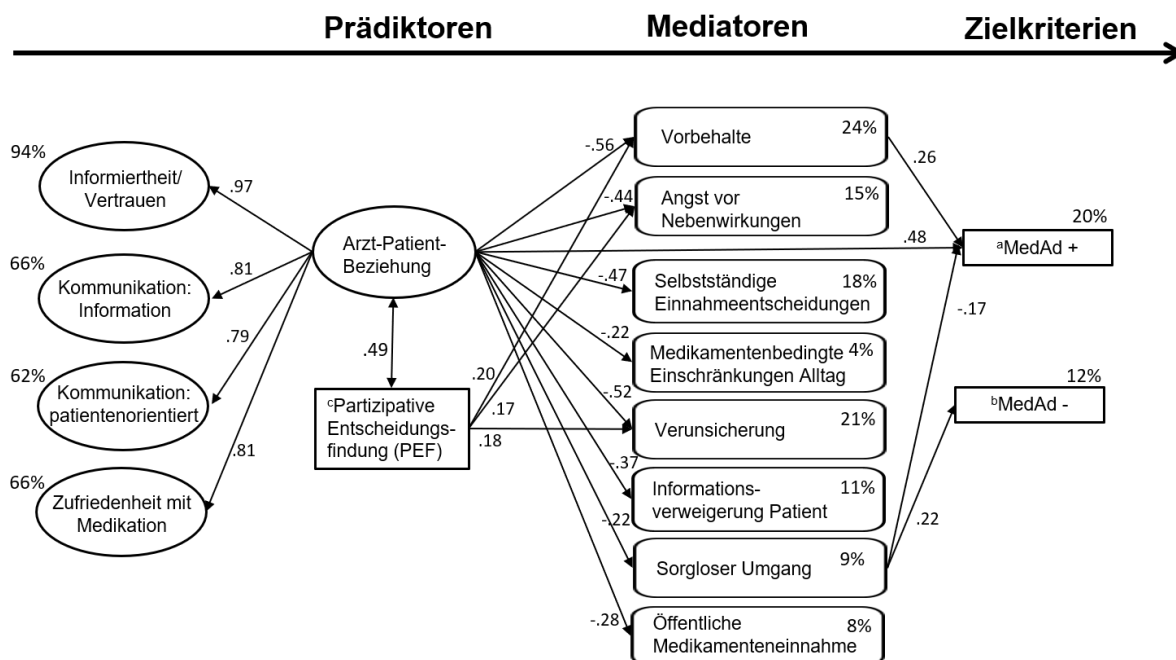


Abb. 1: Vorhersagemodell mit den resultierenden Parameterschätzungen der standardisierten Lösung und Angaben zur erklärten Varianz

Diskussion und Fazit

Die gewonnenen Ergebnisse können einen Beitrag dazu leisten, Zusammenhänge zwischen verschiedenen Determinanten der Medikamentenadhärenz besser zu verstehen, um darüber zielgerichtete Interventionsmöglichkeiten zur Steigerung der Medikamentenadhärenz für den medizinischen Versorgungsalltag ableiten zu können. Im Rahmen zukünftiger Interventionsstudien sollten die gefundenen Ergebnisse durch differenzierte Analysen von Detailbeziehungen abgesichert werden.

Literatur

- Kashaf, M. S.; McGill, E. T.; Berger, Z. D. (2017). Shared decision-making and out-comes in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Patient education and counseling* 100 (12):2159–2171.
- Quaschnig, K.; Körner, M. (2021). Förderfaktoren und Barrieren der Medikamentenadhärenz von Rehabilitanden mit kardiologischen Erkrankungen – Eine qualitative Befragung. *Die Rehabilitation* 60(1):37–44.
- Quaschnig, K.; Körner, M.; Wirtz, M.A. (submitted). Analyzing the effects of barriers to and facilitators of medication adherence among patients with cardiometabolic diseases using a structural equation modeling approach.
- World Health Organization (WHO) (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>.

Symptom-Event-Attribution in der Diagnostik von ICD-11 Anpassungsstörung

Alexa Kupferschmitt¹; Sascha Müller²; Leon Wendt²; Volker Köllner¹

¹ Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund; ² Universität Kassel

Hintergrund und Zielstellung

Im Zuge der ICD-11 Revision (WHO, 2018) wurde die Kategorie der Stress-Folge-Störungen eingeführt und die Anpassungsstörung (AD) mit den Kernkriterien Präokkupation und Fehlanpassung neu definiert. Im Selbstbeurteilungsfragebogen Adjustment Disorder - New Module 20 (ADNM-20 (Bachem et al., 2017)) berichten Patienten über ereignisbezogene psychische Belastungen. Dies setzt voraus, dass Patienten in der Lage sind, die Kausalität ihrer Symptomatik zuverlässig einem Auslöser zuzuschreiben. Diese Symptom-Event-Attribution kann als Herausstellungsmerkmal der Messung von AD ggü. ereignisunabhängigen psychischen Störungen (z.B. Depression) verstanden werden. Der ADNM-20 umfasst neben der Symptomliste eine Liste mit belastenden Ereignissen, aus der das am meisten belastende Ereignis ausgewählt und als Anker für die Bewertung der AD-Symptomschwere verwendet werden soll. Der Fokus der vorliegenden Untersuchung lag auf der psychometrischen Überprüfung der Symptom-Event-Attribution im Rahmen von AD Messungen.

Methoden

Datenbasis bildeten die ADNM-20, CIDI-AD (Perkonigg et al., 2015) und HEALTH-49 (Rabung et al., 2009) Daten von N = 2063 psychosomatischen stationären Patienten. Zur Prüfung der Reliabilität der Event-Listen der AD-Maße wurde die Übereinstimmung der Patientenangaben hinsichtlich des im ADNM-20 und im CIDI-AD am meisten belastende Ereignis herangezogen. Im Rahmen einer innovativen Modellierungsform kam das Bifactor S-1 Modell (Eid, 2020) zur Prüfung des inkrementellen Informationswerts der Symptom-Event-Attribution zur Anwendung. Für die Schätzung der inkrementellen Kovarianz über die ereignisunabhängige Symptomberichterstattung (HEALTH-49) hinaus wurde die Varianz der Skalen des ADNM-20 in einen überlappenden Teil, der sich mit der ereignisunabhängigen Symptomberichterstattung überschneidet, und einen nicht überlappenden Teil der ereignisbezogenen Symptomberichterstattung getrennt. Wenn die Symptom-Event-Attribution inkrementellen Informationswert über auf ein Ereignis bezogene psychische Symptomatik hinaus besitzt, sollten die Skalen des ADNM-20 auch nach Kontrolle für ereignisunabhängige Symptomberichterstattung noch positiv miteinander korreliert sein.

Ergebnisse

Von den 373 Patienten gaben nur 49 % übereinstimmende Antworten in Bezug auf das belastendste Ereignis. Das Bifaktor S-1-Modell bot eine akzeptable Passung, skaliert $\chi^2(1829.97) = 3031.18$, CFI = .90, RMSEA = .03, SRMR = .04. Die durchschnittliche latente Korrelation zwischen ADNM-20, HEALTH-49 und den Restfaktoren reichte von .29 bis .63. Die Residualfaktoren des ADNM-20 waren in der Tendenz hoch korreliert (Median: .70). Beim HEALTH-49 waren die Residualfaktoren im Durchschnitt miteinander unkorreliert (Median: .06).

Diskussion und Fazit

Da nur in etwa der Hälfte der Fälle die Patienten die Frage nach dem belastendsten Ereignis methodenübergreifend einheitlich beantworteten, ist auf Basis dieser Daten von einer unzureichenden Zuverlässigkeit der Bewertung, welches tatsächlich das belastendste Ereignis ist, auszugehen. Die Reliabilität der Event-Listen erscheint somit unzureichend, da das als am belastendsten empfundene Ereignis in den Event-Listen des ADN-20 und des CIDI-AD sehr uneinheitlich ausfiel. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass die meisten Patienten nicht durch ein einzelnes Ereignis so schwerwiegend belastet sind, dass sie psychische Symptome entwickeln, sondern stattdessen eine Vielzahl von Einzelereignissen zur Symptombildung beiträgt. Nichtsdestotrotz deutet sich an, dass die ADN-20-Skalen und die inhärente Symptom-Event-Attribution inkrementelle Kovarianzen besitzen, die über die symptomunabhängige Berichterstattung, wie z.B. bei Depression, hinausgehen. Diese inkrementellen Kovarianzen könnten Unterschiede im Schweregrad einer Anpassungsstörung abbilden oder auf individuelle Unterschiede in Attributionsstilen zurückgehen. Zukünftige Studien müssen klären, ob diese inkrementellen Kovarianzen substantziellen Wert in der Messung von AD haben oder lediglich Antworttendenzen darstellen.

Literatur

- Bachem, R.; Perkonig, A.; Stein, D. J. & Maercker, A. (2017). Measuring the ICD-11 adjustment disorder concept: Validity and sensitivity to change of the Adjustment Disorder – New Module questionnaire in a clinical intervention study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 26(4), e1545. <https://doi.org/10.1002/mpr.1545>
- Eid, M. (2020). Multi-faceted constructs in abnormal psychology: implications of the bifactor S-1 model for individual clinical assessment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(7), 895–900. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00624-9>.
- Perkonig, A.; Strehle, J.; Lorenz, L.; Beesdo-Baum, K. & Maercker, A. (2015). Das AjD-CIDI Modul - standardisierte, klinische Diagnostik der Anpassungsstörung nach ICD-11 und DSM-5. Unpublished Manuscript.
- 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.
- World Health Organization (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Volkswirtschaftlicher Nutzen von Rehabilitationsmaßnahmen: Berechnung des Return on Investment auf Basis differenzieller Effekte

*Rainer Kaluscha¹; Sarah Leinberger¹; Rüdiger Nübling²; Edwin Toepler³; Jürgen Schmidt²;
Udo Kaiser²; Lena Tepohl¹*

¹ IFR Ulm; ² Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen; ³ Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Hintergrund und Zielstellung

Neben einem individuellen Nutzen für den Rehabilitanden, der sich in vielen Aspekten nur schwer monetär bewerten lässt, wird von der Rehabilitation auch ein volkswirtschaftlicher Nutzen erwartet, da diese neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes explizit auch den Erhalt der Erwerbsfähigkeit zum Ziel hat (vgl. §9 SGB VI).

Im Rahmen der Requamo-II Studie (Nübling et al., 2021) wurden Rehabilitanden ein Jahr nach der Maßnahme postalisch befragt. Diese Angaben wurden datenschutzgerecht über Pseudonyme mit Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung (RSD) verknüpft. Wird nun die subjektive Nutzenbewertung mit dem tatsächlichen Erwerbsstatus in Beziehung gesetzt, so lässt sich unter Nutzung differentieller Effekte der Return on Investment (ROI) von Reha-Maßnahmen berechnen.

Methoden

Ausgewertet wurden Fragebögen und Routinedaten von 7.356 Versicherten der Deutschen Rentenversicherungen Baden-Württemberg, Braunschweig-Hannover und Nordbayern.

Die Anzahl der „Beschäftigungstage“, d.h. Tage in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung, nach Rehabilitation wurde mittels eines fraktionalen Regressionsmodells auf Basis bekanntermaßen ergebnisrelevanter Parameter wie soziodemografische Daten, Merkmalen des Reha-Zuganges sowie des Beschäftigungsstatus vor Rehabilitation vorhergesagt (Kaluscha et al., 2021).

Zusätzlich wurde der auf einer fünfstufigen Likert-Skala eingeschätzte subjektive Nutzens der Rehabilitation als kategoriale Variable in das Modell eingeschlossen, wobei aufgrund der geringen Anzahl von Nennungen die beiden schlechtesten Kategorien zusammengezogen wurden.

So konnte die Auswirkung des subjektiven Rehabilitationsnutzens auf die Beschäftigungstage nach Rehabilitation – bereinigt um die anderen ergebnisrelevanten Parameter – in Form von „Average Marginal Effects“-Schätzern (AME) ermittelt werden. So kann geprüft werden, ob eine höheren subjektiven Nutzenbewertung im Sinne einer Dosis-Wirkungsbeziehung auch mit mehr Beschäftigungstagen einhergeht.

Ergebnisse

Die weit überwiegende Mehrheit der Rehabilitanden gab bei der Frage zur Nutzenbeurteilung an, die Rehabilitation sei zumindest etwas hilfreich gewesen (vgl. Tabelle 1). Weisen zwei Rehabilitanden in den übrigen Parametern gleiche Werte auf, so sind z.B. in der Kategorie „Reha hat sehr geholfen“ im ersten Jahr nach Rehabilitation 74,8 zusätzliche Beschäftigungstage gegenüber der Kategorie „Reha hat nicht geholfen bzw. geschadet“ zu erwarten. Unterstellt man nun, dass eine „nutzlose“ Rehabilitation hinsichtlich Effekt mit keiner

Rehabilitation gleichgesetzt werden kann, lässt sich durch den Vergleich der Kategorien die Anzahl „gewonnener“ Beschäftigungstage abschätzen.

Tab. 1: Differenzielle Effekte der Rehabilitation auf Basis der Angaben zum subjektiven Reha-Nutzen (N=7.365)

Kategorie	Anzahl Fälle	AME (Tage)		Tage mit Reha		„Tage ohne Reha“		Gewonnene Arbeitstage insgesamt	
		1	2	1	2	1	2	1	2
sehr geholfen	1.813	74,8	72,6	259,8	247,6	184,8	174,9	135.658	131.687
ziemlich geholfen	2.614	64,6	64,6	254	243,8	189,3	179,1	168.878	168.878
etwas geholfen	2.092	39,8	34,7	213,8	200,2	174,0	165,4	83.230	72.540
nicht geholfen/geschadet	715	Referenz		141,5	137,8	141,5	137,8		
keine Angabe	131	43,8	31,0	210	188,5	166,0	157,6	5.738	4.064
Gesamt								393.504	377.169

Dazu werden die AME-Schätzer mit der Rehabilitandenanzahl in der jeweiligen Antwortkategorie multipliziert und die Werte aufsummiert. So ergeben sich für 7.365 Reha-Maßnahmen insgesamt 770.673 gewonnene Beschäftigungstage in den ersten beiden Jahren nach der Rehabilitation (vgl. Tabelle 1), d.h. 104,6 Tage je Maßnahme. Bei einem volkswirtschaftlichen Schaden von 332€ pro Arbeitsunfähigkeitstag (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2019) ergibt sich ein durchschnittlicher volkswirtschaftlicher Nutzen von 34.741€.

Dem stehen Aufwände von 3.400€ direkte Kosten für die Behandlung und 3.347€ indirekte Kosten für zusätzliche Abwesenheitszeiten vom Arbeitsplatz bei den 40% arbeitsfähigen Rehabilitanden. Durch Dividieren des Nettonutzens von 27.994€ durch die Gesamtkosten von 6.747€ ergibt sich somit ein ROI von 4,15 (vgl. Tabelle 2).

Tab. 2: Abschätzung Return on Investment mittels differenzieller Effekte auf RSD-Daten

Volkswirtschaftlicher Nutzen pro Reha-Maßnahme	34.741 €
Direkte Kosten (mittlere Behandlungskosten bei durchschnittlich 25,2 Tagen Rehabilitationsdauer)	- 3.400 €
Indirekte Kosten (zusätzliche Abwesenheit am Arbeitsplatz wegen Reha bei ca. 40% der Rehabilitanden)	- 3.347 €
Gesamtkosten	- 6.747 €
Nettonutzen (Volkswirtschaftlicher Nutzen – Gesamtkosten)	27.994 €
Return on Investment (Nettonutzen / Gesamtkosten)	4,15

Diskussion und Fazit

Die oft zitierte Prognos-Studie (Steiner et al., 2009) ermittelte einen ROI von 5. Allerdings wurde dabei auf etlichen Annahmen aufgebaut, die durchaus kritisch zu hinterfragen sind.

Hier steht eine Abschätzung des ROI zur Verfügung, die diese Schwächen nicht aufweist, da der Nutzen aus den tatsächlich geflossenen Sozialversicherungsbeiträgen errechnet wurde.

Der tatsächliche ROI dürfte sogar noch höher liegen, da bei dieser Abschätzung nur die ersten beiden Jahre nach Rehabilitation berücksichtigt wurden. Da die gewonnenen Beschäftigungstage im zweiten Jahr nur wenig unter denen des ersten Jahres lagen, ist davon auszugehen, dass auch in folgenden Jahren noch volkswirtschaftliche Effekte resultieren werden. Darüber hinaus entstehen zusätzliche Beitragseinnahmen der Sozialversicherung sowie positive volkswirtschaftliche Effekte aufgrund vermiedener bzw. verzögerter Erwerbsminderungsrenten, die hier ebenfalls noch nicht berücksichtigt werden konnten (Kaluscha et al., 2018).

Literatur

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2019). Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2019. Online: https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2019.pdf?__blob=publicationFile&v=3; Stand: 14.07.2021.

Kaluscha R, Buzasi T, Nübling R, Kaiser U, Schmidt J, Toepler E (2021). Modellierung des Return to Work (RTW) anhand von Routinedaten der Rentenversicherung in der Requamo-II-Studie: Methodische Überlegungen. DRV-Schriften Band 123, S. 91-92.

Kaluscha R, Nübling R, Krischak G, Kriz D, Martin H, Müller G, Renzland J, Schmidt J, Kaiser U, Toepler E (2018). Nachhaltigkeit der Rehabilitation hinsichtlich Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse der Vierjahreskatamnese zur „Reha-QM-Outcome-Studie“ Baden-Württemberg. DRV-Schriften Band 113, S. 193-195.

Nübling R, Schmidt J, Kaiser U, 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 und Rehabilitation; 33: 48–65.

Steiner M, Zwingmann C, Riedel W, Schüssler R, Zweers U (2009). Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger - Sicherung von Produktivität und Wachstum. Basel, Berlin, Bremen, Brüssel, Düsseldorf: Prognos AG.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Welchen Einfluss hat die Beschwerdvalidierung bei Anträgen auf Rente wegen Erwerbsminderung nach einer psychosomatischen Rehabilitation?

Alexandra Lambrecht¹; Bernhard Koch¹; Axel Kobelt-Pönicke²

¹ Rehazentrum Oberharz am Schwarzbacher Teich; ² Universität Hildesheim

Hintergrund und Zielstellung

Im Jahr 2020 wurden insgesamt 350.844 Anträge auf eine Erwerbsminderungsrente eingereicht, wovon 52,72% bewilligt wurden (Statistik der Deut. Rentenversicherung, 2021).

Hiervon betrug der Anteil einer zugrundeliegenden psychischen Diagnosegruppe 41,5%. Im Jahr 2000 lag dieser Anteil bei lediglich 24,2%.

So empfiehlt die AWMF nicht nur eine sorgfältige Aufarbeitung der vorliegenden Akten und Befunde, sondern auch eine klar ersichtliche Trennung zwischen den subjektiven Angaben des/der Proband:in und den objektiv im Rahmen der Untersuchung ersichtlichen Symptomen. Wesentlicher Bestandteil des Begutachtungsprozesses ist jedoch darüber hinaus die Überprüfung der Plausibilität der angegebenen Beschwerden („Beschwerdenuvalidierung“). Um die Plausibilität der Probandenangaben angemessen zu überprüfen, wird gerade bei der Begutachtung psychischer Erkrankungen empfohlen, eine möglichst breite Datenbasis zu berücksichtigen, die von klinischer Verhaltensbeobachtung über das Hinterfragen von Widersprüchen zwischen anamnestischen Daten und klinischer Befunderhebung bis zu neuropsychologischen bzw. klinisch-psychologischen Beschwerdenuvalidierungstests reicht.

Haben jedoch die Ergebnisse dieser wissenschaftlich-fundierten Methoden einen Einfluss auf die Bewilligungsrate von Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten durch die Verwaltung?

Methoden

Es wurden alle Rehabilitand:innen des Reha-Zentrums Oberharz in die Studie aufgenommen, welche im Jahr 2016 ihre psychosomatische Rehabilitation antraten, bei der Rentenversicherung Braunschweig-Hannover versichert waren und im Fragebogen Würzburger Screening angaben, dass sie sich mit dem Gedanken tragen, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen und/ oder, dass sie in Zukunft nicht mehr arbeiten gehen können. Jeder dieser Rehabilitand:innen wurde einer erweiterten kognitiven Diagnostik unter Einbezug der Beschwerdenuvalidierung (Symptomvalidierung, neuropsychologische Tests) unterzogen. Zusätzlich füllte die Rehabilitand:innen die PC-gestützte Basisdokumentation aus. Die Stichprobe bestand aus insgesamt 265 Rehabilitanden, das Durchschnittsalter lag bei 49,7 Jahren (SD = 8,8 Jahre), 53,2% waren männlich und 90,6% gaben an, die deutsche Nationalität zu besitzen.

Ergebnisse

Die Proband:innen mit einem inkonsistenten Leistungsprofil erreichten im Vergleich zur Stichprobe der Probanden mit unauffälligem Leistungsprofil signifikant höhere Werte im SFSS ($t = -4,69$, $df = 263$, $p < 0,01$), die Depressionswerte im BDI II unterschieden sich jedoch nicht signifikant voneinander ($t = 0,95$, $df = 243$, $p = 0,14$). Auch in den Skalen des Health-49 gab es keinen signifikanten Gruppenunterschied. In der Gruppe der Rehabilitand:innen mit einem unauffälligen Leistungsprofil reichten 27,8% ($n = 40$) einen Antrag auf eine Erwerbsminderungsrente ein, davon wurden 75,0% ($n = 28$) bewilligt. In der Stichprobe der Proband:innen mit einem inkonsistenten Leistungsprofil waren es 45 (37,2%) Anträge auf Erwerbsminderungsrente, davon wurden 46,7% ($n = 21$) bewilligt.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Rehabilitand:innen, bei denen das erreichte neuropsychologische Leistungsprofil Inkonsistenzen auswies, ihre psychische Symptomatik subjektiv nicht als ausgeprägter einschätzten, dennoch aber im Vergleich zu Rehabilitand:innen mit konsistentem Leistungsprofil ein auffälliges Antwortverhalten im SFSS aufwiesen.

Trotz eines im Entlassungsbericht dokumentierten auffälligen Reaktions- und Antwortverhaltens in den Beschwerdewertungstests wurden die Hälfte der Anträge auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bewilligt. Es muss diskutiert werden, wie zukünftig die aufwendige Diagnostik in einer Rehabilitationsklinik im Rahmen der juristischen Bewertung eines Rentenanspruchs berücksichtigt und gewürdigt werden kann, vor allem wenn Hinweise auf negative Antwortverzerrungen und Inkonsistenzen in der Beschwerdeschilderung beschrieben werden.

Literatur

AWMF-Leitlinie „Gutachtliche Untersuchung bei psychischen und psychosomatischen Störungen. Registernummer 051-029.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Bereich 0760 (2021). Statistische Analyse. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2021.

Zum Zusammenhang von körperlicher Aktivität, Angst und Depressivität bei COPD: Eine Netzwerkanalyse

Lorenz Leven¹; Wolfgang Geidl²; Johannes Carl²; Konrad Schultz³; Klaus Pfeifer²; Michael Schuler¹

¹ Universität Würzburg; ² Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg;

³ Klinik Bad Reichenhall

Hintergrund und Zielstellung

Depressionen und Angststörungen sind häufig auftretende Komorbiditäten bei COPD. Körperliche Inaktivität wirkt sich ungünstig auf den Verlauf der COPD und verschiedene gesundheitsbezogene Aspekte aus. Waschki et al. (2015) berichten in einer Längsschnittstudie etwa von einem Rückgang der Muskelmasse und Lungenkapazität sowie einer Abnahme der subjektiven Lebensqualität in Verbindung mit einer reduzierten körperlichen Aktivität. Das Niveau der körperlichen Aktivität könnte eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Komorbiditäten spielen. In dieser Arbeit werden die wechselseitigen Beziehungen von COPD-Symptomen, krankheitsbezogener Angst und Depressivität untersucht. Hierfür wurde auf die Netzwerktheorie von Borsboom (2017) zurückgegriffen. Die Netzwerktheorie versteht die Symptome einer psychischen Erkrankung nicht als Folge einer gemeinsamen Ursache, sondern geht vielmehr davon aus, dass sich die Symptome gegenseitig verursachen und in Feedbackschleifen aufrechterhalten. Dieser Ansatz erlaubt es, häufig komorbid auftretende Störungsbilder gemeinsam zu untersuchen und die einzelnen Symptome in Beziehung zueinander zu setzen.

Methoden

Diese Arbeit ist eine Sekundäranalyse der Daten von 313 an COPD-Rehabilitand:innen einer stationären pneumologischen Rehabilitation, die an der „STAR-Studie“ teilgenommen haben (stay active after rehabilitation; Geidl et al., 2021). Zwei Wochen vor Beginn der Reha wurde über den Zeitraum von einer Woche das Aktivitätsverhalten der Patient:innen mittels eines Beschleunigungssensors gemessen und die tägliche Schrittzahl kalkuliert. Die COPD-

Symptomatik (Ruhe- und Belastungsatemnot, Husten, Auswurf, Schmerz), ein Kernparameter der Lungenfunktion (Einsekundenkapazität; FEV1), die krankheitsbezogene Angst (CAF) und die Depressivität (PHQ-9) wurden bei Antritt der Reha erhoben. Zur Identifikation von unabhängigen Assoziationen zwischen der körperlichen Aktivität und den klinischen Parametern wurden regulierte Partialkorrelation-Netzwerke (Epskamp & Fried, 2018) berechnet. Das Netzwerk wird als Graph dargestellt, in dem die Symptome sowie die körperliche Aktivität als Knoten und deren Zusammenhänge als Linien dargestellt werden. Je dicker eine Linie, desto stärker der unabhängige Zusammenhang.

Ergebnisse

Die körperliche Aktivität zeigte unabhängige Assoziationen zu Variablen der drei berücksichtigten Krankheitsbilder (siehe Abbildung 1). Die stärksten dieser Verbindungen waren die zur Lungenfunktion, zur Atemnot unter Belastung, zur krankheitsspezifischen Angst vor körperlicher Aktivität und zum Freudverlust. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Angst vor körperlicher Aktivität den Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Depressivität im Sinne eines Mediators beeinflussen könnte.

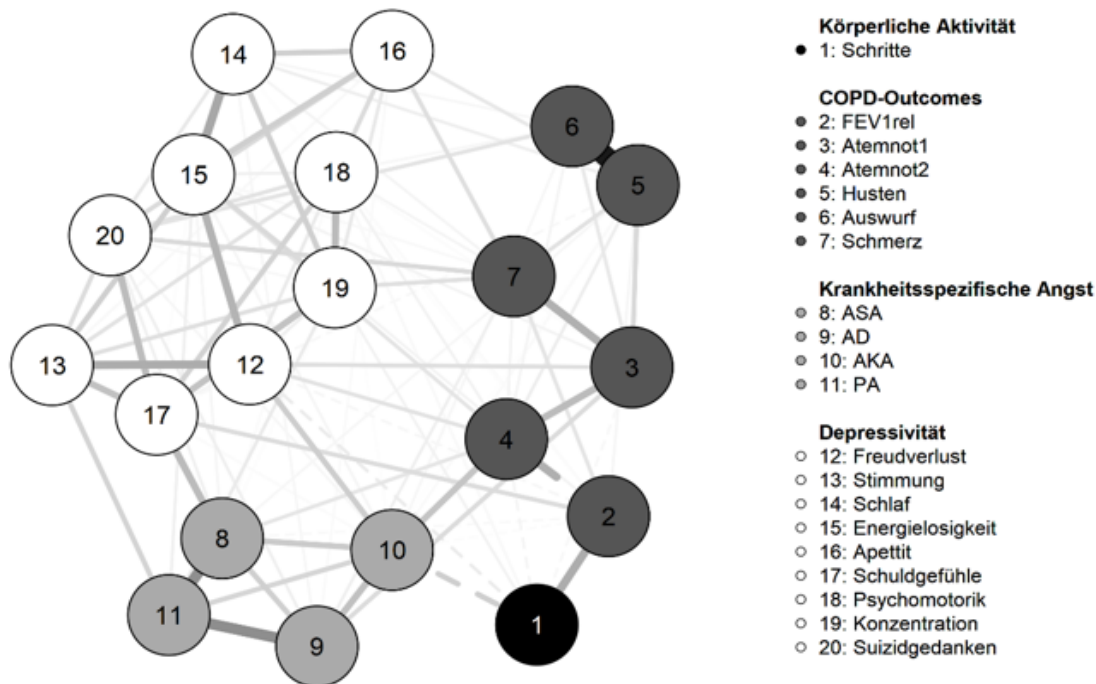


Abbildung 1 - Reguliertes Partialkorrelation-Netzwerk mit körperlicher Aktivität und allen klinischen Parametern. Die Knoten symbolisieren die Symptome, die Linien stehen für die Verbindungen in Form von Partialkorrelationen. Durchgezogene Linien bedeuten positive und gestrichelte Linien negative Zusammenhänge. Je dicker eine Linie ist, desto stärker ist der Zusammenhang. FEV1rel: relative Einsekundenkapazität. Atemnot1: Atemnot in Ruhe. Atemnot2: Atemnot unter Belastung. ASA: Angst vor sozialer Ausgrenzung. AD: Angst vor Dyspnoe. AKA: Angst vor körperlicher Aktivität. PA: Progredienzangst. $N = 313$.

Diskussion und Fazit

Es ergeben sich verschiedene mögliche kausale Zusammenhänge zwischen der körperlichen Aktivität und der Entwicklung und Aufrechterhaltung der psychischen Komorbiditäten. Die Ergebnisse können zum einen als Anstoß für weitere Studien und zum anderen zum

Verständnis von Interventionserfolgen und zur Weiterentwicklung bestehender Therapieansätze genutzt werden.

Literatur

Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry* (16), 5-13.

Epskamp, S., & Fried, E. I. (2018). A tutorial on regularized partial correlation networks. *Psychological Methods*, 23(4), 617-634.

Geidl, W., Carl, J., Schuler, M., Mino, E., Leibert, N., Wittmann, M., Pfeifer, K., & Schultz, K. (2021). Long-term benefits of adding a pedometer to pulmonary rehabilitation for COPD. The randomised controlled STAR trial. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 16: 1977-1988. DOI:10.2147/COPD.S304976

Waschki, B., Kirsten, A. M., Holz, O., Mueller, K. C., Schaper, M., Sack, A. L., Meyer, T., Rabe, K. F., Magnussen, H- & Watz, H. (2015). Disease Progression and Changes in Physical Activity in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 192(3), 295–306. <https://doi.org/10.1164/rccm.201501-0081OC>

Förderung: Deutsche Rentenversicherung - Bayern Süd

Berufliche Rehabilitation für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen - Evaluation einer Maßnahme an den Beruflichen Trainingszentren Leipzig und Chemnitz

Maria Hannasky

Werkstudentin am Beruflichen Trainingszentrum Leipzig

Hintergrund und Zielstellung

Um die Arbeitsfähigkeit von psychisch kranken Personen wieder aufzubauen oder zu erhalten, gibt es Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation. Der Erfolg dieser Maßnahmen wird in der Regel an der Integration in den Arbeitsmarkt gemessen, wobei die Evidenzlage dazu, was den Integrationserfolg bedingt, gering ist (Streibelt & Egner, 2013). Die Wirkungsweise einzelner Leistungen ist damit nicht klar. Um den größten Anteil an Menschen im Rehabilitations- und Erwerbsminderungsgeschehen -psychisch Erkrankte- optimal unterstützen zu können, bedarf es jedoch einer ständigen Weiterentwicklung und qualitativen Absicherung der Angebote.

Daher wurde im Rahmen einer Masterarbeit eine sechswöchige Assessment-Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen evaluiert. Die Maßnahme zielt auf eine berufliche Neuorientierung sowie Eignungsabklärung und richtet sich an Personen, die mehrheitlich eine lange Phase der Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit hinter sich haben. Im Rahmen der Studie wurde sich mit der Frage beschäftigt, ob die Maßnahme einen positiven Effekt auf das subjektive Wohlbefinden, die berufliche Selbstwirksamkeit, Arbeitsmotivation und Eigenverantwortung der Teilnehmenden hat. Des Weiteren wurde untersucht, ob sich die psychische Belastung der Probanden reduziert.

Methoden

Für die explanative Untersuchung war die Begleitung von sieben Maßnahmen während des Zeitraums April – Juli 2021 vorgesehen. Zur Erfassung der quantitativen Daten füllten die Studienteilnehmenden im Rahmen einer Feldforschung jeweils zu Beginn, nach der Hälfte und am Ende der Maßnahme eine Online-Umfrage aus. Diese setzte sich aus Items folgender existierender, validierter Erhebungsinstrumente zusammen: WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden (WHO, 1998), Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000), Skala zur Beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung (Schyns & Collani, 2014), EV-20 Fragebogen zur Eigenverantwortung (Bierhoff et al., 2005) und Diagnostikinstrument für Arbeitsmotivation (DIAMO; Fiedler, 2006). Zur Hypothesenprüfung wurden neben einem Chi-Quadrat Test gemischte lineare Modelle berechnet, bei denen jeweils Alter, Geschlecht und die Zeit ohne berufliche Beschäftigung als feste Effekte bestimmt wurden. Bei Signifikanz des entscheidenden Faktors Messzeitpunkt konnte die entsprechende Hypothese als bestätigt angenommen werden.

Ergebnisse

Die bereinigte Stichprobe besteht aus N = 50 Personen (siehe Tabelle 1).

Tab. 1: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe

	<i>N</i>	<i>%</i>
Geschlecht		
Weiblich	30	60
Männlich	20	40
Familienstand		
Ledig	33	66
Verheiratet	9	18
Schulabschluss		
Haupt-oder Volksschulabschluss	5	10
Realschulabschluss	32	64
Berufsabschluss		
Keine Berufsausbildung	14	28
Lehre (berufliche/betriebliche Ausbildung)	26	52
	<i>M (SD)</i>	<i>Min-Max</i>
Alter	37 (11)	20-60
Zeit ohne berufliche	24 (17)	0-84

Beschäftigung (in Monaten)

Die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests zum Zusammenhang zwischen Messzeitpunkt und klinisch auffälligem Wert im BSI zeigen eine Reduktion des Anteils der Probanden mit klinisch auffälliger Symptomatik von 84% (N = 42) zu t1, über 66% zu t2 auf 52% zu t3. Dieser Zusammenhang erwies sich als höchst signifikant, $\chi^2(2) = 11.70$, $p = .003$. Zur Überprüfung der Hypothese, ob das Subjektive Wohlbefinden über die drei Messzeitpunkte hinweg steigt, wurde anhand eines Violinenplots die Veränderung der Mittelwerte im Verlauf der Untersuchung grafisch betrachtet und eine Zunahme im Verlauf festgestellt (siehe Abbildung 1). Diese Information aus der grafischen Darstellung wurde anschließend mit einem gemischten Modell untersucht. Die statistische Auswertung der weiteren Hypothesen erfolgte analog.

Die Analysen zeigten, dass Teilnehmer von einer Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens, der beruflichen Selbstwirksamkeit und des motivationsförderlichen Verhaltens sowie einer Abnahme der grundsätzlichen psychischen Belastung berichteten. In Bezug auf die Eigenverantwortung und das motivationshemmende Verhalten zeigten sich dagegen keine signifikanten Veränderungen über die drei Messzeitpunkte hinweg. Frauen gaben insgesamt ein schlechteres subjektives Wohlbefinden und eine höhere psychische

Belastung an als Männer. Weiterhin hatte die Zeit ohne berufliche Beschäftigung vor Beginn der Maßnahme einen bedeutsamen Einfluss auf die psychische Gesundheit.

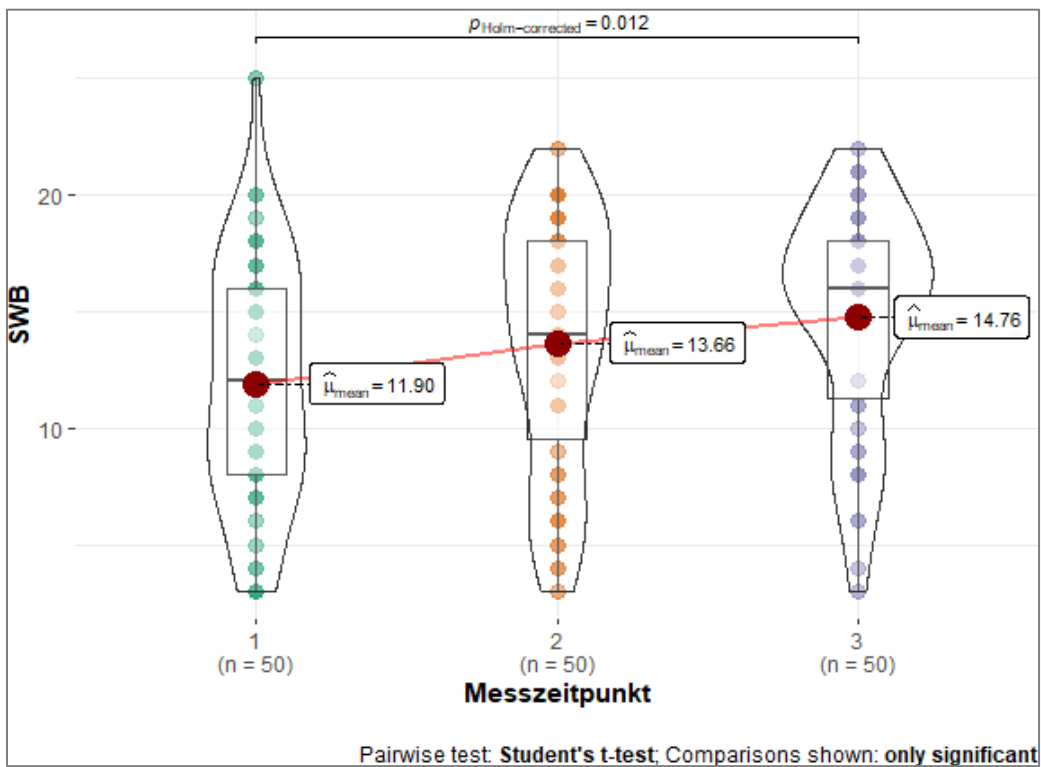


Abb. 1: Violinendiagramm zur Veränderung des Subjektiven Wohlbefindens über die drei Messzeitpunkte

In Übereinstimmung mit vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnissen über psychische Gesundheit und Erwerbstätigkeit (vgl. Paul & Moser, 2009) legen die dargestellten Ergebnisse nahe, dass die sechswöchige Assessmentmaßnahme einen positiven Einfluss auf wesentliche psychologische Faktoren hat, die bei der beruflichen Rehabilitation eine große Rolle spielen. Unabhängig davon, welchen weiteren beruflichen Weg die Teilnehmenden einschlagen, profitieren sie von einer verbesserten psychischen Gesundheit und einem gestärkten Ressourcenpool. Sich gedanklich wieder mit der Erwerbstätigkeit zu befassen, in einem arbeitsplatzähnlichen Setting zu erproben, neu zu orientieren und konkrete Ziele zu erarbeiten – diese Aspekte sind hoffnungsgebend, bauen Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten auf und mindern im besten Fall die negativen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die seelische Gesundheit.

Bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse ist limitierend zu berücksichtigen, dass angesichts begrenzter zeitlicher sowie datenschutzrechtlicher Rahmenbedingungen keine zusätzliche (Warte-)Kontrollgruppe untersucht werden konnte. Es liegen demnach Randomisierungs- und Kontrollprobleme vor, welche die Kausalität der Ergebnisse erschweren. Darüber hinaus war es nicht möglich, eine Follow-up-Erhebung zu realisieren, um die langfristige Wirkung der Maßnahme sowie das primäre Ziel beruflicher Reha, die (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt, zu untersuchen. Die Ergebnisse dieser Studie sind dennoch vielversprechend und bieten eine gute Grundlage, um im Rahmen weiterführender Untersuchungen vertiefte Erkenntnisse über die Wirksamkeit der Maßnahmen zu erlangen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wissenschaftlich fundiert weiterzuentwickeln.

Literatur

- Bierhoff, H.-W., Wegge, J., Bipp, T., Kleinbeck, U., Attig-Grabosch, C., & Schulz, S. (2005). EV-20: Entwicklung eines Fragebogens zur Messung von Eigenverantwortung oder: „Es gibt nichts Gutes, außer man tut es“. Zeitschrift Für Personalpsychologie, 4(1), 4- 18. <https://doi.org/10.1026/1617-6391.4.1.4>
- Fiedler, R. G. (2006). Diagnostik von Arbeitsmotivation bei Rehabilitationspatienten - Konzeptualisierung, Operationalisierung, Strukturanalyse und Kreuzvalidierung neuer Skalen [DIAMO: Diagnostikinstrument für Arbeitsmotivation] [Dissertation, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster]. Universitätsklinikum Münster.
- Franke, G. H. (2000). BSI - Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) - Deutsches Manual. Göttingen: Beltz Test.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. Journal of Vocational Behavior, 74(3), 264-282. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
- Schyns, B., & von Collani, G. (2014). Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). <https://doi.org/10.6102/zis16>
- Streibelt, M., & Egner, U. (2013). Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. Rehabilitation, 52(02), 111-118. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1323670>
- World Health Organization. (1998). Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.

Prognostische Bedeutung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation für den sozialmedizinischen Verlauf

Sandra Schmitz

Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Neurologische Krankheitsbilder sind geprägt von heterogenen Krankheitsverläufe. Daher werden verschiedene Rehabilitationsmaßnahmen zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Krankheitsverlaufs eingesetzt. Eine Voraussetzung für die Bewilligung einer medizinischen Neurorehabilitation ist eine positive Erwerbsprognose, also die Aussicht auf eine Weiterbeschäftigung oder eine Rückkehr in die Erwerbstätigkeit (auch *Return to work, RTW*). Zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme wird eine abschließende Leistungsbeurteilung durch die behandelnden (Sozial-)Mediziner:innen vorgenommen. Der Entlassungsbericht ist essenzieller Bestandteil des Rehabilitationsprozesses und fungiert als Grundlage für weitere Behandlungsmaßnahmen. Seitens der Deutschen Rentenversicherung (DRV) werden die Daten des Entlassungsberichtes für eine statistische Auswertung digital aufbereitet gespeichert. Auf Basis dieser prozessproduzierten Routinedaten der DRV soll gezeigt werden, welche prognostisch Bedeutung die Leistungsbeurteilung zum Ende einer neurologischen Rehabilitationsmaßnahme für ein RTW haben kann.

Im Rahmen einer Masterarbeit wurde folgende Fragestellung untersucht: Inwieweit leisten Merkmale der Leistungsbeurteilung neben demografischen, beruflichen, rehabilitationsbezogenen und gesundheitlichen Merkmalen, einen Beitrag zur Vorhersage des sozial-medizinischen Verlaufs, insbesondere einer stabilen Beschäftigung, nach einer medizinischen Neurorehabilitation?

Methoden

Es wurde eine Sekundärdatenanalyse der Routinedaten der DRV umgesetzt. Eingeschlossen wurden die Datensätze der Personen, die im Jahr 2016 eine durch die DRV finanzierte Neurorehabilitation beendet haben. Ein RTW wird hier als „stabile Beschäftigung“ definiert. Operationalisiert wird diese Zielgröße als aktive sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im 12. beziehungsweise 24. Monat nach der Rehabilitation sowie in den jeweils vorhergehenden drei Monaten. Es wurde jeweils eine binär logistische Regression gerechnet.

Ergebnisse

Während 25.1% der Kohorte (N= 41991) im gesamten Beobachtungszeitraum keiner Erwerbstätigkeit nachgingen, waren 27.1% dauerhaft und weitere 17.9% über einen Zeitraum von 18-23 Monaten erwerbstätig. Stabil beschäftigt zum Zeitpunkt 12 Monate nach der Rehabilitation waren 52.9% der beobachteten Personen; der Anteil veränderte sich kaum zum Zeitpunkt (z. Zp.) 24 Monate nach der Rehabilitation (53.1%). Als stärkster Prädiktor sowohl für ein RTW nach 12 als auch nach 24 Monaten zeigte sich im Modell ohne potenzielle Prädiktoren der Leistungsbeurteilung die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit (AU) vor der Rehabilitation (z.Zp.12 Monate OR 0.17, 95% KI 0.15; 0.18, $p<.001$; z. Zp. 24 Monate OR 0.21, 95% KI 0.19; 0.23, $p<.001$) im Vergleich zu Personen ohne AU-Zeiten. Nach Einbezug der potenziellen Prädiktoren der Leistungsbeurteilung erwies sich zu beiden Zeitpunkten die Leistungsfähigkeit im letzten Beruf von sechs Stunden und mehr als stärkster Prädiktor (z. Zp. 12 Monate OR 4.99, 95% KI 4.59; 5.42, $p<.001$; z. Zp. 24 Monate OR 3.33, 95% KI 3.08; 3.61, $p<.001$). Zwischen den Blöcken der Modelle ist von einem mittleren Effekt der Veränderung auszugehen. Alle Modelle weisen eine akzeptable Passung auf. Die Prädiktoren der beiden Outcomes ähneln sich im Ausmaß ihres Einflusses auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer stabilen Beschäftigung.

Diskussion und Fazit

Der Vergleich zwischen einem RTW nach 12 und nach 24 Monaten hat sich als nicht sinnvoll erwiesen. Ein Blick auf den längsten dauerhaften Beschäftigungszeitraum zeigt, dass etwa 44% der beobachteten Personen über einen Zeitraum von mindestens 18 Monaten dauerhaft in einer Erwerbstätigkeit beschäftigt waren. Zu beiden Outcome-Zeitpunkten befinden sich also nahezu die gleichen Personen in einer stabilen Beschäftigung. In einer multinomialen Regression könnte geprüft werden, welche potenziellen Prädiktoren den größten Einfluss auf die unterschiedlichen Beschäftigungszeiträume haben. Es könnte aufschlussreicher sein, den Teil der Kohorte genauer zu untersuchen, der kein erfolgreiches RTW erreichen konnten. Aus den vorliegenden Daten geht zudem nicht hervor, ob die jeweiligen Rehabilitand:innen dem Ergebnis der Leistungsbeurteilung zustimmen oder ob Widerspruch gegen die Einschätzung erhoben wurde. Im Hinblick auf mögliche leistungsrechtliche Konsequenzen ist dies ein gravierender Punkt. An dieser Stelle muss auch die abhängige Variable hinterfragt werden. In der Fachliteratur besteht keine Einigkeit darüber, zu welchem Zeitpunkt nach Abschluss

einer Rehabilitationsmaßnahme ein RTW sinnvoll erhoben werden sollte. Als Limitation der Arbeit wird vor allem eine fehlende Adjustierung der Daten hervorgehoben.

Ein RTW ist eine bedeutsame Zielgröße für den Erfolg einer Rehabilitation. Allerdings fehlt es an umfassenden Erhebungen möglicher Prädiktoren. Der wissenschaftliche Blick sollte sich verstärkt auf Personen richten, die ein RTW nicht erreichen. Die stabile Beschäftigung, wie sie von der DRV definiert wird, sollte zudem in weiteren Untersuchungen validiert werden.

Literatur

- Bartel, S. (2019). Return to Work im Spannungsfeld zwischen Erwerbs- und Gesundheitsorientierung. *Die Rehabilitation*, 58(3), 172–180. <https://doi.org/10.1055/a-0862-9273>
- Bestmann, A., Polak, U. & Hansen, I. (2014). Routinedaten zur Rehabilitation durch die Träger der Sozialversicherung. In E. Swart (Hg.), *Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven* (2. Aufl., S. 176–191). Huber.
- DRV Bund (Hg.). (2010). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung: Sozialmedizinische Beurteilung bei neurologischen Krankheiten. *Sozialmedizin*. 23 https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/begutachtung/leitlinie_sozialmed_beurteilung_neurologie.html
- DRV Bund (Hg.). (2015). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. *Sozialmedizin*. <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Aerzte/Begutachtung/begutachtung.htm>
- Etuknwa, A., Daniels, K. & Eib, C. (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of occupational rehabilitation*, 29(4), 679–700. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>

Projekt „Tele-Reha Kids Chance“: Wissenschaftliche Analyse der Tele-Rehabilitation von Kindern mit zerebralen und/oder körperlichen Einschränkungen: Literaturrecherche und qualitative Interviews zu Wirksamkeit, möglichem Nutzen und zukünftigen Implikationen für die Tele-Rehabilitation

Tonja Ofner¹; Pauline Dieckmann¹; Kerstin Fertala¹; Kristina Hofer¹; Karin Gebhardt²

¹ Studierende Gesundheitsmanagement und Public Health, FH JOANNEUM Bad Gleichenberg; ² Projektbetreuerin; Dozentin an der FH JOANNEUM Bad Gleichenberg

Hintergrund und Zielstellung

Durch die COVID-19-Pandemie stand das Rehaszentrum *Radkersburger Hof* inklusive der Abteilung *Kids Chance* – welche Kinder mit zerebralen und/oder Störungen der Entwicklung des Nervensystems behandelt und fördert – vor einer großen Herausforderung, da es für die Patient:innen nicht möglich war, weiterhin an der Reha teilzunehmen. Dies führte zur erstmaligen Einführung von Tele-Reha-Maßnahmen. Daraus resultierte der Auftrag des genannten Rehaszentrums an das Projektteam, die Tele-Rehabilitation wissenschaftlich zu

analysieren. Das vorliegende Projekt wurde von vier Masterstudentinnen (Gesundheitsmanagement und Public Health, FH JOANNEUM) von Oktober 2020 bis Juni 2021 durchgeführt.

Innerhalb des Projektes wurden die folgenden drei Ziele verfolgt: die Erstellung einer Argumentationshilfe für die Kostenträger:innen; die Erarbeitung einer Legitimationshilfe für die therapeutische Weiterbeschäftigung der Mitarbeiter:innen (in Zeiten eingeschränkter persönlicher Kontakte; wie durch COVID-19) sowie die Formulierung von Roll-Out Empfehlungen des Tele-Reha-Konzeptes auf die Kinder-Reha und die Reha-Nachbetreuung.

Methoden

Vor der empirischen Erhebung wurde das Forschungskonzept entwickelt sowie eine selektive und strukturierte Literaturrecherche durchgeführt, um den aktuellen Forschungsstand zur Tele-Reha zu erfassen. Darauf aufbauend wurden zur qualitativen Datenerhebung 11 leitfadengestützte Interviews mit 13 Expert:innen aus den Bereichen E-Health, Medizin, Therapie (Ergo-, Physiotherapie und Logopädie), sowie Forschung und Versicherung durchgeführt. Die Interviews wurden mittels einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring mit Hilfe der Software MAXQDA ausgewertet. In der Analyse erfolgte eine Reduktion des aus dem Interview resultierenden Datenmaterials durch Paraphrasenbildung und Generalisierung. Die exzerpierten Aussagen wurden den deduktiv gebildeten Hauptkategorien bzw. induktiv gebildeten Unterkategorien zugeordnet. Um praktische Erfahrungen seitens des Reha-Zentrums in die Erhebung zu integrieren, wurden Daten zur Wirksamkeit und zum Nutzen der Tele-Reha sowie zur Zufriedenheit der Angehörigen inkludiert. Um bei den Auswertungsschritten wissenschaftlich und qualitätssichernd vorzugehen, wurde auf die Einhaltung und Reflexion der folgenden drei Gütekriterien nach Steinke geachtet: intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Indikation des Forschungsprozesses und Relevanz.

Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden in die Themenblöcke Wirksamkeit, Chancen, sowie Roll-Out-Rahmenbedingungen gegliedert. Zur Wirksamkeit lässt sich aufgrund ausreichender Hinweise festhalten, dass sie mit „Face-to-face“ Interventionen gleichgesetzt werden kann und ebenfalls zu einer Erhöhung der Behandlungs- und Lebensqualität führt bzw. die Nachhaltigkeit der Reha fördert. Durch den Einsatz der Tele-Reha wird die Aufrechterhaltung der Versorgung sichergestellt sowie Versorgungslücken geschlossen. Zudem bringt die Tele-Reha auch ökonomische Vorteile mit sich, bspw. in Form von Kosteneinsparungen bzw. durch die Erhöhung der Anzahl versorgter Patient:innen bei gleichbleibenden Ressourcen. Als Chancen durch die Tele-Reha bei Kindern können der Transfer der Therapien ins häusliche Umfeld sowie die verstärkte Einbindung Angehöriger genannt werden. Dies führt u.a. zu einem leichteren Zugang für multidisziplinäre Zusammenarbeit in der natürlichen Umgebung des Kindes. Dadurch werden Motivation und Lebensqualität gesteigert sowie die potenzielle Angst vor Klinikaufenthalten reduziert. Auch die Tele-Reha-Nachsorge stellt einen wertvollen Beitrag zur Kontinuität der Versorgung dar. Für das geplante Roll-Out des Tele-Reha-Konzeptes, ist es wichtig, vorab die davon betroffenen Therapeut:innen einzubinden und sie mit Hilfe von Schulungen vorzubereiten. In der pädiatrischen Tele-Reha kann auf bereits

bestehende Vertrauensverhältnisse zw. Therapeut:in und Kind durch die vorherig stattgefunden stationäre Reha aufgebaut werden. Besonders dafür geeignete Therapien sind Logopädie, Physio,-, Ergo- und Psychotherapie. Abgesehen von der Therapie können auch Anamnese, Diagnostik, Coaching, Beratungen und Schulungen über Tele-Dienste erfolgen. Die praktische Umsetzung von Tele-Reha ist von der Selbstständigkeit und den kognitiven Fähigkeiten der Patient:innen im Umgang mit technischen Hilfsmitteln abhängig. Für die Umsetzung der Tele-Reha-Nachsorge eignen sich insbesondere Programme, die ohne ein speziell für Tele-Reha benötigtes System auskommen und speziell bei Kindern mit stark spielerisch, sensorbasierten Elementen arbeiten, um die Motivation am Üben zu erhöhen.

Diskussion und Fazit

Das Bewusstsein und die Aufmerksamkeit für die Tele-Reha haben aufgrund der COVID-19-Pandemie stark zugenommen. Deutliche Vorteile ergeben sich für Patient:innen mit gesundheitlichen Einschränkungen, da bspw. der Anreiseaufwand reduziert wird. Aufgrund der Alterung der Bevölkerung und der damit einhergehenden Zunahme chronischer Erkrankungen ist es wichtig, dass therapeutische Tele-Dienste weiterentwickelt und ausgebaut werden, um eine qualitätsvolle Versorgung zu gewährleisten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Tele-Reha ein wesentliches Instrument zur Sicherstellung der Versorgung und zur Überbrückung räumlicher Distanzen sowie zur Schaffung zusätzlicher Vorteile für Patient:innen, Einrichtungen und Fachkräfte ist. Eine besondere Bedeutung kommt hybriden Konzepten zu, also der Ergänzung stationärer Reha durch Tele-Reha. Die aktuelle Studienlage zur Tele-Reha zeigt, dass insbesondere im neurologischen Bereich, bisher eher kleinere Proband:innengruppen evaluiert wurden, weshalb die Ergebnisse noch variieren. Auch im pädiatrischen Bereich besteht weiterer Forschungsbedarf, die Effekte und Auswirkungen der Tele-Reha noch weiter zu untersuchen.

Literatur

- Ben-Pazi H, Beni-Adani L, Lamdan R. (2020). Accelerating Telemedicine for Cerebral Palsy During the COVID-19 Pandemic and Beyond. *Front Neurol.*; 11: 746.
- Camden, C., Pratte, G., Fallon, F., Couture, M., Berbari, J., & Tousignant, M. (2020). Diversity of practices in telerehabilitation for children with disabilities and effective intervention characteristics: Results from a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 42(24), 3424–3436. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1595750>
- Chumbler N, Quigley P, Li X, Morey M, Rose D, Sanford J et al. (20212). Effects of Telerehabilitation on Physical Function and Disability for Stroke Patients: A Randomized, Controlled Trial. *Stroke*; 43(8): 2168–74.
- Deutsche Rentenversicherung (2018). Anforderungen an Tele-Reha-Nachsorge [Internet]. 2018 [zitiert 21. Februar 2021]. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/nachsorge/nachsorge_tele_reha.pdf?__blob=publication-File&v=1
- Kruse S, Karem P, Shifflett K, Vegi L, Ravi K, Brooks M. (2018). Evaluating barriers to adopting telemedicine world- wide: A systematic review. *J Telemed Telecare.*; 24 (1):4–12.
- Schneider M, Steinbauer L, Schaden K. (2020). Telerehabilitation. *Soziale Sicherheit - Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung*; (10/2020):412–21.

Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund neurologischer Erkrankungen. Repräsentative Analysen auf Basis der DRV-Routinedaten

Anne-Kathrin Mayer; Pia Zollmann; Marco Streibelt

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die Gruppe neurologischer Erkrankungen umfasst so unterschiedliche Krankheitsbilder wie Migräne (ICD-10: G43/44, [2]), Epilepsie (G40/41), Multiple Sklerose (G35), Alzheimer (G30), Parkinson (G20/21) und zerebrovaskuläre Krankheiten, z.B. Schlaganfälle (I60-I69). Gemessen am Krankheitsaufkommen insgesamt ist der Anteil entsprechender Erkrankungen mit lediglich 6 % aller Krankenhausfälle relativ gering (DESTATIS/RKI, 2021). Ihre Bedeutung für das Versorgungssystem ist jedoch deutlich höher, da sie häufig sowohl mit motorisch-funktionellen als auch kognitiven und psychosozialen Beeinträchtigungen einhergehen, was die Rückkehr bzw. Wiedereingliederung in das Arbeitsleben deutlich erschwert (Schupp, 2011). Beispielsweise schätzt eine Meta-Analyse bei Schlaganfall die Wahrscheinlichkeit für einen Wiedereinstieg in eine berufliche Tätigkeit (Return to work, RTW) ein Jahr nach Ereignis auf 56 %; nach zwei Jahren auf 67 % (Duong et al., 2019). Insgesamt liegen jedoch nur wenige belastbare Informationen zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen vor. Ziel des Beitrags ist daher, auf der Basis repräsentativer Daten zur Beantwortung folgender Fragen beizutragen:

- (1) Wie hoch ist die berufliche Teilhabe neurologische Patient*innen im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation?
- (2) Welche Faktoren determinieren die berufliche Teilhabe?

Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD)-Verlaufserhebung der Jahre 2011 bis 2018 herangezogen. Eingeschlossen wurden alle pflichtversicherten Rehabilitand*innen, die im Jahr 2016 eine medizinische Rehabilitation mit einer Entlassungsdiagnose (1. Diagnose) aus dem Bereich der neurologischen Erkrankungen erhalten hatten (Untergruppen: C70-72, D32-33, G00-G99, I60-69). Als Indikator für die berufliche Wiedereingliederung wurde die stabile Beschäftigung 12 bzw. 24 Monate nach Reha-Ende herangezogen, definiert als aktive sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im 12. resp. 24. Monat des Beobachtungszeitraums sowie in den vorhergehenden 3 Monaten.

Die Stichprobenbeschreibung nach soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen bzw. krankheitsbezogenen Merkmalen erfolgte anhand der üblichen deskriptiven Kennwerte. Einflussfaktoren auf die stabile Beschäftigung wurden in logistischen Regressionsanalysen ermittelt. Alle Berechnungen wurden mit SPSS 26 vorgenommen.

Ergebnisse

Im Jahr 2016 erhielten 41.991 Pflichtversicherte eine medizinische Rehabilitation wegen neurologischer Erkrankungen. Hiervon hatten n=18.368 Personen (44%) die Erstdiagnose einer zerebrovaskulären Erkrankung (ZE) erhalten, n=6.343 (15%) litten an Multipler Sklerose (MS), n=17.280 Personen an sonstigen neurologischen Erkrankungen.

Neurologische Rehabilitand*innen waren durchschnittlich 50 Jahre alt; 43% waren weiblich. Etwa 15% wiesen im Jahr vor der Reha keine Fehlzeiten, 17% wenigstens sechsmonatige Fehlzeiten auf. MS-Rehabilitand*innen waren im Mittel ca. sechs Jahre jünger und mit 66% doppelt so häufig weiblich wie Rehabilitand*innen mit ZE, jedoch nur halb so häufig zu Beginn der Rehabilitation arbeitsunfähig (45% versus 89%). Rund die Hälfte der neurologischen Rehabilitand*innen (51%) erreichte bis zwei Jahre nach der Rehabilitation eine stabile berufliche Teilhabe. Unter Rehabilitand*innen mit ZE lag der entsprechende Anteil bei 48%, bei MS-Rehabilitand*innen war er mit 54% tendenziell höher.

In den multivariaten Vorhersagemodellen liegt die Modellgüte bei allen Modellen im moderaten Bereich (R² nach Nagelkerke: 0,27 bis 0,39; Area Under Curve AUC: 0,76 bis 0,82). Als stärkste Einflussfaktoren auf stabile berufliche Teilhabe erwiesen sich sowohl in der Gesamtgruppe als auch in den betrachteten Subgruppen (MS, ZE) die Fehlzeiten in den 12 Monaten vor der Rehabilitation sowie die Höhe des Entgelts vor Rehabilitation. Während das Alter in der ZE-Gruppe eine größere Rolle zu spielen scheint, besitzt die Arbeitsfähigkeit bei Reha-Antritt bei MS-Patient*innen höheren Stellenwert. Bei Letzteren beeinflusst zudem ein frühes Krankheitsstadium (Erstmanifestation) die Teilhabechancen nach einer Rehabilitation positiv.

Diskussion und Fazit

Der Beitrag liefert erstmals repräsentative Erkenntnisse zu sozialmedizinischen Risiken und beruflicher Teilhabe von Patient*innen, die aufgrund einer neurologischen Erkrankung eine medizinische Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung absolvierten. Die beobachteten Quoten der stabilen beruflichen Teilhabe liegen etwas niedriger als in der Literatur berichtet. Die Vorhersagemodelle zeigen, dass weder das Geschlecht noch der Bildungsstand eine relevante Einflussgröße auf stabile Beschäftigung darstellen. Demgegenüber lässt der vergleichsweise starke Zusammenhang der Einkommenshöhe einen Einfluss der sozialen Schichtzugehörigkeit vermuten. Darüber hinaus ist die Länge vorausgegangener Fehlzeiten für berufliche Teilhabe von großer Bedeutung. Unterschiede zwischen den betrachteten Diagnosegruppen scheinen sowohl soziodemografische Unterschiede als auch Spezifika der jeweiligen Erkrankung widerzuspiegeln.

Literatur

- DESTATIS/RKI (2021). Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000. Abgerufen am 12.10.21 unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=397842&p_sprache=D&p_help=3&p_indnr=594&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=
- Duong P, Sauv -Schenk K, Egan MY, Meyer MJ, Morrison T (2019). Operational Definitions and Estimates of Return to Work Poststroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 100: 1140-1152
- Schupp W. (2011). DGRW-Update: Neurologie – Von empirischen Strategien hin zu evidenzbasierten Interventionen, Rehabilitation 50: 354-362

Determinanten der Teilhabe am Arbeitsleben bei Multipler Sklerose (TAMuS) – Welche Parameter beeinflussen den Erwerbsstatus?

Melanie Peters¹; David Ellenberger²; Alexander Stahmann²; Juliane Lamprecht³; Nadine Schumann⁴; Selina Rindelhardt⁴; Kerstin Eichstädt²

¹ Gesellschaft für Versorgungsforschung mbH

² MS Forschungs- und Projektentwicklungs-gGmbH

³ Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

⁴ An-Institut für Neurorehabilitation NRZ Magdeburg

Hintergrund und Zielstellung

Multiple Sklerose (MS) gehört zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen im jungen Erwachsenenalter und wirkt sich bei großer Variabilität von Symptomen und Störungen, oft negativ auf die Erwerbstätigkeit der Erkrankten aus. Rund 18% der MS-Erkrankten beziehen bereits mit 44 Jahren Rentenleistungen aufgrund der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit (Flachenecker et al., 2020). Dabei ist der Verbleib der MS-Erkrankten im Erwerbsleben sowohl für die Erkrankten selbst als auch für das Gesundheitssystem von großer Bedeutung. Im Rahmen des durch die DRV Bund geförderten Forschungsprojektes TAMuS sollen mögliche Einflussfaktoren für den Erhalt der Erwerbstätigkeit bei MS-Erkrankten analysiert werden. Die Erkenntnisse können Grundlage der Gestaltung medizinisch und beruflich-orientierter Rehabilitationsleistungen sein und damit die Teilhabechancen der MS-Erkrankten verbessern. Anknüpfend untersucht die vorliegende Analyse von MS-Registerdaten, welche soziodemografischen, versorgungsspezifischen und krankheitsassoziierten Parameter zwischen erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen MS-Erkrankten differenzieren.

Methoden

Mittels Sekundärdatenanalyse retrospektiver Daten aus dem deutschen MS-Register der DMSG wurden insgesamt Datensätze von 22.738 MS-Erkrankten (16.204 Erwerbstätige und 6.534 Nicht-Erwerbstätige) ausgewertet. Einschlusskriterien waren: eine Visite im Zeitraum 01/2013 - 12/2020, Alter 18-60 Jahre, Daten zur Erwerbstätigkeit (Voll-/Teilzeit bzw. Frühberentung und Arbeitslosigkeit). Ausgeschlossen wurden MS-Erkrankte in beruflicher oder schulischer Ausbildung/Weiterbildung/Umschulung, Hausfrauen/-männer, Bundesfreiwilligendienstleistende/FSJ, Altersrentner/Pensionäre.

Die Analyse von Unterschieden in Bezug auf die Erwerbstätigkeit zur Nicht-Erwerbstätigkeit erfolgte, je nach Skalenniveau und Anzahl der zu vergleichenden Gruppen, mit t-Tests für unabhängige Stichproben, Mann-Whitney-U-Tests und Chi-Quadrat-Tests.

Ergebnisse

MS-Erkrankte, die einer Berufstätigkeit nachgehen, sind generell jünger (43,3 vs. 48,2 Jahre), haben eine geringere Krankheitsdauer (8,8 vs. 13,9 Jahre), einen niedrigeren EDSS (2,3 vs. 4,5) und bei ihnen besteht öfter eine schubförmige Verlaufsform (90% vs. 67%) (Tab. 1). Bezüglich der Geschlechterverteilung gab es keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen.

Tab. 1: Vergleich der Patientenkollektive

		erwerbstätig (n = 16.204)	nicht- erwerbstätig (n = 6.534)	p-Wert ³	Gesamtkohorte (n = 22.738)
Alter (Jahre)	Mittelwert (SD ²)	43,3 (± 9,7)	48,2 (± 8,8)	<0,001	44,7 (±8,8)
MS-Dauer (Jahre)	Mittelwert (SD)	8,8 (± 7,3)	13,9 (± 8,6)	<0,001	10,3 (±8)
Geschlecht	weiblich	69,4%	70,7%	0,06	69,8%
	männlich	30,6%	29,3%		29,3%
EDSS¹	Mittelwert (SD)	2,3 (±1,6)	4,5 (±2,1)	<0,001	2,9 (±2,0)
Verlaufsform	Schubförmige MS	90%	67,0%	<0,001	83,5%
	sekundär progredient MS	5,9%	25,5%		11,5%
	primär progredient MS	4,1%	7,5%		5,1%

¹ EDSS = Expanded Disability Status Scale; Skala zur Betrachtung des körperlichen Funktionsniveaus (von 0-10)

² SD = Standardabweichung

³ Chi-Quadrat-Test, Mann-Whitney-U-test und t-Test für binäre, ordinale und kontinuierliche Daten

Betrachtet man weitere krankheitsassoziierte Parameter, zeigt sich, dass nicht-erwerbstätige MS-Erkrankte im Vergleich zu erwerbstätigen MS-Erkrankten eine höhere Symptomlast bei allen Symptomen aufweisen. Häufigstes Symptom ist das eingeschränkte Gehvermögen (36,6% vs. 76,9%), gefolgt von Fatigue (50,6% vs. 69,0%), Spastik (20,9% vs. 53,9%) und einer gestörten Miktion (24,5% vs. 51,5%). Zudem erhalten erwerbslose MS-Erkrankte seltener eine krankheitsmodifizierende Therapie (78,4% vs. 70,3%; $p < 0,001$). Bezüglich soziodemografischer Parameter deutet eine höhere Schulbildung auf eine Begünstigung der Erwerbstätigkeit hin ($p < 0,001$). MS-Erkrankte, die in einer Lebensgemeinschaft leben, sind häufiger erwerbstätig als Alleinlebende ($p < 0,001$). Insbesondere erwerbslose Männer (39,5%) leben häufiger allein als erwerbslose Frauen (29,3%). Generell werden nicht-medikamentöse Therapieformen wie Physio-, Ergo- und Psychotherapie öfter von erwerbslosen MS-Erkrankten in Anspruch genommen als von erwerbstätigen (35,6% vs. 67,8%; $p < 0,001$). Ebenso verhält es sich mit Hilfsmitteln und Medizinprodukten. Mehr als die Hälfte der Erwerbslosen verwendet mind. ein Hilfsmittel der Kategorien: Gehhilfe, Rollator, Wannenhilfe oder Rollstuhl. Bei den Erwerbstätigen sind es lediglich 12,5% ($p < 0,001$).

Diskussion und Fazit

Übereinstimmend zu vorangegangenen Analysen (Gerhard et al., 2020; Flachenecker et al., 2021) zeigen die Ergebnisse deutliche Unterschiede im Hinblick auf die untersuchten Parameter von erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen MS-Erkrankten. Eine längere Erkrankungsdauer und ein damit verbundenes höheres Lebensalter, eine höhere Symptomlast sowie eine stärkere Behinderung können die Erwerbstätigkeit negativ beeinflussen. Neben den körperlichen Symptomen haben auch die „unsichtbaren“, wie Depression und kognitive Störung, einen erheblichen Einfluss auf den Verbleib in der Erwerbstätigkeit (Flachenecker et al., 2021). Die höhere Inanspruchnahme von Heil- und

Hilfsmitteln und Medizinprodukten sowie nicht-medikamentösen Therapieformen ist womöglich ein Resultat der vermehrten Symptomhäufigkeit. Zudem sind erwerbslose Erkrankte stärker von Behinderung betroffen u.a. vermehrte motorische Einschränkungen. Zwischen der primären und sekundären progredienten Verlaufsform und der niedrigeren Rate an verlaufsmodifizierenden Therapien besteht gegebenenfalls ein Zusammenhang, da mehr Erwerbslose an einer progredienten Verlaufsform erkrankt sind.

Aufbauend auf diesen Ergebnissen werden im zweiten Projektteil arbeitsplatz- und personenbezogene Parameter mittels quantitativer Befragung von MS-Erkrankten untersucht, um zu prüfen, inwieweit diese die Teilhabe am Arbeitsleben beeinflussen können.

Literatur

- Flachenecker, P., Eichstädt, K., Berger, K., Ellenberger, D., Friede, T., Haas, J., Kleinschnitz, C., Pöhlau, D., Rienhoff, O., Stahmann, A., Zettl, U. K. (2020). Multiple Sklerose in Deutschland: aktualisierte Auswertungen des MS-Registers der DMSG 2014–2018. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 88. 436–450.
- Flachenecker, P., Sterz, C., Gusowski, K., Meißner, H. (2021). Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit bei Multipler Sklerose – eine prospektive Studie zur Entwicklung und Evaluation eines symptom-spezifischen Assessment-Instrumentariums. *Neurologie & Rehabilitation*, 27. 37–48.
- 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.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin

Einfluss Posttraumatischer Belastungssymptome auf Häufigkeit körperlicher Beschwerden und Schmerzen nach Verbrennung: Konsequenzen für die Rehabilitation

Hubert Neubauer¹; Leila Harhaus¹; Hans Ziegenthaler²; Annette Stolle¹; Felix Klimitz¹; Ulrich Kneser¹

¹ BG Unfallklinik Ludwigshafen; ² Moritzklinik

Hintergrund und Zielstellung

Verbrennungsverletzungen führen zur Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der physischen und sozialen Integrität und können langandauernde Auswirkungen auf die psychische und physische Funktionsfähigkeit haben. Es verbleiben fast immer körperliche Beschwerden und häufig psychische Belastungen. Körperliche Beschwerden können sich in lokalen Beschwerden wie Hauttrockenheit, Verletzlichkeit der Haut, Taubheitsgefühl, Juckreiz, Spannungsgefühl oder in Allgemeinsymptomen wie Kälte- oder Wärmeempfindlichkeit, Gelenkschmerzen oder Schweissneigung äußern.

Ziel der Studie ist die Untersuchung der Häufigkeit von körperlichen Beschwerden, Schmerzen und psychischer Belastung und deren Zusammenhang.

Methoden

In der Beobachtungsstudie wurden 103 Patienten nach Verbrennungsverletzung zu Beginn der verbrennungsspezifischen Rehabilitation eingeschlossen und zum Beginn (T1) und Ende der Rehabilitation (T2) sowie nach 3 Monaten (T3) und 12 Monaten (T4) nach Entlassung aus der Rehabilitation nachuntersucht. Neben den epidemiologischen Daten werden körperliche Beschwerden in einem Interview erfasst. Durch Fragebogen werden Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) durch den „Impact of Event Scale-Revised“ (IES-R) abgefragt. Der IES-R Fragebogen umfasst 22 Fragen, mit dem posttraumatische Belastungssymptome in Bezug auf ein bestimmtes Ereignis bewertet werden. Er ist eine der am häufigsten verwendeten Messmethoden, um die Symptomatik der PTBS zu evaluieren. Schmerzen wurden anhand der numerischen Ratingskala (NRS 0-10) zu den Untersuchungszeitpunkten in Ruhe und bei Belastung (körperlicher Aktivität) erfasst.

Ausgewertet wurden körperliche Beschwerden bezüglich des Verbrennungsausmaßes mit $\leq 20\%$ verbrannte Körperoberfläche (vKOF) und $> 20\%$ vKOF sowie in Bezug auf Symptome einer PTBS anhand des IES-R.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 103 Rehabilitanden eingeschlossen (99 männlich, 4 weiblich) und zum Zeitpunkt T1 und T2 untersucht. Zum Stichtag 15.10.2021 wurden 76 Rehabilitanden zum Zeitpunkt T3 und 50 Rehabilitanden zum Zeitpunkt T4 nachuntersucht.

Für die Gesamtstichprobe betrug die durchschnittliche verbrannte Körperoberfläche (vKOF) $19,7 \pm 19,1\%$. Das Alter betrug durchschnittlich $44,6 \pm 13,5$ Jahre. Durchschnittlich erfolgten während der Akutbehandlung $2,9 \pm 5,9$ Operationen. Die Verteilung der körperlichen Beschwerden wird in Abb.1 zu den verschiedenen Nachuntersuchungszeitpunkten dargestellt. Die Schmerzen in Ruhe wurden zu T1 mit $1,8 \pm 1,9$, zu T2 mit $1,6 \pm 1,8$, zu T3 mit $1,4 \pm 1,4$ und zu T4 mit $0,98 \pm 1,4$ angegeben. Schmerzen bei Belastung wurden zu T1 mit $3,6 \pm 2,6$, zu T2 $2,7 \pm 2,1$, zu T3 mit $2,6 \pm 2,5$ und zu T4 mit $2,4 \pm 2,3$ angegeben.

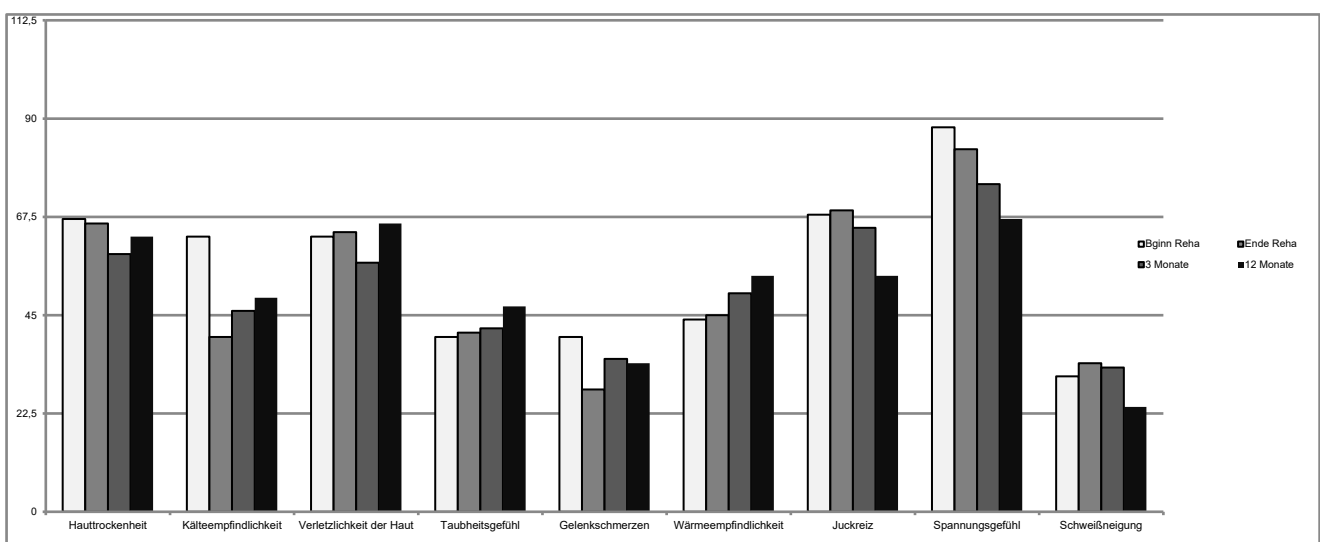


Abb. 1: Verteilung der körperlichen Beschwerden zu T1/T2/T3/T4

Subgruppenanalyse:

Großflächig vs. Kleinflächig Verletzte:

Bezüglich körperliche Beschwerden und Schmerzen wurden die Subgruppe von großflächig Verbrannten über 20 % vKOF mit Patienten mit geringerem Verbrennungsausmaß verglichen. Das durchschnittliche Verbrennungsausmaß großflächig Betroffener betrug $40,9 \pm 19,3$ % gegenüber

$9,3 \pm 5,9$ %. Bei der Analyse der körperlichen Beschwerden bei großflächig Verbrannten gaben diese zu allen Zeitpunkten signifikant häufiger „Verletzlichkeit der Haut“ an. Die Schmerzen blieben bei den großflächig Betroffenen über die Nachuntersuchungszeitpunkte im wesentlichen gleich, während die Schmerzen bei kleinflächig Betroffenen kontinuierlich abfielen.

Verdachtsdiagnose PTBS:

Bei der Betrachtung der Subgruppe von psychisch belasteten Patienten mit der Verdachtsdiagnose PTBS anhand des IES-R gegenüber nicht psychisch belasteten Patienten wurden zu allen Untersuchungszeitpunkten signifikant häufiger „Gelenkschmerzen“ angegeben. Die Schmerzangabe in Ruhe und bei Belastung fiel ab, war aber auf signifikant höheren Werten im Vergleich zu nicht psychisch belasteten Patienten und auch über den Werten von großflächig Betroffenen. Ein signifikant häufigeres Auftreten der Verdachtsdiagnose PTBS anhand des IES-R bei großflächigen Verbrannten Patienten fand sich in unserem Kollektiv nicht.

Diskussion und Fazit

Körperliche Symptome und psychische Belastungen nach schwerer Verbrennung sind teils mit dem Verbrennungsausmaß aber auch mit der psychischen Belastung bei PTBS verbunden. Neben den rein körperlichen Behandlung im Rahmen der verbrennungsspezifischen Rehabilitation ist die psychologische Behandlung für die langfristige körperliche Beschwerdesymptomatik und Schmerzen mit einzubeziehen.

Literatur

Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med.* ;41(3):209–18. <https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004>.

Neubauer, H., Stolle, A., Ripper, S. et al. (2019). Evaluation of an International Classification of Functioning, Disability and Health-based rehabilitation for thermal burn injuries: a prospective non-randomized design. *Trials* 20, 752. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3910-6>

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Studie zur Nachhaltigkeit von isoliertem Training der autochthonen Rückenstreckmuskulatur bei Pathologien an Hals- und Lendenwirbelsäule

Christoph Spang¹; Noa Peer²; Florian Alfen¹; Christoph Raschka²

¹ Wirbelsäulenzentrum Dr. Alfen; ² Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Bei Patienten mit chronischen Rücken- und Nackenbeschwerden kommt es meist zu einer Verfettung und einem qualitativen Abbau (Dekonditionierung) der autochthonen Rückenstütz- und streckmuskulatur sowie zu Inhibitionen im sensorisch-motorischen Bereich des Nervensystems (Schomacher & Falla, 2013; Steele et al., 2014; Danneels & Hodges, 2019). Die Wiederherstellung der neuromuskulären Funktionalität sollte laut einigen Autoren die Hauptaufgaben einer nachhaltigen Rückentherapie sein (Steele et al., 2014; Steele et al., 2015a). Während einige Studien bereits die klinische Wirksamkeit von maschinengestütztem isoliertem Training der autochthonen Streckmuskulatur bei Patienten mit unspezifischen Rückenbeschwerden belegt haben (Steele et al., 2015b), gibt es kaum Studien zur Nachhaltigkeit sowie zur Wirksamkeit bei Patienten mit spezifischen degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule.

Methoden

In dieser Studie wurden Daten eines konsekutiven Patientenkollektivs retrospektiv analysiert. Patienten wurden in die Studie eingeschlossen, wenn sie ein maschinengestütztes ärztlich geleitetes Rehabilitationsprogramm (18 Trainingseinheiten, 2x/Woche) zur isolierten Kräftigung der autochthonen Rücken- oder Nackenstreckmuskulatur („isolated lumbar/cervical extension resistance exercise“, ILEX/ICEX) im selben Wirbelsäulenzentrum in einem vorgegebenen Zeitraum absolvierten. Das Trainingsprogramm bestand aus einem Satz ILEX/ICEX mit progressiver Erhöhung des Trainingswiderstands sowie Ergänzungsübungen für die Rumpfstabilisation. Während der Therapie wurde das Bewegungsausmaß an die jeweiligen Diagnosen und dem subjektiven Schmerzempfinden der Patienten angepasst, mit dem Ziel die passiven Strukturen weitestgehend zu schonen. Vor (PRÄ) und direkt nach Therapieende (POST), sowie 6 bzw. 12 Monate nach Therapieende (Follow-Up) (FU6/FU12) wurden die Patienten nach ihrem Schmerzempfinden, ihren Einschränkungen im Alltag und ihrer psychischen Gesundheit mittels Fragebögen befragt (NRS, 0-10). Darüber hinaus wurden Faktoren wie Bewegungsverhalten auf ihren Beitrag zur Nachhaltigkeit der Therapie untersucht.

Ergebnisse

Es wurden Daten von 554 konsekutiven Patienten (220 Frauen, 334 Männer; Durchschnittsalter 51 Jahre) mit Pathologien und Beschwerden im Lendenwirbelsäulenbereich (LWS) sowie 211 konsekutiven Patienten (94 Frauen, 117 Männer; Durchschnittsalter 51 Jahre) mit Pathologien im Halswirbelsäulenbereich (HWS) herangezogen.

Bei LWS Patienten kam es durch die ILEX basierte Therapie zu einer signifikanten Reduktion der Beschwerden (PRÄ: 5.1 ±2.46, POST: 2.63 ±2.07, $p < 0.001$). An den Follow-Up

Zeitpunkten kam es zu keiner Erhöhung des Beschwerdeniveaus (FU6: 2.43 ± 2.08 , FU12: 2.46 ± 2.25). Die gleichen Ergebnisse wurden bezüglich Einschränkungen im Alltag (PRÄ: 5.57 ± 2.64 , POST: 2.71 ± 2.28 ($p < 0.001$), FU6: 2.41 ± 2.26 , FU12: 2.31 ± 2.39) und psychische Gesundheit (PRÄ: 5.46 ± 2.68 , POST: 2.63 ± 2.26 ($p < 0.001$), FU6: 2.37 ± 2.31 , FU12: 2.32 ± 2.38). Bei den HWS Patienten kam es nach der ICEX basierten Therapie zu den gleichen Effekten. Sämtliche NRS Werte reduzierten sich signifikant während der Therapie ($p < 0.001$) und blieben im Follow-Up Zeitraum unverändert.

LWS Patienten, die ein monatliches Erhaltungstraining absolvierten, hatten beim Zeitpunkt FU6 signifikant bessere NRS Werte ($p < 0.05$). Sportlich aktive Patienten hatten zu jedem Zeitpunkt bessere NRS Scores ($p < 0.05$) als nicht-aktive Patienten. Dies gilt gleichermaßen für Kraft und Ausdauer Sportarten. Bei HWS Patienten hatte sportliche Aktivität nur auf das Therapieergebnis einen signifikant positiven Einfluss, jedoch nicht mehr am Zeitpunkt FU6 und FU12.

Bei der Unterteilung der Diagnosegruppen in „unspezifischen Beschwerden“, „Bandscheiben-induzierte Radikulopathien“ und „Degenerative Veränderungen“ kam heraus, dass es in allen Untergruppen (LWS und HWS) bei mehr als 90% der Patienten während der Therapie zu einer Verbesserung der Symptome kam.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass machinengestütztes isoliertes Training der autochthonen Rückenmuskulatur eine nachhaltige Schmerzverbesserung erzielen kann und auch bei Patienten mit spezifischen degenerativen Wirbelsäulenpathologien erfolgreich eingesetzt werden kann. Sportliche Aktivität sowie ein monatliches Erhaltungstraining können die nachhaltigen Ergebnisse weiter verbessern.

Literatur

- Hodges, P.W., Danneels, L. (2019). Changes in Structure and Function of the Back Muscles in Low Back Pain: Different Time Points, Observations, and Mechanisms. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 49. 464-476.
- Schomacher, J., Falla, D. (2013). Function and structure of the deep cervical extensor muscles in patients with neck pain. *Manual Therapy*, 18. 360-366.
- Steele, J., Bruce-Low, S., Smith, D. (2014). A reappraisal of the deconditioning hypothesis in low back pain: review of evidence from a triumvirate of research methods on specific lumbar extensor deconditioning. *Current Medical Research and Opinion*, 30. 865-911.
- Steele, J., Bruce-Low, S., Smith, D. (2015a). A review of the specificity of exercises designed for conditioning the lumbar extensors. *British Journal of Sports Medicine*, 49. 291-297.
- Steele, J., Bruce-Low, S., Smith, D. (2015b). A review of the clinical value of isolated lumbar extension resistance training for chronic low back pain. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 7. 169-187.

Interessenkonflikt: Einer der Autoren ist an einer Firma beteiligt, die Maschinenkonzepte vertreibt, wie sie in dieser Studie angewandt wurden.

Verlaufseffekte in der verhaltensmedizinisch-orientierten Rehabilitation während der COVID-19-Pandemie und die Relevanz von Corona-bezogener psychischer Belastung

*Karin Meng¹; Dieter Benninghoven²; Claudia Isele³; Christof Neukirch³; Gabriele Sohr⁴;
Martin Holme⁴; Verena Heß¹*

¹ Julius-Maximilians-Universität Würzburg; ² Mühlenbergklinik -Holsteinische Schweiz;
³ Argentaklinik; ⁴ Reha-Zentrum Bad Pyrmont, Klinik Weser

Hintergrund und Zielstellung

Die Coronaviruspandemie machte Anpassungen der Rehabilitation an die geltende Pandemie-Verordnung (z.B. Gruppengrößen, Mund-Nasen-Schutz, Kontaktreduktion) erforderlich. Die Auswirkungen dieser Anpassungen auf den Rehabilitationserfolg waren nicht absehbar. Dies galt auch für die Auswirkung der Belastungen der Pandemie auf Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen und Indikation für eine verhaltensmedizinisch-orientierte Rehabilitation (VOR). Das Befinden dieser Patientengruppe mit chronischen Schmerzen und psychischer Komorbidität bzw. Problemen bei der Krankheitsbewältigung könnte durch die Pandemie auf mehreren Ebenen beeinflusst werden (u.a. Corona-bezogene Sorgen, Aktivitätsreduktion, Verstärkerverlust, Verfügbarkeit ambulanter Versorgung). Der Zugang zur rehabilitativen Versorgung könnte auch eine Entlastung sein.

Inwiefern diese Faktoren das Rehabilitationsergebnis in der VOR beeinflussen, wird als Teilstudie eines Forschungsprojekts untersucht. Die folgenden Fragestellungen werden explorativ geprüft:

- (F1) Welche Verlaufseffekte (Prä-Post-Effekte) bestehen bei Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen in der COVID-19 angepassten VOR hinsichtlich proximaler und distaler Zielparameter?
- (F2) Welche Zusammenhänge weisen Corona-bezogene Ängste und Anpassungsprobleme mit den Reha-Zielparametern im Rehabilitationsverlauf auf?

Methoden

Multizentrische, prospektive Kohortenstudie mit 3 Messzeitpunkten in der orthopädischen VOR. Eligible Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen wurden in 3 Kliniken konsekutiv in die Studie aufgenommen (Zeitraum: September 2020 bis Mai 2021). Die Datenerhebung erfolgt zu Reha-Beginn (T1), Reha-Ende (T2) sowie nach 6 Monaten (T3) mittels schriftlicher Selbstauskunftsfragebögen. Primäre Zielkriterien waren die Schmerzbewältigungskompetenz (FESV, kognitive und verhaltensbezogene Bewältigungsskalen) und die psychische Belastung (PHQ-9, GAD-7). Weitere Zielkriterien waren: Selbstmanagement (Schmerzakzeptanz CPAQ-D, körperliche Aktivität Godin-Skala), Schmerz (NRS), Schmerzbeeinträchtigung im Alltag (PDI) und Lebensqualität (SF-12).

Als mögliche Einflussparameter wurde die Corona-bezogene psychische Belastung (Ängste und Symptome einer Anpassungsstörung) geprüft und mit folgenden Instrumenten erfasst: Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S; Ahorsu, 2020), ADNM-20 (mit Bezug zur Coronaviruspandemie).

Zur statistischen Analyse wurden (F1) Prä-Post-Effekte (T1-T2) mit t-Tests für abhängige Stichproben berechnet und Effektgrößen (SES, standardized effect size) mit Konfidenzintervallen (95%-KI) bestimmt. Die Zusammenhänge (F2) wurden mittels Korrelations- und Regressionsanalysen im Quer- und Längsschnitt (T1, T2) exploriert. Die Analysen im Längsschnitt wurden mit residualisierten Veränderungswerten der Einfluss- (FCV-19S, ADNM-20 Kernsymptomskalen: Präokkupationen, Fehlanpassung) und Zielparametern berechnet und für andere Einflussparameter adjustiert.

Die Stichprobe umfasst 166 Rehabilitanden. Der Frauenanteil liegt bei 84%, das Durchschnittsalter bei 53 Jahren (SD=7.0). 72% leben in einer Partnerschaft. 16% haben einen Volks-/Hauptschulabschluss, 45% Realschulabschluss/Mittlere Reife, 15% Fachhochschulreife und 23% Abitur. 94% sind erwerbstätig, 4% arbeitslos. Zu T2 liegen Daten von 95% der Stichprobe vor.

Ergebnisse

(F1) Im Rehabilitationsverlauf (T1-T2) liegen signifikante kleine bis mittlere Verlaufseffekte in der Schmerzbewältigung (6 Skalen: $d=0.32-0.74$) und signifikante große Effekte hinsichtlich einer Reduktion der psychischen Belastung vor (Depressivität: $d=0.86$, $KI=0.70-1.03$; Ängstlichkeit: $d=0.99$, $KI=0.81-1.17$). Positive Verlaufseffekte ($p < 0.05$) lassen sich auch für die meisten sekundären Reha-Zielparameter nachweisen: Schmerzakzeptanz (Aktivitätsbereitschaft: $d=0.15$, $KI=0.04-0.27$), Schmerz ($d=0.65$, $KI=0.50-0.81$), Alltagsbeeinträchtigung ($d=-0.43$, $KI=0.32-0.54$), subjektive Gesundheit (körperlich: $d=0.44$, $KI=0.58-0.29$; psychisch: $d=0.79$, $KI=0.61-0.97$).

(F2) Zu Reha-Beginn bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen den Corona-bezogenen Belastungsskalen und einigen Reha-Zielparametern. Stärkere Corona-bezogene Ängste oder Anpassungsprobleme sind mit höherer Depressivität ($r=0.22-0.36$), höherer Angst ($r=0.20-0.38$), geringerer Schmerzakzeptanz ($r=-0.16--0.33$), höherer Funktionsbeeinträchtigung ($r=0.16-0.27$) und geringerer psychischer Lebensqualität ($r=-0.30--0.51$) assoziiert. Bezüglich der Schmerzbewältigungsskalen, der körperlichen Aktivität sowie der körperlichen Lebensqualität zeigen sich einzelne signifikante negative Korrelationen mit der Anpassungssymptomatik, es liegen jedoch keine Zusammenhänge mit der Schmerzstärke vor.

Auch im Rehabilitationsverlauf zeigen sich einige signifikante Zusammenhänge. Eine Verringerung von Corona-bezogenen Ängsten oder Fehlanpassung geht jeweils mit einer Verringerung von Depressivität und Angst sowie einer Verbesserung der psychischen Lebensqualität einher. Die Verringerung der Fehlanpassung ist auch mit einer Verbesserung der Schmerzbeeinträchtigung im Alltag assoziiert.

Diskussion und Fazit

In der an die Pandemiebedingungen angepassten VOR können durchgängig positive kurzfristige Verlaufseffekte für proximale und distale Reha-Zielparameter nachgewiesen werden. Diese sind mit positiven Reha-Verlaufseffekten vergleichbar, wie sie in der Literatur vor der Pandemie berichtet werden (u.a. Semrau et al., 2021).

Die Corona-bezogene psychische Belastung weist vor allem Zusammenhänge mit der psychischen Belastung und Lebensqualität, Schmerzakzeptanz und Schmerz-

beeinträchtigung im Alltag auf. Auch die in der Rehabilitation erzielten Verbesserungen in diesen Parametern sind mit der Verringerung Corona-bezogener psychischer Belastung assoziiert. Corona-bezogene Ängste und Anpassungsprobleme sind somit auch ein relevanter Therapiefaktor und sollten in der Reha adressiert werden. Eine abschließende Bewertung deren prospektiver Bedeutung kann auf Grundlage der noch ausstehenden mittelfristigen Verlaufsdaten erfolgen. Als Limitation ist zu berücksichtigen, dass keine Kontrollgruppe vorliegt und die Ergebnisse somit keine Wirksamkeitsaussagen zulassen.

Literatur

Ahorsu, D.K., Lin, C.Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M.D., Pakpour, A.H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.

Semrau, J., Hentschke, C., Peters, S., Pfeifer, K. (2021). Effects of behavioural exercise therapy on the effectiveness of multidisciplinary rehabilitation for chronic non-specific low back pain: a randomised controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* 22, 500. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04353-y>.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Wer profitiert von einer verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation in der Orthopädie nach zehn Monaten?

Miriam Markus; Matthias Bethge

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Gesundheit sind eng miteinander assoziiert. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Muskel-Skelett-Erkrankungen haben ein 1,6-fach höheres Risiko, eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen, wenn sie zusätzlich eine psychische Erkrankung haben (Schmidt et al., 2014). Um die Rehabilitationsziele in der medizinischen somatischen Rehabilitation auch bei psychischer Komorbidität zu erreichen, wurde die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation entwickelt. Hinweise auf die Wirksamkeit dieses multidisziplinären Programms liegen sowohl unter randomisierten kontrollierten Bedingungen (Bethge, Müller-Farnow, 2008; Hampel et al., 2019) als auch unter realen Versorgungsbedingungen vor (Markus et al., 2021). In der realen Versorgungspraxis sind die Effekte allerdings klein. Unsere Analysen prüften die Effekte bei Erreichung der intendierten Zielgruppe und der Mindesttherapiedosis.

Methoden

In unsere Analysen wurden 18- bis 65-jährige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Muskel-Skelett-Erkrankungen eingeschlossen, die eine verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) oder eine herkömmliche medizinische Rehabilitation (MR) erhalten hatten. Um vergleichbare Kontrollen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer der VOR zu

identifizieren, wurde ein Propensity Score Matching durchgeführt. Zielkriterien waren die stabile Rückkehr in Arbeit und verschiedene Aspekte von Gesundheit, beruflicher Situation und Bewältigungsstrategien. Diese wurden mittels Fragebogen zehn Monate nach der Rehabilitation erfasst. Die intendierte Zielgruppe wurde mit Hilfe des GAD-2 (Ängstlichkeit) und des PHQ-2 (Depressivität) identifiziert. Dokumentierte therapeutische Rehabilitationsleistungen und Rehabilitationsdauer wurden den Rehabilitations-entlassungsberichten entnommen. Informationen zu Erwerbstätigkeit und Transfer-leistungsempfang im Jahr nach der Rehabilitation wurden den Forschenden durch die Deutsche Rentenversicherung Bund zur Verfügung gestellt.

Um zu überprüfen, ob der Behandlungseffekt von der intendierten Zielgruppe beeinflusst wird, wurden stratifizierte Analysen nach der vor Rehabilitationsbeginn erfassten psychischen Komorbidität (Depressivität, Ängstlichkeit) durchgeführt. Eine Per-Protocol-Analyse sollte zeigen, ob die Effekte zugunsten der VOR höher sind, wenn die Behandlungstreue erreicht wird. In diese Analyse haben wir nur Patientinnen und Patienten einbezogen, die tatsächlich die minimale Behandlungsdosis von 34,5 Stunden in der VOR bzw. weniger als 34,5 Stunden verhaltensmedizinisch orientierte Therapien in der MR erhalten haben.

Ergebnisse

Insgesamt konnten die Daten von 3.550 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (mittleres Alter: 53,5 Jahre (SD = 7,0); 74,3 % Frauen) berücksichtigt werden. Mittels Propensity Score Matching konnten Stichproben mit vergleichbaren Stichprobenmerkmalen generiert werden. Die Analysen zeigten deutlich höhere Vorteile der VOR bei stark belasteten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Insbesondere depressive Patientinnen und Patienten konnten von der VOR profitieren. Depressive Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer VOR gaben signifikant bessere Werte in subjektiver Arbeitsfähigkeit (Cohens $d = 0,34$), körperlicher Funktionsfähigkeit ($d = 0,19$), Schmerzbeeinträchtigung ($d = -0,23$), Depressivität ($d = -0,26$), Angst-Vermeidungs-Überzeugungen ($d = -0,23$) und Selbstmanagementfähigkeiten ($d = 0,30$) im Vergleich zu Teilnehmerinnen und Teilnehmern einer MR an. Bei Patientinnen und Patienten ohne Depressivität zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen VOR und MR. Stratifizierte Analysen nach Ängstlichkeit zeigten ähnliche Ergebnisse, jedoch mit geringeren Effektstärken.

Die Per-Protocol-Analyse zeigte signifikante Effekte auf die subjektive Arbeitsfähigkeit ($d = 0,35$), die körperliche Funktionsfähigkeit ($d = 0,20$), Angst-Vermeidungs-Überzeugungen ($d = -0,22$) und Selbstmanagementfähigkeiten ($d = 0,26$), wenn die empfohlene Mindestdosis von 34,5 Stunden verhaltensmedizinisch orientierter Therapien tatsächlich erbracht wurde.

Diskussion und Fazit

Unsere Studie zeigt, dass vor allem depressive und ängstliche Patientinnen und Patienten von der VOR profitieren. Darüber hinaus profitieren Rehabilitandinnen und Rehabilitanden besonders dann von einer VOR, wenn die empfohlene Mindestdosis verhaltensmedizinisch orientierter Therapien tatsächlich erbracht wurde. In beiden Fällen zeigte sich eine Verdopplung der Effekte zugunsten der VOR, die wir für die Gesamtheit der VOR behandelten Personen berichtet haben (Markus et al., 2021). Die Wirksamkeit spiegelt sich vor allem in besseren Krankheits- und Bewältigungskompetenzen wider.

Die Ergebnisse zeigen, dass eine zielgruppengerechte Zuweisung sowie eine Behandlungstreue im Hinblick auf die empfohlene Mindesttherapiedosis von 34,5 Stunden wichtig sind, um die VOR wirksam und effizient zu gestalten. Zur Identifikation der Zielgruppe kann der PHQ-4 dienen. Künftige Studien sollten klären, inwiefern nicht nur die Quantität der therapeutischen Leistungen, sondern auch deren konkrete inhaltliche Ausgestaltung die Wirksamkeit der VOR beeinflusst.

Literatur

- Bethge, M., Müller-Fahrnow, W. (2008). Wirksamkeit einer intensivierten stationären Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen: systematischer Review und Meta-Analyse. *Rehabilitation*, 47. 200-209.
- Hampel, P., Köpnick, A., Roch, S. (2019). Psychological and work-related outcomes after inpatient multidisciplinary rehabilitation of chronic low back pain: a prospective randomized controlled trial. *BMC Psychology*, 7. 6.
- Markus, M., Euhus, A., Bethge, M. (2021). Effectiveness of behavioural medical rehabilitation under real-life conditions in Germany: A propensity-score matched analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 53 (accepted).
- Schmidt, C., Bernert, S., Spyra, K. (2014). Zur Relevanz psychischer Komorbiditäten bei chronischem Rückenschmerz: Häufigkeitsbild, Erwerbsminderungsrenten und Reha-Nachsorge im Zeitverlauf der Reha-Kohorten 2002–2009. *Rehabilitation*, 53. 384-389.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Anspruch auf Kurzarbeitergeld für Beschäftigte im Rahmen eines Budgets für Arbeit

Philipp Jahn

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Um Menschen mit Behinderung den schrittweisen Übergang von den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erleichtern und zugleich den Arbeitsmarkt inklusiver zu gestalten hat der Gesetzgeber u.a. das Budget für Arbeit im Teilhaberecht verankert (§ 61 SGB IX). Im Zusammenhang mit den staatlichen Infektionsschutzmaßnahmen wegen des SARS-Cov-2-Virus ist es zu vorübergehenden Betriebsschließungen gekommen, die Fragen zur Überbrückung dieser Ausnahmesituation aufwarfen und die Inklusionsfestigkeit der mit dem Budget für Arbeit geförderten Arbeitsverhältnisse auf eine Probe gestellt. Bei Arbeitsausfällen wird Kurzarbeitergeld gewährt, um Arbeitslosigkeit zu vermeiden. Beim Kurzarbeitergeld handelt es sich um eine durch Beiträge finanzierte Entgeltersatzleistung. Der maßgebliche Anknüpfungspunkt für den Anspruch auf Kurzarbeitergeld ist das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis als persönliche Voraussetzung i.S.v. § 98 SGB III. Im Rahmen dieses Beitrages wird die Frage bearbeitet, ob Budget-Beschäftigte der Versicherungspflicht im SGB III unterliegen und somit während der Corona-Krise wie andere Beschäftigte auch durch Kurzarbeitergeld abgesichert sein können.

Methoden

Die Bearbeitung der aufgeworfenen Frage erfolgt mit rechtswissenschaftlichen Methoden unter Einbeziehung einschlägiger sozialrechtlicher Literatur und Judikatur.

Ergebnisse

Die Inanspruchnahme eines Budgets für Arbeit (BfA) nach § 61 I SGB IX setzt dem Wortlaut nach die Aufnahme eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses bei einem privaten oder öffentlichen Arbeitgeber voraus. Der Abschluss sowie dessen Vollzug belegen, dass diese Menschen mit der Unterstützung des BfA bezahlte Arbeit im Rahmen eines regulären Beschäftigungsverhältnisses erbringen und trotz ihrer individuellen Beeinträchtigung dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Die mit einem BfA beschäftigten behinderten Menschen erfüllen damit den Beschäftigungsbegriff des § 7 SGB IV und müssten konsequenterweise auch der Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung gem. § 25 I S. 1 SGB III unterliegen. Der Gesetzgeber folgte dem nicht, vielmehr nahm er an, dass die BfA-Beschäftigten dem Arbeitsmarkt wegen voller Erwerbsminderung nicht zur Verfügung stünden und sich die Versicherungsfreiheit somit aus § 28 I Nr. 2 SGB III ergäbe. Ein expliziter Ausschluss der Budgetbeschäftigten aus der Arbeitslosenversicherung, entweder in § 61 SGB IX oder § 28 SGB III, fehlt allerdings.

Diskussion und Fazit

Nach der Gesetzesbegründung für § 61 SGB IX (Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 256) bedarf es keiner Feststellung der vollen Erwerbsminderung i.S.d. § 43 SGB VI durch den Träger der Gesetzlichen Rentenversicherung, die BfA-Beschäftigten gelten lediglich als voll erwerbsgemindert. Leistungsberechtigt für ein BfA sind gem. § 61 SGB IX Menschen, die einen Anspruch auf Leistungen im Arbeitsbereich einer anerkannten WfbM nach § 58 I S. 1 SGB IX haben. Eine bestehende volle Erwerbsminderung für die Aufnahme in eine WfbM lässt sich der Norm jedoch nicht entnehmen. Eine solche Annahme widerspräche vielmehr dem Grundgedanken des § 56 SGB IX, wonach die Leistungen in WfbM u.a. erbracht werden, um die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der Betroffenen zu erhalten. Die Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit setzt aber denklogisch voraus, dass diese überhaupt noch vorhanden sein muss. Der Ausschluss aus der Arbeitslosenversicherung lässt sich aufgrund der Gesetzessystematik nicht auf die Gesetzesbegründung stützen und bedürfte daher einer transparenten Regelung im Gesetz. Das Ergebnis der rechtssystematischen Auslegung wird durch das Verbot der Diskriminierung verstärkt. Im Rahmen des behinderungsspezifischen Benachteiligungsverbots liegt eine diskriminierende Benachteiligung auch bei einem Ausschluss behinderter Menschen von Entfaltungs- und Betätigungsmöglichkeiten vor, soweit dieser Ausschluss nicht durch eine Fördermaßnahme ausreichend kompensiert wird (Bundesverfassungsgericht, 1997). Ebenso wie Menschen ohne Behinderung können die BfA-Beschäftigten von konjunkturellen Krisen betroffen sein. Infolgedessen muss sämtlichen Arbeitnehmern auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, unabhängig davon, ob diese durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gefördert werden, das Recht zustehen, sich einerseits am allgemeinen Arbeitsmarkt neu zu orientieren sowie andererseits durch die Eingehung eines neuen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses ihre sozialversicherungsrechtliche Absicherung aus der bisherigen Beschäftigung zu erhalten. Ein Ausschluss von den aktiven Leistungen der Arbeitsförderung, wie er vom Gesetzgeber angedacht ist, knüpft allein an der individuellen Beeinträchtigung der Beschäftigten an und trafe daher systematisch behinderte Menschen. Der Gesetzgeber begründet die Ausklammerung damit, dass die BfA-Beschäftigten beim Scheitern des Arbeitsverhältnisses einen Aufnahmeanspruch zurück in die WfbM haben und aus diesem Grund nicht auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung angewiesen seien. Doch auch der Betrieb kann seine Tore schließen, sei es infolge betriebsbedingten Arbeitsplatzabbaus oder wegen konjunkturell bedingter Kurzarbeit. Ohne eine Risikoabsicherung bei betrieblich angeordneter Kurzarbeit bliebe den Betroffenen zwangsläufig nur die Aufnahme einer Tätigkeit in einer WfbM. Ein solcher Zwang zur Rückkehr widerspricht nicht nur dem Wunsch- und Wahlrecht der Menschen mit Behinderung, es konterkariert auch den Inklusionsauftrag der UN-BRK, deren Ziel ein offener, integrativer und zugänglicher Arbeitsmarkt ist.

Literatur

Bundesverfassungsgericht (1997). 08.10.1997 – 1 BvR 9/97.

Jahn (2020). Anspruch auf Kurzarbeitergeld für Beschäftigte im Rahmen eines Budgets für Arbeit; Beitrag D17-2020 unter www.reha-recht.de.

Mattern (2020). Das Budget für Arbeit – Diskussionsstand und offene Fragen – Teil I bis Teil III, Beiträge D5-2020 bis D7-2020 unter reha-recht.de.

Nebe/Waldenburger (2014). Budget für Arbeit, Forschungsprojekt im Auftrag des Integrationsamtes des Landschaftsverbandes Rheinland, abrufbar unter https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/menschenmitbehinderung/1_dokumente/arbeitundausbildung/dokumente_229/15_0456_Forschungsbericht_barrierefrei.pdf

Schaumberg (2018). Das Budget für Arbeit – Erste Überlegungen zur Anwendung in der Praxis; Beitrag A8-2018 unter www.reha-recht.de.

Arbeitslosengeld bei Langzeiterkrankung trotz Wiedereingliederungsbemühungen – kohärente Abstimmung zwischen Arbeits- und Sozialrecht

Philipp Jahn

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Die Anwendung des Sozialrechts darf nicht dazu beitragen, dass Bemühungen um Wiedereingliederung zur Verschlechterung der Sozialleistungsbezüge führen. Ein inklusiver Arbeitsmarkt darf nicht nur den Zugang, sondern muss ebenso den Wiedereinstieg und den Verbleib von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen im Blick haben. Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die ihre bisherige Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben können und deren Krankengeldanspruch erschöpft ist, befinden sich in einer wirtschaftlich prekären Situation. Die betroffenen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sind also angehalten, sich mit ihrem verbliebenen Leistungsvermögen arbeitslos zu melden und Arbeitslosengeld zu beantragen. Wird eine Erwerbsminderung i.S.d. § 43 SGB VI vom zuständigen Rentenversicherungsträger abgelehnt, sind sie weiter in ihrem bisherigen Arbeitsverhältnis arbeitsunfähig und daneben arbeitslos. Ein Anspruch auf Arbeitslosengeld setzt u.a. voraus, dass die betroffene Person beschäftigungslos i.S.d. § 138 Abs. 1 Nr. 1 SGB III ist. Das Vorliegen einer etwaigen Beschäftigungslosigkeit i.S.d. § 138 Abs. 1 Nr. 1 SGB III thematisiert dieser Beitrag. Die Frage stellt sich beispielsweise, wenn im Rahmen einer fristgerechten Kündigung nach langer Arbeitsunfähigkeit die betroffene Arbeitnehmerin oder der betroffene Arbeitnehmer (nur) widerruflich von der Erfüllung ihrer/seiner Arbeitspflicht freigestellt worden ist. Eine widerrufliche Freistellung von der Arbeitsleistung durch den Arbeitgeber bewirkt für die Arbeitnehmerseite, dass sie grundsätzlich jederzeit wieder zur Arbeitsleistung verpflichtet werden kann.

Methoden

Die Bearbeitung der aufgeworfenen Frage erfolgt mit rechtswissenschaftlichen Methoden unter Einbeziehung einschlägiger sozialrechtlicher Literatur und Judikatur. Maßgeblich ist vor allem die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, in der herausgearbeitet worden ist, dass der Begriff des Beschäftigungsverhältnisses kontextabhängig und funktionsdifferent auszulegen ist.

Ergebnisse

Das Gesetz stellt bewusst auf die sozialrechtlich geprägte Beschäftigung nach § 7 Abs. 1 S. 1 SGB IV statt auf den engeren Begriff des Arbeitsverhältnisses ab. Ein Arbeitnehmer steht demnach – unabhängig vom Fortbestand des Arbeitsverhältnisses – regelmäßig nicht mehr in einem leistungsrechtlichen Beschäftigungsverhältnis, wenn die Beschäftigung faktisch ein Ende gefunden hat. Davon sei auszugehen, wenn die das Beschäftigungsverhältnis prägende persönliche Abhängigkeit des Beschäftigten, die sich in dem Direktionsrecht des Arbeitgebers und der Dienstbereitschaft des Arbeitnehmers ausdrückt, entfallen ist. Zur Beurteilung bedürfe es schließlich einer Gesamtwürdigung der tatsächlichen Verhältnisse im Einzelfall. Gibt der Arbeitgeber eindeutig zu erkennen, dass er seine Verfügungsbefugnis nicht mehr ausüben und auch kein Arbeitsentgelt zahlen will, wie dies bspw. durch Kündigung mit widerruflicher Freistellung erfolgen kann, besteht im Sinne des Leistungsrechts Beschäftigungslosigkeit. Die höchstrichterliche Rechtsprechung führt dazu Attribute an, die Indizwirkung für die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses entfalten können: z.B. die (lange) Dauer des Krankengeldbezuges, längere eingeschränkte gesundheitliche Leistungsfähigkeit, die persönliche Arbeitslosmeldung nach § 141 SGB III, eine etwaige Rentenantragstellung, aber auch fehlende betriebliche Einsatzmöglichkeiten. Für den Bestand eines Beschäftigungsverhältnisses und somit gegen einen Anspruch auf Arbeitslosengeld sprächen dagegen Eingliederungsversuche bzw. Versuche der Arbeitsaufnahme.

Diskussion und Fazit

Dieses Resultat ist vor allem für gesundheitlich beeinträchtigte, arbeitsunfähige Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die sich in der Aussteuerung, also nach dem Ende des Krankengeldbezuges, befinden, unbefriedigend. Nach der Argumentation der Rechtsprechung schaden Bemühungen um eine Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit mittelbar der eigenen sozialen Absicherung durch Arbeitslosengeld. Dies ist insofern widersprüchlich, als die Reintegration erkrankter Arbeitnehmer, orientiert am generell präventiven Leitbild des SGB IX, ein bedeutsames gesetzgeberisches Anliegen darstellt. Hierfür sprechen vor allem die Existenz der verschiedenen Beschäftigungssicherungsinstrumente des SGB IX, namentlich das betriebliche Eingliederungsmanagement gem. § 167 Abs. 2 S. 1 SGB IX und die stufenweise Wiedereingliederung gem. § 44 SGB IX. Beiden Instrumenten liegt der Normzweck zugrunde, längerfristige Arbeitsunfähigkeiten früher zu beenden und den Erhalt des bisherigen Arbeitsplatzes zu sichern. Die betroffenen Personen erwerben ihre Anwartschaften darüber hinaus nicht nur im langjährigen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis, sondern eben auch durch den Bezug von Krankengeld gem. § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III. Da auch während einer widerruflichen Freistellung fortlaufend Arbeitsunfähigkeit besteht, bis die Arbeitnehmer die volle Leistungsfähigkeit wieder erreicht haben, ruhen die arbeitsvertraglichen Leistungspflichten und damit auch die Pflicht zur Entgeltzahlung. Wichtig ist deshalb die kontinuierliche soziale Absicherung des Lebensunterhalts der betroffenen Personen in Form des Arbeitslosengeldes. Das Arbeitslosengeld bietet als sozialversicherungsrechtliche Entgeltersatzleistung im Gegensatz zur subsidiären Grundsicherung notwendige Unterstützung und Schutz, um sozialer Exklusion vorzubeugen. Die Arbeitgeber haben die Reichweite ihrer Freistellungserklärung möglicherweise nicht im Blick. Folglich müssen auch

die betrieblichen Interessenvertretungen in jedem Einzelfall über die Konsequenzen beraten. Auch im Rahmen der sozialrechtlichen Pflicht der Krankenkassen gem. § 44 Abs. 4 SGB V muss deshalb auf eine für den Arbeitslosengeldbezug förderliche Arbeitgebererklärung geachtet werden.

Literatur

Bundessozialgericht, Urteil vom 12. September 2019 – B 11 AL 20/18 R.

Jahn, P. (2021). Beschäftigungslosigkeit i.S.d. § 138 Abs. 1 SGB III – Anmerkung zum Urteil des Bundessozialgerichts vom 12. September 2019 – B 11 AL 20/18 R; Beitrag A31-2021 unter www.reha-recht.de.

Das Budget für Arbeit – Ergebnisse einer explorativen Studie

Lea Mattern; Tonia Rambauser-Haß; Gudrun Wansing

Humboldt-Universität zu Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Als Bestandteil des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wurde am 01.01.2018 mit § 61 SGB IX das Budget für Arbeit (BfA) bundesweit eingeführt, nachdem es zuvor in einigen Bundesländern erfolgreich erprobt worden war (Nebe, Waldenburger 2014). Es soll Menschen mit Behinderungen, die Anspruch auf Leistungen im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) haben (§ 58 Abs. 1 SGB IX), den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt erleichtern und so Teilhabe am Arbeitsleben ermöglichen. Zugangsvoraussetzung ist außerdem ein Arbeitsvertrag. Dem Arbeitgeber wird ein Lohnkostenzuschuss (LKZ) zum Ausgleich der Minderleistung und der Aufwendungen für Anleitung und Begleitung des Menschen mit Behinderungen in Höhe von bis zu 75 % des regelmäßig gezahlten Entgelts gewährt (höchstens jedoch 40 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV, von der landesrechtlich nach oben abgewichen werden kann).

Die hier vorgestellte, explorative Studie wurde Ende 2019 im Rahmen des Projektes "Partizipatives Monitoring der aktuellen Entwicklung des Rehabilitations- und Teilhaberechts bis 2021" an der Humboldt-Universität zu Berlin durchgeführt. Sie soll erste Hinweise auf mögliche Förderfaktoren und Hindernisse bei der Umsetzung des BfA liefern. Aufgrund der begrenzten Verfügbarkeit von Daten zur Umsetzung des BfA (Mattern, 2020) wurde ein qualitativ-exploratives Design mit offener Fragestellung gewählt. So wurde u.a. nach Motiven, Erwartungen, Erfahrungen und Bewertungen hinsichtlich der Inanspruchnahme des BfA gefragt.

Methoden

Die explorative Studie wurde in Berlin durchgeführt, wo es vor 2018 kein Modellprojekt zum BfA gab, sodass sich auch noch keine Routinen in der Administration entwickeln konnten. Als Erhebungsmethode wurden, jeweils leitfadengestützt, das Fokusgruppeninterview und das Einzelinterview gewählt. Die fünf Fokusgruppen setzten sich jeweils aus den an der Umsetzung des BfA beteiligten Akteuren zusammen (Leistungsberechtigte, Arbeitgeber,

Unterstützer*innen, Leistungsträger und Modellprojekte). Zwei Einzelinterviews wurden mit Budgetnehmenden geführt. Es waren Menschen mit kognitiven, psychischen sowie physischen Beeinträchtigungen vertreten. Alle Interviews wurden aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Die Transkriptionen wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015) unterzogen, unterstützt durch die Software MAXQDA (Kuckartz, 2010).

Ergebnisse

Die Befragten sind sich weitestgehend einig, dass eine große Barriere der Umsetzung im geringen Informationsstand zum BfA besteht, vor allem bei den Leistungsberechtigten. In den Augen der Befragten finde Öffentlichkeitsarbeit von offizieller Seite kaum statt, barrierefreie Informationen seien kaum verfügbar. Des Weiteren bestehen Missverständnisse hinsichtlich der Zugangsvoraussetzungen. Interviewteilnehmende gehen irrtümlich davon aus, dass potentielle Budgetnehmende zwingend dauerhaft voll erwerbsgemindert sein müssen. Das Bewilligungsverfahren zieht sich aus unterschiedlichen Gründen in die Länge und provoziert damit im schlimmsten Fall die Aufhebung des gerade geschlossenen Arbeitsvertrags. Ein Grund für Verzögerungen sind unklare Zuständigkeiten für zusätzliche Leistungen zur Ermöglichung der Arbeitsaufnahme, z.B. Fahrtkosten. Ein weiteres Hindernis ist eine fehlende systematische Arbeitsvermittlung. Leistungsberechtigte sind hier häufig auf Unterstützung angewiesen und Arbeitgeber wissen wiederum nicht, wie sie mit WfbM-Beschäftigten in Kontakt treten können. Folglich wirkt es sich positiv auf die Inanspruchnahme aus, wenn WfbM über ein eigenes Übergangsmanagement verfügen. Auch Praktika sind hilfreich, damit sich beide Seiten kennenlernen können. Auf diesem Wege können Vorurteile abgebaut und positive Erfahrungen gesammelt werden, auch im Hinblick auf die eigene Leistungsfähigkeit, an der die befragten Leistungsberechtigten zweifeln. Da Leistungsberechtigte Renteneinbußen befürchten, ist eine gute Rentenberatung wichtig. An dieser Stelle sind Lohnkostenzuschüsse und das Rückkehrrecht in die WfbM eine wichtige mentale Entlastung.

Diskussion und Fazit

Das BfA wird zurzeit noch nicht in dem Maße genutzt, wie vom Gesetzgeber erwartet. Für 2020 wurde von 9.000 Budgetnehmenden ausgegangen. Dieser Prognose stehen bisher bundesweit schätzungsweise 1.100 realisierte BfA gegenüber (Deutscher Bundestag, 2016; Mattern, 2020). Es bedarf noch einiger Nachbesserungen, damit sich daran etwas ändert. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass es sich beim BfA um eine nachrangige Leistung handelt, die erst zum Tragen kommt, wenn andere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Förderung eines nachhaltigen Übergangs auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (z.B. Qualifizierung, Eingliederungszuschuss) ausgeschöpft wurden. Die wichtigste Nachbesserung wäre die Schaffung eines Rechtsstatus, der bei der sozialen Sicherung eine Gleichstellung der Budgetnehmenden mit Arbeitnehmer*innen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglicht. Hierfür müsste eine Aufnahme in die Arbeitslosenversicherung erfolgen, ohne jedoch das Rückkehrrecht abzuschaffen. Wenn Übergänge von der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt gelingen sollen, sind Unterstützung bei der Vermittlung und Anreize für WfbM angezeigt. Auch bei dieser Teilhabeleistung zeigt sich die Relevanz möglichst nahtlos einander greifender Leistungen durch Koordination und frühzeitige Einbeziehung aller Beteiligten im System der Rehabilitation.

Literatur

- Deutscher Bundestag (2016). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG), Drucksache 18/9522, abgerufen am 23.11.2020 unter: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf>
- Kuckartz, Udo (2010). Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 3. Aufl.
- Mattern, L. (2020). Das Budget für Arbeit – Diskussionsstand und offene Fragen – Teil I: Eckpunkte, Umsetzungsstand und leistungsberechtigter Personenkreis; Beitrag D5-2020 unter www.reha-recht.de
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe, 12. Aufl.
- Nebe, K., Waldenburger, N. (2014). Budget für Arbeit - Forschungsprojekt im Auftrag des Integrationsamtes des Landschaftsverbandes Rheinland. Hrsg.: LVR Rheinland, Köln.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Die ergänzende Funktion des Fallmanagements nach § 30 Abs. 7 SGB XIV im Hinblick auf das Teilhabeplanverfahren

Alexander Tietz

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Mit Wirkung zum 01.01.2024 wird das soziale Entschädigungsrecht in einem neuen Teil unter dem Dach des Sozialgesetzbuchs als SGB XIV zusammengefasst. Auch im reformierten Recht der Sozialen Entschädigung (SER) sollen den Berechtigten die Leistungen schnell, niedrigschwellig und unbürokratisch zur Verfügung stehen. Besonderer Ausdruck dessen sind die sogenannten „Schnellen Hilfen“ in §§ 29 ff. SGB XIV, zu denen auch das Fallmanagement gemäß § 30 SGB XIV gehört. Allerdings überschneiden sich einige der Leistungen mit den Inhalten des Teilhabeplanverfahrens, weshalb § 30 Abs. 7 SGB XIV in diesem Zusammenhang eine lediglich ergänzende Wirkung des Fallmanagements anordnet.

Vor diesem Hintergrund scheint es erörterungsbedürftig, wann und in welcher Form das Fallmanagement des SGB XIV das Teilhabeplanverfahren nach §§ 19 ff. SGB IX ergänzt.

Methoden

In dem Beitrag sollen zunächst sowohl das Fallmanagement als auch das Teilhabeplanverfahren dargestellt werden. Anschließend soll erläutert werden, in welcher Hinsicht sich beide überschneiden und wie das Fallmanagement im Rahmen des Teilhabepplans ergänzend herangezogen werden kann.

Ergebnisse

Fallmanagement nach § 30 SGB XIV

Das Fallmanagement des SGB XIV soll die Berechtigten im Falle eines schädigenden Ereignisses (§ 1 Abs. 2 SGB XIV) aktivierend und koordinierend durch das Antragsverfahren und Leistungsverfahren begleiten, § 30 Abs. 1 SGB XIV. Dazu wird den Berechtigten eine feste Ansprechperson (FallmanagerIn) zur Verfügung gestellt (BT-Drucks. 19/14870, S. 31).

Es handelt sich nicht um ein planerisches Instrument, sondern stellt eine Leistung sui generis dar (BT-Drucks. 19/13824, S. 183 f.). Leistungsberechtigt sind sowohl Geschädigte (§ 30 Abs. 4 SGB XIV i.V.m. § 2 Abs. 2 SGB XIV) als auch andere Berechtigte (§ 30 Abs. 3 SGB XIV i.V.m. § 2 Abs. 1 SGB XIV), wie z.B. Hinterbliebene, Angehörige und Nahestehende.

Sachlich umfasst das Fallmanagement in § 30 Abs. 5 SGB XIV die Ermittlung des möglichen Hilfebedarfs (Nr. 1), den Hinweis auf mögliche Sozialleistungen (Nr. 2), die Begleitung der Berechtigten im Verfahren und darüber hinaus (Nr. 3, 5) sowie die Unterstützung bei der Antragstellung (Nr. 4). Die Aufzählung ist nicht abschließend und kann erweitert werden.

Teilhabeplanverfahren nach §§ 19 ff. SGB IX

Ein Teilhabeplanverfahren muss immer dann durchgeführt werden, wenn eine Mehrheit an Leistungsträgern (§ 6 SGB IX) oder Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX) vorliegt oder die leistungsberechtigte Person eine Durchführung wünscht, § 19 Abs. 2 S. 3 SGB IX. Das Teilhabeplanverfahren ist in erster Linie ein Verfahren zur Koordinierung der Leistungen des SGB IX (BT-Drucks. 18/9522, S. 239). Nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB IX sollen die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang funktionsbezogen festgestellt und schriftlich oder elektronisch so zusammengestellt werden, dass sie nahtlos ineinandergreifen. Die Regelungen zum Teilhabeplanverfahren können nicht abgedungen werden, § 7 Abs. 2 S. 1 SGB IX. Sie gehen damit im Kollisionsfall auch den Regelungen zum Fallmanagement vor, die dann nach § 30 Abs. 7 SGB XIV lediglich ergänzende Wirkung haben.

Ergänzende Wirkung

Fraglich ist nun, was mit „ergänzender Wirkung“ i.S.v. § 30 Abs. 7 SGB XIV konkret gemeint ist. Eine ähnliche Norm existiert mit § 21 SGB IX, welcher die Regelungen zur Gesamtplanung (§ 117 SGB IX) und zur Hilfeplanung (§ 36 SGB VIII) für ergänzend anwendbar erklärt. Dies bedeutet, dass die Vorgaben aus § 117 SGB IX und § 36 SGB VIII nur dann Wirkung im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens entfalten, wenn sie dessen Grundsätzen nicht widersprechen (Schian/Giraud, SGB IX, § 21 SGB IX, Rn. 5). Obwohl das Fallmanagement kein planerisches Instrument ist, kann diese rechtliche Einschätzung auch auf § 30 Abs. 7 SGB XIV übertragen werden.

Diskussion und Fazit

Ziel des BTHG ist es, den Rehabilitationsprozess zu optimieren und die Leistungen „wie aus einer Hand“ zu gewähren. Das Teilhabeplanverfahren ist im Hinblick auf dieses Anliegen eines der wichtigsten Instrumente im SGB IX. Zur Verwirklichung dieses Ziels soll das Verfahren nach §§ 19 ff. SGB IX u.a. auch partizipativ ausgestaltet werden (BT-Drucks. 18/9522, S. 193, 196). Das Fallmanagement im SER stellt die Berechtigten in den Mittelpunkt und hat nach § 30 Abs. 1 SGB XIV eine aktivierende Funktion. Diese aktivierende Funktion

kann im Zusammenhang mit dem Teilhabeplan stimulieren, dass sich die Leistungsberechtigten partizipativ in den Prozess einbringen. Durch eine ergänzende Anwendung der Regelung zum Fallmanagement kann das soziale Entschädigungsrecht demnach im Sinne des BTHG interpretiert und fortentwickelt werden.

Literatur

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz), BT-Drucks. 18/9522

Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales (11. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 19/13824 – Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts, BT-Drucks. 19/14870

Schian/Giraud, in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, 4. Auflage, § 21 SGB IX.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Familiäre Beistandspflichten statt sozialrechtlicher Teilhabeleistungen – eine kritische Reflexion im Lichte materieller Gleichstellungspflichten

Katja Nebe

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Menschen mit Behinderungen haben Anspruch auf Sozialleistungen, um ein selbstbestimmtes Leben gleichberechtigt mit Menschen ohne Behinderungen leben zu können. Nicht selten wird von Leistungsträgern bei der konkreten Beantragung von Sozialleistungen auf individuell verfügbare Unterstützungsmöglichkeiten im sozialen Umfeld verwiesen.

Das wirft in mehrfacher Hinsicht Fragen auf. Denn es geht bei der Ablehnung von Sozialleistungen nicht nur um die rechtskonforme Verwaltungspraxis gegenüber der leistungsberechtigten Person. Mit der Inpflichtnahme von Eltern, auch bereits volljähriger Kinder, geht es zugleich unmittelbar um deren eigene Lebenssituation. Wenden Eltern Zeit für Unterstützung und Assistenz auf, können sie nicht zugleich eigene Bedarfe decken, wie z.B. für Erwerbsteilhabe oder individuelle Erholung. Da zudem elterliche Sorgearbeit nicht beliebig verfügbar ist, führt die erhöhte Verantwortung für ein Kind mit Behinderung innerfamiliär nicht selten dazu, dass weitere Mitglieder der Familie, typischerweise die Geschwisterkinder, ihre Bedarfe zurückstellen müssen (BMFSFJ, 2021, S. 235). Überall dort, wo sich der Sozialstaat in seiner sozialen Verantwortung auf Kosten familialer Unterstützung zurücknimmt, belastet er direkt diejenigen, die er in die Pflicht nimmt, und indirekt zudem alle weiteren Familienmitglieder. Das hat vor allem auch geschlechterspezifische Auswirkungen, denn Kinder mit Behinderungen leben häufiger als Kinder ohne Beeinträchtigungen bei nur einem Elternteil, erfahren die notwendigen Unterstützungsleistungen überwiegend von der Mutter, die wiederum in deutlich geringerem Umfang als Mütter von Kindern ohne Beeinträchtigung erwerbstätig sind (BMAS, 2016, S. 62).

Der Beitrag zielt darauf, die Rechtsprechungs- und Verwaltungspraxis zum Verhältnis der familiären Beistandspflicht gegenüber sozialrechtlichen Leistungspflichten kritisch zu reflektieren. Bereits ausgesprochene Empfehlungen (BMFSFJ, 2021, S. 519), den Schutz vor Diskriminierung wegen enger Verbundenheit zu verbessern, sollen rechtlich unterlegt werden.

Methoden

Es wurden Urteile recherchiert, die im Rahmen sozialrechtlicher Leistungsklagen die familienrechtlichen Beistandspflichten thematisieren. Es wurde analysiert, in welchen Bereichen des Sozialrechts die Beistandspflichten zur Diskussion über die Reichweite eines Leistungsantrages herangezogen wurden. Parallel dazu wurde v.a. rechtswissenschaftliche Literatur analysiert, um die Reichweite der gesetzlich in § 1618a BGB niedergelegten Beistandspflicht zwischen Familienmitgliedern genauer zu untersuchen. Die Ergebnisse wurden im Lichte des höherrangigen Rechtes, sprich im Lichte des EU-Rechts und der UN-Behindertenrechtskonvention, aber auch im Lichte des nationalen Verfassungsrechts kritisch reflektiert.

Ergebnisse

Die recherchierten Entscheidungen belegen, dass Sozialleistungsträger systematisch auf § 1618a BGB verweisen und damit begründen, dass die Eltern von Kindern mit Behinderungen vorrangig verpflichtet seien, Unterstützungsdienste (z.B. Fahrdienste, Budgetassistenzen, Schulbegleitung u.ä.) zur Sicherung der Teilhabe ihrer Kinder zu übernehmen. Es zeigt sich allerdings zugleich, dass vor allem jüngere Judikate die Reichweite der elterlichen Beistandspflicht kritisch hinterfragen. So führt das Verwaltungsgericht Halle (2018) aus, dass zu den Beistandspflichten gem. § 1618a BGB eher Hilfen in Notfällen und zur Deckung kurzfristiger Bedarfe zu zählen sind als Dauerverpflichtungen. Das Gericht markiert, auch zum Schutz der Familien vor Benachteiligungen, eine deutliche Grenze dort, wo die Hilfe für das behinderte Kind über das Übliche und Typische in der Erziehung und Betreuung eines nichtbehinderten Kindes hinausgeht (a.a.O.). Dem hat sich das Landessozialgericht Sachsen angeschlossen und zudem betont, dass Eltern nicht mit Verweis auf die familiäre Beistandspflicht zur Einschränkung ihrer beruflichen Tätigkeit verpflichtet werden können (2021).

Diskussion und Fazit

Familiäre Verantwortung darf nicht zu systematischen Ungleichbehandlungen bzw. ungleichen Chancen führen und diese Gefahr besteht angesichts der extrem höheren Belastungen von Familien mit Kindern mit Behinderung, wenn auch diesen gegenüber systematisch auf die Beistandspflicht als vorrangig verwiesen wird.

Zum Schutz vor familialer Überforderung müssen Dauerbedarfe öffentlich bereitgestellt werden. Die familiäre Beistandspflicht ist vom Gesetzgeber nicht normiert worden, um dauerhaft zu gewährende Unterstützungsleistungen innerhalb von Familien abzusichern. Insoweit steht familiärer Beistand nicht vorrangig vor Sozialleistungen zur Verfügung. Sozialleistungsträger, die gleichwohl in ihrer Verwaltungspraxis hieran festhalten, diskriminieren die Angehörigen von Menschen mit Behinderungen. Auch diese Form der Diskriminierung ist verboten. Es wird zwar nicht die Person mit einer Behinderung benachteiligt, aber eine mit ihr eng verbundene oder „assoziierte“ Person und zwar wegen

der Beeinträchtigung. Dass auch die „assozierte Diskriminierung wegen einer Behinderung“ verboten ist, wurde vom Europäischen Gerichtshof entschieden. Die Forderung nach einer stärkeren Familienorientierung im Teilhaberecht (BMFSFJ, S. 519) ist damit auch aus höherrangigem Recht begründet.

Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2021), Neunter Familienbericht – Eltern sein in Deutschland, BT-Drs. 19/27200.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2016). Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, BT-Drs. 18/10940.

Landessozialgericht Sachsen, Beschluss vom 12. Juli 2021 – L 8 SO 29/21 B ER, juris.

Nebe, Katja (2012). Unterhaltsverbände im Familien- und Sozialrecht, SDSRV Nr. 62, S. 29, 42 f.

Verwaltungsgericht Halle (Saale), Urteil vom 5. September 2018 – 7 A 55/17 – juris.

Familienrechtlicher Rahmen zur partizipatorischen Berufsfindung von Jugendlichen mit Behinderung

Belinda Weiland

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Mit ihrem späteren Berufswunsch beschäftigen sich häufig schon Kinder. Spätestens beim Übergang von der Schule in das Berufsleben sehen sich junge Menschen regelmäßig vor der großen Herausforderung, die für sich passende Wahl zu treffen. Sind sie in dieser Phase noch nicht volljährig, unterliegt die Berufswahl dem Sorgerecht der Eltern. Hieraus erwächst eine hohe Verantwortlichkeit der Eltern und bei Uneinigkeiten zwischen Eltern und Kind oder zwischen den Eltern selbst im Einzelfall möglicherweise auch ein relevantes Konfliktpotenzial.

Für junge Menschen mit Behinderung stehen in diesem Entscheidungsprozess noch weit mehr Aspekte an, die in den Familien bedacht werden müssen.

In diesem Beitrag soll erörtert werden, wie sich der sorgerechtliche Rahmen nutzen lässt, damit in den Familien gemeinsam Berufswahlentscheidungen getroffen werden, die den Eignungen und Neigungen der Jugendlichen mit Behinderungen entsprechen.

Methoden

Die Bearbeitung der aufgeworfenen Frage erfolgt mit rechtswissenschaftlichen Methoden unter Einbezug einschlägiger sozialrechtlicher Literatur und Judikatur. Maßgeblich ist vor allem die Untersuchung des § 1631a BGB vor dem Hintergrund der UN-Kinderrechtskonvention und der UN-Behindertenrechtskonvention.

Ergebnisse

Das Kindschaftsrecht enthält in § 1626 II BGB eine wichtige Generalklausel, welche beschreibt wie Eltern ihr Sorgerecht ausüben sollen: Sie müssen die wachsende Fähigkeit

und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbständigem verantwortungsbewusstem Handeln berücksichtigen und mit ihm, entsprechend seinem Entwicklungsstand, Fragen der elterlichen Sorge besprechen und Konsens anstreben. Dem Thema Berufswahl widmet der Gesetzgeber dabei mit § 1631a BGB eine gesonderte Bestimmung und verpflichtet die Eltern, insbesondere auf Eignung und Neigung Rücksicht zu nehmen. Bei Zweifeln sollen sie zudem fachlichen Rat in Anspruch nehmen. Mit diesen normativen Vorgaben sind wichtige Weichen für einen partizipatorischen Entscheidungsprozess gestellt.

Ferner spielen auch die verfahrensrechtlichen Regelungen eine wichtige Rolle. Werden sich die gemeinsam sorgeberechtigten Eltern hinsichtlich der beruflichen Ausbildung ihres Kindes nicht einig, kann jeder von ihnen beantragen, dass ihm die Alleinentscheidung durch das Familiengericht übertragen wird, § 1628 BGB. In einem solchen Verfahren ist das Kind persönlich anzuhören (§ 159 FamFG). Weiterhin muss ihm ein Verfahrensbeistand bestellt werden, der seine Interessen vertritt (§ 158 FamFG). Das Recht auf rechtliches Gehör wurde erstmals völkerrechtlich in Art. 12 der UN-Kinderrechtskonvention niedergeschrieben, findet sich aber auch im Grundgesetz in Art. 1 I i.V.m. Art. 2 I GG, Art. 103 GG wieder. Hier stellt sich nun die Frage, ob in einem solchen Prozess den besonderen Kommunikationsbedürfnissen des Jugendlichen im Einzelfall auch barrierefrei entsprochen wird.

Ein deutliches Manko im Hinblick auf eine angemessene Rechtsposition des Jugendlichen ist das fehlende eigene Antragsrecht. Erst wenn mit der gegen den Kindeswillen getroffenen elterlichen Entscheidung auch das Kindeswohl im Sinne des § 1666 BGB gefährdet ist, kann das Kind ein solches Verfahren gemäß § 24 FamFG anregen.

Das Völkerrecht liefert wichtige Anhaltspunkte für eine Stärkung der Partizipation des Jugendlichen. Im Hinblick auf Jugendliche mit Behinderung muss, so Art. 24 UN-BRK, ein diskriminierungsfreier Einstieg in das Berufsleben gewährleistet werden. Danach muss das Bildungswesen auf allen Ebenen, also auch beim Zugang zur Berufsausbildung, die Vielfalt stärken und den Erwerb praktischer Fähigkeiten und sozialer Kompetenzen ermöglichen.

Diskussion und Fazit

Wird dem Kinderwillen, besonders in fundamentalen Entscheidungen wie der Wahl des Ausbildungsplatzes, kein Gehör geschenkt, kann dies zu erheblichen Nachteilen führen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Eltern einen Berufsweg wählen, für welchen das Kind ungeeignet ist und es daher von Beginn an keine Chance hat, die notwendigen Leistungen zu erbringen, oder wenn die Ausbildungswahl völlig außerhalb des Interessenbereiches des Kindes liegt. In diesen Situationen kann es zu einer Über- oder Unterforderung des jungen Menschen kommen, was wiederum psychisch belasten kann. Es kann auch dazu führen, dass der Jugendliche an Selbstbewusstsein verliert und dass Fähigkeiten, wie eigene Stärken und Schwächen zu erkennen und Bedürfnisse zu kommunizieren, komprimiert werden. Immerhin sieht das Familienrecht vor, dass bei einem drohenden Eintritt seelischer, geistiger oder körperlicher Schäden staatlicherseits zum Schutz des Kindeswohls (§ 1666 BGB) eingegriffen werden kann.

Es stellt sich allerdings die Frage, ob in wegweisenden Entscheidungen, wie denen des Ausbildungsweges, durch unterstützende Sozialleistungen der Dialog zwischen Eltern und ihren Kindern mit Behinderung fachkundig begleitet werden kann. Dabei soll es nicht darum gehen, dass Eltern fürsorglich die vermeintlich beste Entscheidung für ihr Kind treffen,

sondern dass eine innerfamiliäre Auseinandersetzung mit den Wünschen des Jugendlichen gefördert wird. Mithilfe der im SGB III und SGB IX vorgesehenen Leistungen müssen verschiedene verantwortliche Akteure dafür sorgen, dass Eltern ihre Verantwortung wahrnehmen, ihre Kinder zu einer selbstbestimmten Ausbildungswahl zu befähigen, welche sie auch erfolgreich abschließen können.

Literatur

Coester, M. (2021). Kommentierung zu § 1666 in Staudinger BGB Kommentar 4. Buch, Berlin
Huber, P. (2020). Kommentierung zu § 1631a in Münchner Kommentar zum BGB, 8. Auflage, München
Preuß, B. (2018). Inklusive Bildung im schulischen Mehrebenensystem, Wiesbaden.

Mittelbare Benachteiligung wegen Behinderung bei dem Berechnungskriterium „frühestmöglicher Renteneintritt“ bei Abfindungen im Sozialplan

Cathleen Rabe-Rosendahl

Zentrum für Sozialforschung Halle e.V. an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Positive Maßnahmen, die dem Ausgleich oder der Verhinderung von behinderungsbedingten Nachteilen dienen sollen, können in bestimmten Konstellationen zu einer Benachteiligung von behinderten Menschen führen. Insbesondere in Entlassungssituationen können sich diskriminierungssensible Konstellationen ergeben. Um wirtschaftliche Nachteile bei einem Personalabbau abzufedern, schließen Betriebsrat und Unternehmen oftmals Sozialpläne, die komplexe Abfindungsregelungen für zu entlassende Beschäftigte enthalten. Hierbei ist zu untersuchen, ob die gewählten Bezugskriterien für die Berechnung der Abfindungshöhe eine unmittelbare oder mittelbare Benachteiligung von (schwer)behinderten Menschen insbesondere im Zusammenspiel mit dem Sozialversicherungsrecht nach sich ziehen können.

Methoden

Für die Untersuchung sind die relevanten Vorschriften des Antidiskriminierungsrechts (AGG und BetrVG), die hierzu veröffentlichten juristischen Fachtexte sowie die themenbezogene Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs sowie der deutschen Arbeitsgerichte auszuwerten.

Ergebnisse

Bereits 2012 setzte sich der Gerichtshof der Europäischen Union (EuGH) in der Rechtssache Odar mit der Frage auseinander, ob Sozialplanregelungen auf den frühestmöglichen Renteneintritt als Bezugsgröße für eine Abfindungsberechnung abstellen dürfen, wenn sie bei diesem Kriterium bei schwerbehinderten Beschäftigten auf das im Vergleich zu nicht schwerbehinderten Beschäftigten frühere mögliche Renteneintrittsalter abstellen (EuGH, 2012). Seitdem hat sich die europäische und nationale Rechtsprechung mit verschiedenen Varianten von Abfindungsregelungen sowie tariflichen Überbrückungsleistungen und

Benachteiligungsformen in eben solchen beschäftigt (vgl. z.B. BAG, 2015 und 2019). Die aktuelle Entscheidung des ersten Senats des Bundesarbeitsgerichts (Urteil v. 28.07.2020, Az. 1 AZR 590/18) reiht sich in diese Rechtsprechungslinie ein und zeigt, dass die bisherige Rechtsprechung auch für Sozialpläne Anwendung findet, die aufgrund eines Einigungsstellenspruchs ergangen sind. Im genannten Fall sollte ein schwerbehinderter Arbeitnehmer aufgrund eines Sozialplans, der eine Abfindung für zu entlassende Beschäftigte vorsah, eine geringere Abfindung als ein vergleichbarer nichtbehinderter Beschäftigter erhalten. Die Berechnungsregelung im mit Spruch der Einigungsstelle ergangenen Sozialplan stellte maßgeblich auf das Datum des frühestmöglichen Renteneintritts ab, zzgl. eines pauschalen Abfindungsbetrages für anerkannte schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Beschäftigte in Höhe von 1.000,00 EUR für jede volle 10 Prozent GdB.

Schwerbehinderte Beschäftigte können gemäß § 236a Abs. 1 S. 2 SGB VI zu einem früheren Zeitpunkt eine Altersrente vorzeitig in Anspruch nehmen als nicht schwerbehinderte Beschäftigte. Nach dem Sozialrecht sollen sie frei sein, ob sie diese Möglichkeit in Anspruch nehmen. Diese vom Gesetzgeber vorgesehene positive Maßnahme für schwerbehinderte Beschäftigte führte dazu, dass der Kläger eine Sozialplanabfindung erhalten sollte, die nur 40 % der Abfindung eines nichtbehinderten Beschäftigten betrug. Die Berechnung erfolgte unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Kläger als schwerbehinderter Beschäftigter mit dem „Datum des frühestmöglichen Renteneintritts“ eine deutlich niedrigere Berechnungsbasis gegen sich gelten lassen musste, als nicht schwerbehinderte Beschäftigte mit im Übrigen gleichen Arbeits- und Lebensdaten.

Sozialpläne unterliegen wie andere Betriebsvereinbarungen auch der gerichtlichen Rechtmäßigkeitskontrolle. Der Senat hat in diesem Fall einen Verstoß gegen § 75 Abs. 1 BetrVG, der diskriminierende Betriebsvereinbarungen verbietet, festgestellt. Da vorliegend an das (scheinbar) neutrale Kriterium des Renteneintrittsalters angeknüpft wurde, liegt eine mittelbare Benachteiligung wegen einer Behinderung vor (vgl. Schrader/Schubert, 2018). Die vorliegende mittelbare Benachteiligung schwerbehinderter Menschen verfolgte zwar ein rechtmäßiges Ziel, jedoch war das Mittel zur Erreichung dieses Ziel nicht erforderlich und angemessen. Die Zahlung eines pauschalen Ausgleichs für die von der Betriebsschließung drohenden Beschäftigten sei zwar für das bis zum frühestmöglichen Renteneintritt entfallende Arbeitsentgelt bei gleichzeitiger Berücksichtigung der begrenzten Sozialplanmittel entsprechend dem zukunftsgerichteten Entschädigungscharakter von Abfindungen ein legitimes Ziel (vgl. BAG, 2020; EuGH, 2012). Die Regelung gehe jedoch über das zur Erreichung dieses Ziels Erforderliche hinaus. Wie bereits der EuGH betonte, führe das undifferenzierte Abstellen auf den „frühestmöglichen“ Renteneintritt zu einer übermäßigen Belastung schwerbehinderter Beschäftigter, da die Betriebsparteien mit diesem Kriterium an eine sozialversicherungsrechtliche Chance anknüpfen (EuGH, 2012), die als gesetzliche positive Maßnahme gerade den Schwierigkeiten und den besonderen Risiken älterer schwerbehinderter Menschen auf dem Arbeitsmarkt Rechnung tragen soll. Rehabilitationspolitisch sollen schwerbehinderte Beschäftigte durch § 236a SGB VI nicht aus dem Arbeitsprozess herausgedrängt werden, sondern weiter die Chance haben, in einem gut organisierten Beschäftigungsverhältnis so lange zu arbeiten wie nichtbehinderte Beschäftigte. Der Senat entschied daher im oben dargestellten Fall, dass die streitgegenständliche Sozialplanvorschrift so anzuwenden sei, wie sie für vergleichbare nicht schwerbehinderte

Beschäftigte gegolten hätte. Dem Kläger war somit die vorenthaltene Leistung zuzusprechen (sog. „Anpassung nach oben“).

Diskussion und Fazit

Sofern eine betriebliche oder tarifliche Regelung einen gesetzlichen Vorteil schwerbehinderter Menschen (positive Maßnahme) in einen Nachteil verkehrt, handelt es sich regelmäßig um eine nicht zu rechtfertigende Benachteiligung. Eine Rechtfertigung käme nur in Betracht, wenn die Regelung von einem legitimen Ziel getragen wäre und die Mittel zur Erreichung dieses Ziel erforderlich und angemessen wären. Hierbei muss die Rechtfertigung jedoch gerade durch objektive Kriterien, die nichts mit der Behinderung zu tun haben, erfolgen.

Literatur

Bundesarbeitsgericht (2020): Urteil v. 28. Juli 2020 – 1 AZR 590/18-, juris

Bundesarbeitsgericht (2019): Urteil v. 16. Juli 2019 – 1 AZR 842/16 –, NZA 2019, 1432

Bundesarbeitsgericht (2015): Urteil v. 17. November 2015 - 1 AZR 938/13-, NZA 2016, 501

Gerichtshof der Europäischen Union (2012): Urteil v. 05. Dezember 2012 – C-152/11 [Odar] -, NZA 2012, 1435

Schrader, P., Schubert, J. (2018) in: Däubler, W., Bertzbach, M. (Hrsg.), Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz, Handkommentar, 4. Auflage, 2018, § 3 Rn. 49ff.

Neue Wege und Chancen durch das Teilhabestärkungsgesetz? Zukünftige Kooperationsanforderungen an der Schnittstelle von Rentenversicherungsträgern und Jobcentern

René Dittmann

Universität Kassel

Hintergrund und Zielstellung

Die Jobcenter sind zwar keine Rehabilitationsträger im Sinne von § 6 Abs. 1 SGB IX, haben jedoch Rehabilitationsbedarfe frühzeitig zu erkennen und ggfs. ein Rehabilitationsverfahren einzuleiten (§ 12 Abs. 2 SGB IX), das mit einer parallelen Betreuung der Rehabilitanden durch den Grundsicherungsträger und den leistenden Rehabilitationsträger verbunden ist. Die von der Bundesagentur für Arbeit (BA) beauftragte Interne Revision „Reha (Wiedereingliederung)“ hat ergeben, dass in vielen Fällen eine Kommunikation von gemeinsamen Einrichtungen nach § 44b SGB II (gE) und leistendem Rehabilitationsträger nicht stattgefunden hat (Bundesagentur für Arbeit, 2018, S. 3f.).

Unter anderem vor diesem Hintergrund wurden mit dem Teilhabestärkungsgesetz (TSG, BGBl. 2021, Teil I, 1387) Veränderungen im SGB II, SGB III und SGB IX vorgenommen, um die Betreuungssituation von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in den Jobcentern zu verbessern (BT-Drs. 19/24700, S. 33). Ziel dieses Beitrags ist, die damit zum 01.01.2022 entstehenden, neuen Kooperationsanforderungen an der Schnittstelle von Jobcentern und Rentenversicherungsträgern aufzuzeigen und auf verbleibende Probleme und Herausforderungen aufmerksam zu machen.

Methoden

Für diesen Beitrag wurden die einschlägige Fachliteratur, Rechtsprechung, Fachliche Weisungen für die Rehabilitationsträger sowie Gesetzgebungsmaterialien gesichtet und ausgewertet.

Ergebnisse

Rehabilitationsträger für SGB II-Leistungsberechtigte ist die BA, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist (§ 6 Abs. 3 S. 1 SGB IX). Erfüllt demnach eine SGB II-leistungsberechtigte Person die Voraussetzungen der §§ 10 und 11 SGB VI (und liegt kein Ausschlussstatbestand des § 12 SGB VI vor), ist ihr zuständiger Rentenversicherungsträger auch ihr zuständiger Rehabilitationsträger, der grds. das Rehabilitationsverfahren koordiniert und Rehabilitationsleistungen unter Berücksichtigung der §§ 14 ff. SGB IX erbringt. Daneben verbleibt die betroffene Person aber in Betreuung des Jobcenters, das weiterhin Vermittlungs- und Beratungsleistungen nach § 16 Abs. 1 S. 1, 2 SGB II i.V.m. §§ 29-39a SGB III als allgemeine Aktivierungsleistungen erbringen kann (vgl. Dittmann, 2021a, S. 2). Ab dem 01.01.2022 können Jobcenter zudem vermittlungsunterstützende Leistungen nach §§ 44 und 45 SGB III (als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LTA) sowie sozialintegrative Leistungen nach §§ 16a ff. SGB II neben einem Rehabilitationsverfahren unter Verantwortung eines Rentenversicherungsträgers erbringen (vgl. Dittmann, 2021a und 2021b).

Dieser Ausbau der Leistungsmöglichkeiten der Jobcenter schafft neue Schnittstellen und Koordinierungsbedarfe, denen durch eine stärkere Einbeziehung der Jobcenter in das Rehabilitationsverfahren begegnet werden soll. Gem. § 19 Abs. 1 S. 2 SGB IX idF des TSG sind sie künftig an der trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB IX idF des TSG zu beteiligen, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung nach § 14 SGB IX Leistungen nach dem SGB II beantragt sind oder erbracht werden. Die Rentenversicherungsträger müssen folglich bereits im Rahmen der Bedarfsermittlung (§ 13 SGB IX) prüfen, ob SGB II-Leistungen erforderlich sind und ggfs. im Benehmen mit den Jobcentern die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen fest- und zusammenstellen und im Teilhabeplan dokumentieren (§ 19 Abs. 2 Nr. 12 SGB IX idF des TSG).

Diskussion und Fazit

Die Einbeziehung der Jobcenter in das Teilhabeplanverfahren wirft verschiedene Fragen auf. Insbesondere die Beteiligung des zuständigen Jobcenters, „wie in den Fällen nach [§ 19 Abs. 1] Satz 1“ (§ 19 Abs. 1 S. 2 SGB IX idF des TSG), lässt offen, ob hierbei auch die Vorgaben und Fristen des § 15 SGB IX gelten. Während eine aufgedrängte Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger für vermittlungsunterstützende Leistungen durch ein Jobcenter und die Anwendung des § 15 Abs. 2 SGB IX wohl in Frage kommen, scheidet dies für die sozialintegrativen SGB II-Leistungen, sofern sie nicht als LTA angesehen werden, aus. Eine unverzügliche (Teil-)Weiterleitung an das Jobcenter ist jedoch trotzdem nach § 16 Abs. 2 SGB I geboten – fraglich ist, ob die Jobcenter in diesen Fällen an die sechswöchige Entscheidungsfrist nach § 15 Abs. 4 S. 1 SGB IX gebunden sind.

Die Neuregelungen ändern zudem nichts an dem Problem der unzureichenden Reha-Bedarfserkennung durch die Jobcenter (vgl. Dittmann, 2021b, S. 6f.). Weiterhin bleibt offen, ob ein bei einem Jobcenter gestellter Reha-Antrag durch einen SGB II-Leistungsberechtigten,

für den ein Rentenversicherungsträger zuständiger Rehabilitationsträger ist, trotzdem die Frist des § 14 Abs. 1 SGB IX bei der BA auslöst (vgl. BSG, Urteil vom 04. April 2019 – B 8 SO 12/17 R –, juris, Rn. 21, dazu ausführlich Sellnick, 2021).

Literatur

Bundesagentur für Arbeit (2018). Interne Revision, Reha (Wiedereingliederung), URL: https://www.arbeitsagentur.de/datei/revisionsbericht-reha_ba041163.pdf (Abruf: 18.10.2021).

Dittmann, R. (2021a). Leistungen der aktiven Arbeitsförderung durch die Agenturen für Arbeit und die Jobcenter neben einem Rehabilitationsverfahren – Teil I; Beitrag A13-2021 unter www.reha-recht.de; 03.05.2021.

Dittmann, R. (2021b). Sozialintegrative Leistungen nach dem SGB II neben einem Rehabilitationsverfahren – Teil II; Beitrag A16-2021 unter www.reha-recht.de; 06.05.2021.

Sellnick, H.-J. (2021). Das Teilhabestärkungsgesetz und die Leistungen an SGB-II-Leistungsberechtigte mit Behinderungen – Teil II; Beitrag A24-2021 unter www.reha-recht.de; 09.08.2021.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales aus Mitteln des Ausgleichsfonds

Rehabilitationsverfahrens- und materiell-rechtliche Fragen der stufenweisen Wiedereingliederung - LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urt. v. 28. Mai 2020 - L 6 KR 100/15

René Dittmann

Universität Kassel

Hintergrund und Zielstellung

Die stufenweise Wiedereingliederung (§ 44 SGB IX) ist eine häufig genutzte Maßnahme zur betrieblichen Wiedereingliederung von Menschen mit länger andauernden Erkrankungen (Niehaus et al., 2008, S. 56), die regelmäßig die Arbeits- und Sozialgerichte beschäftigt. Zu den umstrittenen materiell-rechtlichen Fragen zählt, ob während der Wiedereingliederung ein Anspruch auf Fahrkostenerstattung besteht (Nellissen, 2015; Nebe & Piller 2018). Damit setzte sich zuletzt das Landessozialgericht Mecklenburg-Vorpommern auseinander (Urt. v. 28. Mai 2020 – L 6 KR 100/15 –, juris). Ziel dieses Beitrags ist, die wesentlichen Aussagen der Entscheidung, die zudem auch wichtige rehabilitationsverfahrensrechtliche Erkenntnisse liefert, vorzustellen und zu diskutieren.

Methoden

Die Kernaussagen der Entscheidung des Landessozialgerichts Mecklenburg-Vorpommern werden vorgestellt und unter Berücksichtigung von höchstrichterlicher Rechtsprechung sowie von Inhalt und Zielen des Reha- und Teilhaberechts eingeordnet.

Ergebnisse

Der Kläger war bis zu seiner krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit als Kommissionierer beschäftigt. Nach der Aussteuerung aus dem Krankengeld bezog er Arbeitslosengeld und anschließend Arbeitslosengeld II. Während des Arbeitslosengeld II-Bezugs unternahm der Kläger eine stufenweise Wiedereingliederung bei seinem Arbeitgeber. Den Wiedereingliederungsplan sendete der behandelnde Arzt an die zuständige Krankenkasse, sowie (etwa zwei Monate später) an das zuständige Jobcenter. Die Krankenkasse beurteilte die Zusendung des Wiedereingliederungsplans als Antrag auf Krankengeld, den sie aufgrund des Versicherungsstatus des Klägers (familienversichert) ablehnte. Im Widerspruch machte der Kläger geltend, dass ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in Form von Fahrkosten und Übergangsgeld bestehe. Die Krankenkasse erwiderte im Widerspruchsbescheid, dass in der Vorlage des Wiedereingliederungsplans kein Antrag auf Teilhabeleistungen oder ein entsprechendes Antragsbegehren erkennbar gewesen sei.

Nach erfolgloser Klage beim Sozialgericht Schwerin legte der Kläger Berufung beim LSG Mecklenburg-Vorpommern ein. Die Streitgegenstände der Entscheidung waren die Gewährung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts sowie die Erstattung von Fahrkosten im Zusammenhang mit einer stufenweisen Wiedereingliederung.

Zunächst entschied das LSG, dass ein Antrag auf Rehabilitationsleistungen im Zusammenhang mit der stufenweisen Wiedereingliederung bereits mit der Übersendung des Wiedereingliederungsplans gestellt wurde. Ein Antrag bedürfe keiner besonderen Form (§ 9 SGB X) und liege auch dann vor, wenn das Begehren in den Einzelheiten noch unklar oder unvollständig ist (§§ 16 Abs. 3, 17 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 3 SGB I). Da aus der Übersendung des Wiedereingliederungsplans ein eindeutiger Antrag auf eine bestimmte Leistung nicht hervorgeht, bedarf es der Auslegung des Antrags nach Maßgabe des Meistbegünstigungsprinzips. Die beklagte Krankenkasse hätte den Wiedereingliederungsplan als Antrag auf sämtliche Leistungen werten müssen, die im Zusammenhang mit der stufenweisen Wiedereingliederung als medizinische Leistungen ernsthaft in Betracht kamen. Als erstangegangener Träger, der den Antrag nicht weitergeleitet hat, war die beklagte Krankenkasse nach Auffassung des LSG zur umfassenden Bedarfsfeststellung - auch unter Berücksichtigung der Leistungsgesetze anderer Träger der medizinischen Rehabilitation - verpflichtet.

Einen Anspruch auf Kranken- und Übergangsgeld sowie auf einen Mehrbedarf nach § 21 SGB II verneinte das LSG. Ein Krankengeldanspruch scheitere daran, dass der Kläger während der stufenweisen Wiedereingliederung familienversichert war. Ein Anspruch auf Übergangsgeld gegen die gesetzliche Rentenversicherung scheide aus, weil diese nicht zuständig sei, da sich die stufenweise Wiedereingliederung in der Gesamtschau nicht als Bestandteil einer einheitlichen Gesamtmaßnahme, bestehend aus stationärer medizinischer Rehabilitation zu Lasten der Rentenversicherung und anschließender stufenweiser Wiedereingliederung, darstellt (BSG, Urt. v. 29. Januar 2008 – B 5a/5 R 26/07 R –, SozR 4-3250 § 51 Nr 1). Ein Anspruch auf Mehrbedarf nach § 21 Abs. 4 S. 1 Alt. 2 SGB II müsse nicht geprüft werden, da dies keine (ergänzende) medizinische Rehabilitationsleistung sei, sondern Teil der (Regel-)Leistung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II.

Zu Unrecht wurden hingegen die Teilhabeleistungen insgesamt abgelehnt, denn es bestand ein Anspruch auf Erstattung der Fahrkosten. Das LSG leitete einen Anspruch auf die stufenweise Wiedereingliederung als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation aus § 11 Abs. 2 S. 1 SGB V iVm § 28 SGB IX aF ab. Sowohl die klassischen Voraussetzungen einer Reha-Leistung (Reha-Fähigkeit, Reha-Bedürftigkeit und positive Prognose) sowie die des § 28 SGB IX aF waren gegeben. Da die stufenweise Wiedereingliederung eine eigenständige medizinische Rehabilitationsleistung sei, bestehe ein Anspruch auf Reisekosten als ergänzende Leistung (§§ 44 Abs. 1 Nr. 5, 53 Abs. 4 SGB IX aF). Dies ergebe sich auch aus §§ 43 und 60 Abs. 5 SGB V. Die Formulierungen dieser Normen („zu erbringen sind“ und „werden übernommen“) wiesen darauf hin, dass Fahrkosten als ergänzende Leistungen nicht im Ermessen der Krankenkassen stehen, sondern einen gebundenen Anspruch darstellen.

Diskussion und Fazit

Die Entscheidung des LSG Mecklenburg-Vorpommern ist grundsätzlich zu begrüßen, eröffnet jedoch auch Raum für Diskussionen.

Die Übersendung des Wiedereingliederungsplans wurde nachvollziehbar als Antrag auf Teilhabeleistungen eingestuft. Die Auslegung des Antrags ist jedoch nicht nur auf alle in Betracht kommenden medizinischen Leistungen zu begrenzen. Die Krankenkassen müssen auch andere Teilhabebedarfe erkennen und den Antrag ggfs. teilweise weiterleiten (§ 15 Abs. 1 SGB IX).

Fraglich ist, ob in diesem Fall ein Anspruch auf Übergangsgeld gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung mit Verweis auf die Rechtsprechung des BSG ausgeschlossen werden kann. Dieser lagen jeweils Fallkonstellationen zugrunde, in denen die Zuständigkeit einer Krankenkasse, mit der eines Rentenversicherungsträgers konkurrierte. Hinsichtlich der unterhaltssichernden Leistung ist das hier allerdings nicht gegeben, denn der Kläger war während der stufenweisen Wiedereingliederung familienversichert und somit ohne Anspruch auf Krankengeld. Es kommt daher eine geteilte Zuständigkeit in Betracht – vom zuständigen Rentenversicherungsträger für das Übergangsgeld und von der zuständigen Krankenkasse für die Fahrkosten – oder sogar die alleinige Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 4 Abs. 2 S.2 SGB IX).

Literatur

Nebe, K., Piller, C. (2018). Erstattung von Fahrtkosten während einer Stufenweisen Wiedereingliederung – Anmerkung zu SG Neuruppin, Urteil vom 26. Januar 2017 – S 22 R 127/14; Beitrag A19-2018 unter www.reha-recht.de; 02.10.2018.

Nellissen, G. (2015). Keine Erstattung von Fahrtkosten durch den Rentenversicherungsträger bei stufenweiser Wiedereingliederung; Forum A, Beitrag A7-2015 unter www.reha-recht.de; 27.05.2015.

Niehaus, M., Magin, J., Marfels, B., Vater, E.G., Werkstetter, E. (2008). Betriebliches Eingliederungsmanagement, Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX, Köln 2008.

Zusammenarbeit im Spannungsfeld zwischen Vorschrift und praktischer Umsetzung – ein Schritt vor (BTHG), neue Wege zurück?

Marcus Schian; Thomas Stähler

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

Hintergrund und Zielstellung

Mit der zum 1.1.2018 in Kraft getretenen Reformstufe II des BTHG hat der Gesetzgeber insbesondere auch die trägerübergreifende Zusammenarbeit gestärkt. Ein wesentliches Ziel des BTHG war es, zu gewährleisten, dass Leistungen wie aus einer Hand erbracht werden (vgl. insgesamt BT-Drs. 18/9522 S. 2, 191-193, 203, 229, 232, 234-236, 239, 240, 250, 307). Hierfür wurden insbesondere die Vorschriften zur Zusammenarbeit in Kapitel 2 bis 4 Teil 1 SGB IX „abweichungsfest“ gestellt (vgl. § 7 Abs. 2 SGB IX) und dabei aufbauend auf der bereits zuvor geregelten Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX weitere Schritte und Instrumente der Abstimmung im Reha-Prozess erstmals differenziert geregelt (Boetticher (2019), Schaumberg (2019) und Welti et. al. (2020)). Die Reha-Träger haben diese Vorschriften gemäß dem gesetzlichen Auftrag aus § 26 SGB IX in der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess (BAR, 2019) näher konkretisiert, um die Umsetzung in der Praxis zu unterstützen. Weitere Vorschriften im SGB IX zur Absicherung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit gelten auch nach dem BTHG weiter fort, entsprechende Gemeinsame Empfehlungen und weitere Formate der trägerübergreifenden Abstimmung wurden und werden kontinuierlich aktualisiert.

Allerdings blieb der Gesetzgeber im Bereich des Sozial- und Gesundheitsrechts nicht untätig und hat in der 19. Legislaturperiode viele weitere, auch umfangreichere gesetzliche Reformvorhaben verabschiedet, die teils jedenfalls inhaltliche Berührungspunkte mit den Vorschriften des trägerübergreifenden Rehabilitationsrechts im Teil 1 SGB IX und entsprechenden Abstimmungsinstrumenten aufweisen. Nur beispielhaft benannt seien: Gesetz zur Regelung des sozialen Entschädigungsrechts (im Folgenden: SERG, BGBl. I 2019, 2652 (Nr. 50)), IPREG (BGBl. I 2020, 2220 (Nr. 48)), Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG, BGBl. I 2021, 1444 (Nr. 29)), Gesetz Digitale Rentenübersicht (BGBl. I 2021, 154 (Nr. 6)), Teilhabestärkungsgesetz (BGBl. I 2021, 1387 (Nr. 29), vgl. hierzu auch Tabbara (2021)), Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG, BGBl. I 2021, 2754 (Nr. 44)). Angesichts der Fülle einschlägiger gesetzgeberischer Aktivitäten stellt sich die Frage, wie sich die neueren Vorschriften im Hinblick auf die Zielsetzungen des BTHG, die trägerübergreifende Zusammenarbeit zu stärken und Leistungen wie aus einer Hand zu gewährleisten, konkret auswirken bzw. welche Wechselbeziehungen bestehen.

Methoden

Der Beitrag analysiert die o.g. und weitere einschlägige Gesetze, die nach Inkrafttreten der zweiten Reformstufe des BTHG verabschiedet wurden, im Hinblick auf Vorschriften, die konkrete Berührungspunkte mit den Regelungen der Kapitel 2 bis 4 Teil 1 SGB IX und weiteren Regelungen des SGB IX zur Sicherung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit aufweisen. Die einschlägigen Vorschriften werden unter Zugrundelegung der juristischen Auslegungsmethodik (grammatische, systematische, teleologische Auslegung) und ggf.

erster Hinweise aus der Praxis, Rechtsprechung und Literatur, vertieft dahingehend betrachtet, ob und ggf. wie sie sich in der Praxis auf die Umsetzung der vorgenannten Vorschriften des SGB IX auswirken bzw. voraussichtlich auswirken werden.

Ergebnisse

Die Analyse zeigt, dass zahlreiche nach dem BTHG verabschiedete Gesetze konkrete Berührungspunkte aufweisen mit den Vorschriften des Teils 1 SGB IX und entsprechenden Abstimmungsinstrumenten zur Sicherung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit. Einige Beispiele werden zur Veranschaulichung benannt: In Bezug auf Zuständigkeitsklärung und Bedarfsermittlung und -feststellung nach den §§ 13 und 14ff. SGB IX regelt das IPReG für den Indikationsbereich geriatrische Reha besondere Zugangsvoraussetzungen (u.a. Direktverordnung). Mit Blick auf die Teilhabeplanung nach § 19ff. SGB IX führt das KJSG z.B. einen sog. „Verfahrenslotsen“ ein, das SERG das Instrument „schnelle Hilfen“; durch das Teilhabestärkungsgesetz wird die Rolle der Jobcenter in der Teilhabeplanung gänzlich neu justiert. Mit Blick auf die Qualitätssicherung von Reha-Leistungen - vgl. hierzu insbesondere § 37 SGB IX sowie die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ (BAR, 2018) - treffen das Gesetz Digitale Rentenübersicht und das GVWG trägerbereichsspezifische Detailregelungen zu Anforderungen und Verfahren. In den betrachteten neuen Vorschriften werden teilweise ausdrückliche Bezüge zum SGB IX bzw. zu bereits bestehenden trägerübergreifenden Abstimmungen hergestellt, teilweise nicht.

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend zeigt sich, dass jüngere gesetzliche Entwicklungen vor allem trägerbereichsspezifische Regelungsbedarfe aufgreifen, dabei allerdings teilweise Auswirkungen auf die Zielsetzungen des BTHG festzustellen sind, trägerübergreifende Zusammenarbeit zu stärken und Leistungen wie aus einer Hand zu gewährleisten.

Literatur

- Boetticher, A. von (2019). Nahtlosigkeitsideal oder Schnittstellenrealität im gegliederten Leistungssystem im Plan: Koordinierung bei Antrag und Leistung – aus einer Hand? In: Sozialrecht aktuell, 23. Jhg., Sonderheft 2019. 48-52.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2019). Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“.
- Schaumburg, Torsten (2019). Leistungskoordination im SGB IX – Zuständigkeitsklärung, Genehmigungsfiktion und Teilhabeplanung, in: Die Sozialgerichtsbarkeit, 66. Jhg, Heft 3 und Heft 4. 142-149 und 206-213.
- Tabbara, A. (2021). Mehr Inklusion möglich machen: Das Teilhabestärkungsgesetz, NZS 2020, 30. Jhg., Heft 17. 665-675.
- Welti, F., Bunge, D. (2020). Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX – Teil 1) in Gesetzgebung, Rechtsprechung und Literatur, in: JbSozR 41. 391-403.

"Alles aus einer Hand" Entgiftung/Entwöhnung/Adaption/Nachsorge/berufliche Reintegration

Sina Hommes; Dieter Bingel-Schmitz

MEDIAN Kliniken Daun

Hintergrund und Zielstellung

Die Median Kliniken Daun mit drei Behandlungsstätten, mit der Indikation Suchterkrankung und Psychosomatik, sowie einer Adaptionseinrichtung und einer Fachambulanz bildet ein großes Spektrum der Suchtbehandlung ab. Darüber hinaus besteht eine enge Vernetzung mit den örtlichen Beratungsstellen. Durch die enge interne und externe Vernetzung ergeben sich vielfältige Handlungsmöglichkeiten zur Unterstützung der Rehabilitanden auf dem Weg hin zu einer beruflichen Reintegration. Interventionen sind in alle Teilbereiche bzw. Therapieabschnitte hinsichtlich einer gelingenden Rehabilitation möglich und erfolgen in enger Abstimmung mit dem Rehabilitanden*innen und den Akteuren. Im Folgenden möchten wir auf die Erfahrungen der Inanspruchnahme der Rehabilitationskette in Form von Fallzahlen und Fallberichte eingehen. Durch die enge Vernetzung ist ein schnelleres Handeln aller Akteure möglich und sorgt für eine zügige soziale und berufliche Reintegration.

Methoden

Case-Management

Durch die Handlungsempfehlung zum Nahtlosverfahren 2017, ergriff die Fachambulanz der Median Kliniken Daun die Initiative für ein Roundtablegespräch mit den Akteuren der Suchthilfe in der Region. Hierzu zählt das Marienhaus Klinik Gerolstein mit der Regionalversorgung im Bereich Psychiatrie, den Gesundheitsämter Daun und Bitburg, sowie den Caritas Suchtberatungen in Daun, Prüm und Bitburg. Seitdem finden vierteljährliche Koordinationstreffen statt. Der Trägerverbund ambulante Rehabilitation Eifel (Caritas Bitburg, Prüm, Daun, Fachambulanz) sieht sich als Akteur für die Nachsorge und ambulante Rehabilitation/Weiterbehandlung zuständig und beteiligt sich an den regelmäßigen Treffen. Die Abteilung Berufliche Reintegration/ Sozialarbeit der Median Kliniken Daun mit 8 MitarbeiterInnen steht im gesamten Rehabilitations- und Nachsorgeprozess unterstützend für die Rehabilitanden zur Verfügung. Hinzu gibt es durch die Caritas einen schnelleren Zugang zur Schuldnerberatung. Hinsichtlich der beruflichen Reintegration besteht durch die Adaption der Median Kliniken Daun ein enges Netzwerk zu Betrieben in der Umgebung, zu Werkstätten der Behindertenhilfe sowie zur Agentur für Arbeit und zu den Jobcentern.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 345 Patienten, im Zeitraum 2017 bis 2020 mittels Nahtlosverfahren in die Median Kliniken Daun vermittelt. Im Vergleichszeitraum nahmen 4168 Patienten (Vergleichsgruppe) eine Rehabilitation, ohne Nahtlosverfahren in Anspruch. Bzgl. der Geschlechterverteilung, Alter, Migrationshintergrund, Schulabschluss, Erwerbssituation zu

Beginn und zum Ende der Behandlung, Rückfälligkeit während Rehabilitation liegen keine signifikanten Unterschiede zur Vergleichsgruppe vor. Hervorzuheben ist, dass mittels Nahtlosverfahren mehr Patienten mit einem Ausbildungsabschluss (65,2%), Vergleichsgruppe (58,9 %) in die Rehabilitation vermittelt worden. Ebenso liegen Unterschiede bzgl. der Wohnsituation vor der Entwöhnung vor. 9,6 % der Nahtlospatienten sind wohnungslos, wohin gegen in der Vergleichsgruppe nur 3,5 % wohnungslos waren.

Nach erfolgreichem Abschluss der Rehabilitation wechselten 28 Patienten in die Adaption Daun. Insgesamt nahmen von den Patienten die mittels Nahtlosverfahren in die Median Kliniken Daun vermittelt wurden, 61 Patienten eine Nachsorge/ambulante Rehabilitation in Anspruch. Dies entspricht 17,8 % der Nahtlosverfahren.

Zu Beginn der Entwöhnungsbehandlung verfügte 35,1 % der Nahtlos-Patienten über einen Arbeitsplatz.

Mittels Katamneseerhebung (nur Antworter werden nachfolgend dargestellt) lässt sich festhalten, dass durch die langfristige Anbindung (Nahtlos, Rehabilitation, ggf. Adaption, Trägerverbund) eine bessere berufliche Reintegration ermöglicht wird. 69,4 % sind ein Jahr später erwerbstätig, wohin gehend in der Vergleichsgruppe nur 55,8 % erwerbstätig sind.

Diskussion und Fazit

Abschließend ist festzuhalten, dass durch die enge Anbindung an den Trägerverbund, in Kombination mit der Kooperation mit den Betrieben eine langfristige berufliche Re-Integration besser gelingt. Durch das Nahtlosverfahren ist zusätzlich eine schnelle Vermittlung in eine Auffangbehandlung bei Rückfällen, in die Median Kliniken Daun möglich.

Die Übertragbarkeit auf andere Rehabilitationseinrichtungen ist konzeptionell möglich. Bzgl. Kostenersparnis ist zu benennen, dass durch die schnelle Vermittlung in Entwöhnungsbehandlungen und langfristige Anbindung eine Kostenersparnis bei der Rentenversicherung, Krankenversicherung, Agentur für Arbeit und Jobcenter entsteht.

Des Weiteren zeigte sich, dass die ambulante Weiterbehandlung mehr Interventionsmöglichkeiten ermöglicht, als die Nachsorge.

Literatur

Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifizierten Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter vom 1. August 2017

Statistische Daten der Median Kliniken Daun

Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Therapiegestaltung und Chancen der Digitalisierung in der Suchtrehabilitation und Suchtnachsorge

Stefanie Köhn; Anna Schlumbohm; Martin Brünger; Jennifer-Marie Burchardi; Karla Spyra
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Einrichtungen der Suchtrehabilitation und Suchtnachsorge wurden durch die SARS-CoV-2-Pandemie mit der Herausforderung konfrontiert, die Aufrechterhaltung des Therapieangebots bei gleichzeitig bestmöglichem Schutz von Patient:innen und Personal vor einer Corona-Infektion zu gewährleisten. Therapeutische Angebote mussten aufgrund der Hygiene- und Schutzmaßnahmen erheblich modifiziert werden, dies betraf insbesondere Angebote im Gruppensetting (Vogelgesang, 2020; Weissinger, 2020). Eine Strategie zur Aufrechterhaltung des Therapieangebots war die Nutzung digitaler Angebote oder einzeltherapeutischer Ersatzleistungen der Gruppentherapie, deren Finanzierung durch die Kostenträger gewährleistet wurde (Tabbara et al., 2020). Dieser Beitrag stellt erstmalig empirische Ergebnisse der pandemiebedingten Auswirkungen auf die Therapiegestaltung in der Suchtrehabilitation und zu den Chancen der Nutzung digitaler Angebote aus Einrichtungsperspektive dar.

Methoden

Die vorliegende Analyse basiert auf Daten einer als Vollerhebung geplanten bundesweiten Online-Befragung von Einrichtungen der Suchtrehabilitation und Suchtnachsorge, die im Herbst 2021 durchgeführt wurde. Die Befragung ist Bestandteil des Forschungsprojektes „Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Sucht-Rehabilitation“ (CoV-AZuR).

Zielgruppe der Befragung waren Einrichtungen, die mindestens einen Leistungstyp der Suchtrehabilitation (stationäre Rehabilitation (STR), Adaption (ADA), ganztägig ambulante Rehabilitation (TAR), ambulante Rehabilitation (ARS)) oder eine Suchtnachsorge (NAS) anbieten. Der Fragebogen richtete sich an die ärztliche, therapeutische oder kaufmännische Einrichtungsleitung und umfasst sieben Themengebiete. Es wurden 1.087 Einrichtungsstandorte angeschrieben. Den Einrichtungen oblag, ob sie den Fragebogen für jeden Standort einzeln oder für mehrere Standorte gemeinsam ausfüllen.

Der auswertbare Rücklauf umfasste 301 Fragebögen, die für insgesamt 494 Standorte ausgefüllt wurden. In der vorliegenden Analyse werden Fragen aus dem Themengebiet „Therapeutische Leistungen“ deskriptiv ausgewertet. Dazu werden absolute und prozentuale Häufigkeiten präsentiert. Für die Analyse wurden die antwortenden Einrichtungen in zwei Settings gruppiert: Setting 1: stationäres bzw. ganztägig ambulantes Setting (mindestens ein Standort STR, ADA oder TAR) und Setting 2: berufs-/alltagsbegleitendes ambulantes Setting (Einrichtungen, die ausschließlich ARS und/oder NAS anbieten).

Ergebnisse

Das Setting 1 umfasste 83 der 301 antwortenden Einrichtungen (27,5%), Setting 2 218 Einrichtungen (72,5%) In beiden Settings wurde das therapeutische Leistungsangebot pandemiebedingt modifiziert. Von den Einrichtungsleitungen im Setting 1 gaben 62% an, dass

die psycho-/suchttherapeutische Gruppentherapie verändert wurde. Im Setting 2 traf dies auf 82% zu. Die psycho-/suchttherapeutische Einzeltherapie wurde in Setting 1 in 33% der Einrichtungen modifiziert, in Setting 2 etwa doppelt so oft (60%). Besonders häufig wurden in Setting 1 angehörigorientierte Interventionen verändert (93%), dies traf in Setting 2 nur auf 55% zu. Das Angebot Sozialberatung/Entlassmanagement wurde seltener geändert (Setting 1: 28%, Setting 2: 31%).

Tabelle 1: Modifikation der psycho-/suchttherapeutischen Gruppentherapie seit Beginn der Pandemie bis Herbst 2021

	Setting 1					Setting 2				
	mit modifizierter Gruppentherapie n=51					mit modifizierter Gruppentherapie n=173				
	nie	zeitweise durchgehend	n	missing		nie	zeitweise durchgehend	n	missing	
Reduzierung der Gruppengröße	2,0%	47,1%	51,0%	51	0	8,3%	43,5%	48,2%	168	5
Gruppentherapie per Telefonkonferenz	54,0%	44,0%	2,0%	50	0	73,3%	24,8%	1,9%	161	12
Gruppentherapie per Videokonferenz	60,0%	38,0%	2,0%	50	0	49,4%	45,7%	4,9%	164	9
Durchführung im Freien	13,7%	80,4%	5,9%	51	0	53,1%	45,6%	1,3%	160	13
Erstangebot in Form von „Stillarbeit“ / „Hausaufgaben“	44,9%	49,0%	6,1%	49	2	64,3%	31,8%	3,9%	154	19
Andere digitale Ersatzangebote	83,7%	14,3%	2,0%	49	2	88,7%	10,0%	1,3%	150	23
nur in Setting 1 erhoben										
Mehr Therapieeinheiten pro Woche	61,2%	26,5%	12,2%	49	2					
Weniger Therapieeinheiten pro Woche	54,0%	42,0%	4,0%	50	1					
nur in Setting 2 erhoben										
Ersatzangebot: Einzelgespräche telefonisch/digital						2,9%	78,6%	18,5%	173	0
Ersatzangebot: Einzelgespräche vor Ort						18,3%	67,7%	14,0%	164	9

Setting 1: Einrichtungen mit stationärem bzw. ganztägig ambulanten Angebot

Setting 2: Einrichtungen mit ausschließlich berufs-/alltagsbegeleitendem ambulanten Angebot

Einrichtungen, die von einer Modifikation der Gruppentherapie berichteten wurden zur Art und Dauer der notwendigen Veränderungen weiter befragt (Tabelle 1). In nahezu allen Einrichtungen erfolgte eine Reduktion der Gruppengröße (Setting 1: 98%, Setting 2: 92%), bei der Hälfte der Einrichtungen durchgehend im Pandemieverlauf. Gruppentherapeutische Angebote via Videokonferenz wurden in beiden Settings angewendet (Setting 1: 40%, Setting 2: 50%), via Telefonkonferenz in Setting 1 (45% vs. 27%). Gruppentherapien wurden von 80% (Setting 1) bzw. 46% (Setting 2) zumindest zeitweise im Freien durchgeführt. In Setting 1 wurden häufig Ersatzangebote in Form von „Hausaufgaben“ (55%) eingesetzt. In Setting 2 waren als Ersatzangebote telefonische/digitale (97%) oder persönliche Einzelgespräche (82%) besonders relevant. Eine weitere Modifikationsstrategie in Setting 1 betraf Frequenzänderungen, wobei bei 39% die Vergabe von mehr Therapieeinheiten pro Woche und bei 45% die Vergabe von weniger Therapieeinheiten benannt wurde.

Die befragten Einrichtungen bewerteten die Chancen bei der Nutzung von digitalen Angeboten in der Suchtrehabilitation und -nachsorge je nach Setting unterschiedlich (Tabelle 2). Einrichtungsleitungen im Setting 1 sehen Potentiale in einer verbesserten Kommunikation mit Patient:innen vor und nach der Behandlung (58%) sowie einer besseren Vernetzung mit externen Behandler:innen (60%). Einrichtungen im Setting 2 benennen als wichtigste Chance die höhere Inanspruchnahme von Suchtrehabilitation und -nachsorge durch die Niedrigschwelligkeit digitaler Angebote (60%).

Tabelle 2: Chancen der Anwendung digitaler Angebote (Mehrfachantwort möglich)

	Setting 1 n=83	Setting 2 n=218	Gesamt n=301
Verbesserte Qualität der Versorgung von Patient:innen während Behandlung	34,9%	42,7%	40,5%
Höhere Inanspruchnahme durch niedrigschwelliges Angebot	43,4%	59,6%	55,1%
Optimierung von Abläufen in Einrichtung	47,0%	28,0%	33,2%
Kostenreduktion	31,3%	19,7%	22,9%
Verbesserte Kommunikation mit Patient:innen vor bzw. nach Behandlung	57,8%	38,5%	43,9%
Verbesserte Kommunikation mit externen Behandler:innen	60,2%	41,7%	46,8%
Sonstige	7,2%	10,6%	9,6%

Setting 1: Einrichtungen mit stationärem bzw. ganztägig ambulanten Angebot

Setting 2: Einrichtungen mit ausschließlich berufs-/alltagsbegleitendem ambulanten Angebot

Diskussion und Fazit

Erstmalig konnten empirische Ergebnisse zur pandemiebedingten Veränderung therapeutischer Angebote in der Suchtrehabilitation und -nachsorge gezeigt werden.

In der sucht-/psychotherapeutischen Gruppentherapie, die für die Suchtrehabilitation einen zentralen Therapiebaustein darstellt, mussten von der Mehrheit der Einrichtungen Veränderungen vorgenommen werden. Neben der Reduktion von Gruppengrößen wurden Alternativen zum üblichen Face-to-Face-Setting in geschlossenen Räumen etabliert.

Wesentliche Unterschiede in Ausmaß und Art der Modifikation bestehen zwischen Einrichtungen, die ihre Maßnahmen im stationären bzw. ganztägig ambulanten Setting und im berufs-/alltagsbegleitenden ambulanten Setting anbieten. Die Potentiale digitaler Angebote, wie höhere Inanspruchnahme durch die Niedrigschwelligkeit des Angebots und verbesserte Kommunikation mit Patient:innen und externen Behandler:innen vor und nach der Maßnahme, bieten Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung der Suchtrehabilitation und -nachsorge.

Literatur

- Tabbara, A., Gross, B., Kukla, G., Domma, J., Geyer, D., Steffen, D. (2020). Auswirkungen der Corona Pandemie auf die (Sucht-)Rehabilitation - aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Sucht Aktuell, 2. 24-36.
- Vogelgesang, M. (2020). Suchtrehabilitation in Zeiten der Pandemie. Sucht Aktuell, 2. 14-23.
- Weissinger, V. (2020). Übersicht über Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Versorgungs- und Behandlungssystem für suchtkranke Menschen. SUCHT, 66(4). 183-194.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Belegung und Inanspruchnahme in der Suchtrehabilitation und -nachsorge während der Corona-Pandemie: Ergebnisse einer Online-Einrichtungsbefragung

Anna Schlumbohm; Stefanie Köhn; Martin Brünger; Jennifer-Marie Burchardi; Karla Spyra
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Durch die SARS-CoV-2-Pandemie sind in vielfältiger Hinsicht Auswirkungen auf die medizinische Rehabilitation zu verzeichnen. So nahm die Zahl der Anträge auf medizinische Rehabilitation während der Pandemie deutlich ab (Bethge et al., 2021). Die Suchtrehabilitation ist besonders von der Pandemie betroffen, da sie im Vergleich zu somatischen Indikationen u.a. andere Zugangswege, längere Belegungszeiten und ein besonders vulnerables Patient:innenklientel aufweist (Weissinger, 2020). Breite empirische Befunde zu Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Einrichtungen der Suchtrehabilitation fehlen bislang weitgehend. Ziel dieser Arbeit ist es daher, Erkenntnisse zur Inanspruchnahme und Belegung der Suchtrehabilitation und -nachsorge zu präsentieren.

Methoden

Das Forschungsprojekt „Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Sucht-Rehabilitation“ (CoV-AZuR)“ wurde in einem Mixed-Methods-Design konzipiert. Einen Baustein stellt die Onlinebefragung sämtlicher Einrichtungen der Suchtrehabilitation und -nachsorge in Deutschland dar, welche im Herbst 2021 zu sieben Themengebieten durchgeführt wurde. 1.087 Einrichtungsstandorte wurden im Rahmen einer Vollerhebung kontaktiert. Die Beantwortung des Fragebogens durch die ärztliche, therapeutische oder kaufmännische Einrichtungsleitung war separat pro Standort oder gesammelt für mehrere Standorte möglich.

Der Rücklauf lag unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien bei 301 Fragebögen zu 494 Standorten. Diese gehen vollständig in die vorliegende Auswertung von Items zum Themengebiet „Belegung und Inanspruchnahme“ ein. Die Ergebnisse werden in absoluten und prozentualen Häufigkeiten angegeben.

Die Ergebnisse werden getrennt nach Leistungstyp (stationäre Rehabilitation (STR), Adaption (ADA), ganztägig ambulante Rehabilitation (TAR), ambulante Rehabilitation (ARS) und Sucht-Nachsorge (NAS)) berichtet. Für einige Analysen wurden die antwortenden Einrichtungen in zwei Settings gruppiert: Setting 1: stationäres bzw. ganztägig ambulantes Setting (mindestens ein Standort STR, ADA oder TAR) und Setting 2: berufs-/alltagsbegleitendes ambulantes Setting (Einrichtungen, die ausschließlich ARS und/oder NAS anbieten).

Ergebnisse

In der Stichprobe verteilten sich die Leistungstypen folgendermaßen: 61 Einrichtungen gaben an, eine STR anzubieten, 39 eine ADA, 26 eine TAR, 161 eine ARS und 223 eine NAS. Für die zwei definierten Settings resultierten folgende Häufigkeiten: 83 Einrichtungen wurden dem Setting 1 und 218 Einrichtungen dem Setting 2 zugeordnet.

Über einen Aufnahmestopp von neuen Patient:innen in der ersten Welle der Pandemie berichteten 38% der Einrichtungsleitungen in Setting 1 und 11% in Setting 2. Gründe waren vornehmlich innerbetriebliche Umstrukturierungen sowie landesrechtliche oder behördliche Anordnungen.

Tabelle 1: Reduktion der Behandlungsplätze im Verlauf der Pandemie

		Reduziert?	Behandlungs- plätze 2019	Behandlungsplätze Hochinzidenz- Phasen	Behandlungsplätze Niedriginzidenz- Phasen
STR	% / MW	Ja	45,9%	87,5	66,4 -24,1%
	N		28	28	28
	% / MW	Nein	54,1%	89,7	
	N		33	31	
ADA	% / MW	Ja	23,7%	15	9,9 -34,0%
	N		9	9	9
	% / MW	Nein	76,3%	15,1	
	N		29	29	
TAR	% / MW	Ja	57,7%	16,9	9,9 -41,4%
	N		15	14	14
	% / MW	Nein	42,3%	11,8	
	N		11	11	
ARS	% / MW	Ja	32,3%	26,2	15,6 -40,5%
	N		51	50	50
	% / MW	Nein	67,7%	26,9	
	N		107	95	
NAS	% / MW	Ja	17,6%	18,8	10,4 -44,7%
	N		39	38	38
	% / MW	Nein	82,4%	15,3	
	N		183	149	

Einrichtungsleitungen aller Leistungstypen gaben an, dass Behandlungsplätze reduziert werden mussten (Tabelle 1), am stärksten in der STR (45,9%) und in der TAR (57,7%). Wenn reduziert werden musste, verringerten sich die Behandlungsplätze in den Hochinzidenzphasen der Pandemie deutlich stärker als in den Niedriginzidenzphasen: In der STR mussten die Behandlungsplätze beispielsweise in den Hochinzidenzphasen im Mittel um 24% reduziert werden, in den Niedriginzidenzphasen um ca. 12%. In Setting 1 wurden am häufigsten als Gründe der Mangel an Therapieräumen (34%) und Patient:innenzimmern (34%) sowie das Freihalten von Kapazitäten für die Notfallversorgung (30%) angeführt. In Setting 2 wurde am häufigsten ein Mangel an Therapieräumen als Grund genannt (100%), gefolgt von Personalmangel durch Therapieanpassungen und Fehlzeiten (jeweils 26%).

Etwa die Hälfte der Einrichtungsleitungen gab an, dass die Nachfrage während der 1. Welle niedriger war als im Jahr 2019 (Tabelle 2). Für die Zeit nach der 1. Welle änderte sich diese Einschätzung: Der Anteil derer, die eine niedrigere Nachfrage verzeichneten, sank bei allen Leistungstypen außer bei der ADA. Diejenigen, die eine geringere Nachfrage berichteten, gaben als Gründe in Setting 1 an, dass die Weitervermittlung durch Akutkliniken fehle (76%), die Patient:innen verunsichert über die Behandlungsmöglichkeiten während der Pandemie

seien oder strenge Hygieneregeln fürchteten (jeweils 73%). In Setting 2 war mit 85% die Verunsicherung der Patient:innen der am häufigsten genannte Grund.

Tabelle 2: Veränderung der Nachfrage während der Pandemie

	<i>während 1. Welle</i>		<i>nach 1. Welle</i>	
	n	%	n	%
STR Höher	9	15,3%	13	22,4%
Unverändert (wie 2019)	21	35,6%	31	53,4%
Niedriger	29	49,2%	14	24,1%
ADA Höher	5	14,3%	1	2,8%
Unverändert (wie 2019)	14	40,0%	18	50,0%
Niedriger	16	45,7%	17	47,2%
TAR Höher	5	8,7%	2	8,7%
Unverändert (wie 2019)	14	34,8%	14	60,9%
Niedriger	16	56,5%	7	30,4%
ARS Höher	10	4,8%	37	17,3%
Unverändert (wie 2019)	106	50,5%	125	58,4%
Niedriger	94	44,8%	52	24,3%
NAS Höher	10	4,8%	37	17,3%
Unverändert (wie 2019)	106	50,5%	125	58,4%
Niedriger	94	44,8%	52	24,3%

Diskussion und Fazit

Die Analysen zeigen, dass die SARS-CoV-2-Pandemie starke Auswirkungen auf die Suchtrehabilitation und -nachsorge hatte: So konnten im ganztägigen Setting zunächst häufig keine neuen Patient:innen aufgenommen werden. Aus Mangel an Räumlichkeiten und Personal aufgrund der Pandemie mussten die verfügbaren Behandlungsplätze in vielen Einrichtungen reduziert werden. Gleichzeitig sank nach Einschätzung der Einrichtungsleitungen auch die Nachfrage auf Behandlungsplätze, was diese hauptsächlich auf die Verunsicherung der Patient:innen durch die Pandemie sowie auf eine reduzierte Weitervermittlung von Patient:innen durch Akutkliniken zurückführten. Dies steht im Einklang mit der Beobachtung, dass in den ersten Wochen der Pandemie die Anzahl der Entgiftungsbehandlungen zurückging (Suhren et al., 2021).

Literatur

Bethge, M., Fauser, D., Zollmann, P., Streibelt, M. (2021): Reduced Requests for Medical Rehabilitation Because of the SARS-CoV-2 Pandemic: A Difference-in-Differences Analysis. Arch Phys Med Rehabil.

Suhren, E., von Dewitz, M., Bodemer, N., Lohmann, K. (2021). Forschungsaktivitäten zu den Auswirkungen von COVID-19 auf den Substanzkonsum, die Entwicklung von Verhaltenssuchten sowie das Suchthilfesystem. Berlin, Institut für Innovation und Technik (iit).

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

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Das Peer Review der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse des Verfahrens Psychosomatik / Sucht

Stefanie Martin; Niels Baumann

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 (Martin & Ostholt-Corsten, 2020). Die Ergebnisse des Verfahrens gehen als einer von fünf Indikatoren in den Parameter Qualität ein, der künftig für die qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl maßgeblich ist (Kayser et al., 2019).

Das Peer Review wurde im Jahr 2018 auf ein elektronisches Verfahren umgestellt und pilotiert (Martin et al., 2020). Für die Psychosomatik / Sucht kam dieses weiterentwickelte Verfahren erstmals 2020 zum Einsatz.

Methoden

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 (DRV Bund, 2016).

Am Peer Review nehmen alle von der Rentenversicherung federführend belegten Reha-Fachabteilungen teil. Im aktuellen Verfahren waren es 328 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 dem 01.02. und 31.07.2019, Entlassungsform regulär oder vorzeitig, erwachsene Versicherte, keine Altersrentner.

Insgesamt gingen 6.214 Fälle in die Begutachtung ein. Darunter waren 624 Kontrollberichte, mit denen die Gutachterübereinstimmung berechnet wird, die aber nicht in die inhaltliche Auswertung eingehen. Datengrundlage für die Auswertung waren 4.361 bewertete Fälle.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Bewertung werden jeder Fachabteilung in Form vergleichender QS-Berichte zurückgemeldet (hier: QS-Bericht 2020). In der Gesamtschau bildet sich eine insgesamt gute Qualität der untersuchten Reha-Prozesse ab: In der Psychosomatik wurden im Mittel 73 Qualitätspunkte (Skala 0-100, 100 entspricht Qualitätsoptimum) erreicht, in der Sucht 78.

Tab. 1: Mängelbewertungen in den Prozessbereichen

Prozessbereich	keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
Psychosomatik (n = 2.284)				
Anamnese	51 %	38 %	10 %	1 %
Diagnostik	38 %	42 %	17 %	4 %
Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis	21 %	55 %	21 %	2 %
Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise	41 %	44 %	14 %	1 %
Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge	27 %	57 %	15 %	1 %
Gesamter Reha-Prozess	18 %	61 %	19 %	2 %
Abhängigkeitserkrankungen (n = 2.077)				
Anamnese	61 %	31 %	7 %	1 %
Diagnostik	44 %	40 %	14 %	3 %
Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis	32 %	53 %	13 %	1 %
Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise	49 %	41 %	8 %	1 %
Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge	36 %	54 %	9 %	1 %
Gesamter Reha-Prozess	24 %	63 %	12 %	1 %

Betrachtet man die Prozessbereiche hinsichtlich der von den Peers verzeichneten Mängel (Tabelle 1), schnitten in der Psychosomatik die Prozessbereiche „Anamnese“, „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“ sowie „Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge“ am besten ab. Die größten Anteile an deutlichen / gravierenden Mängeln wurde in den Bereichen „Diagnostik“ (21 %) sowie „Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis“ (23 %) vergeben. In der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen stellt sich das Bild ähnlich dar (Tabelle 1). Allerdings sahen die Peers hier insgesamt seltener deutliche oder gravierende Mängel als in der Psychosomatik.

Neben der Mängelbewertung beurteilen die Peers die einzelnen Prozessbereiche auch mittels sog. Bewertungspunkte (0 = „sehr schlecht“ bis 10 = „sehr gut“). In Tabelle 2 sind die Mittel- und Medianwerte der Bewertungspunkte aufgelistet. Die Werte zeigen erwartungsgemäß eine ähnliche Tendenz wie die Ergebnisse im Bereich der Mängelbewertung.

Tab. 2: Bewertungspunkte in den Prozessbereichen

Prozessbereich	Psychosomatik (n = 2.284)		Abhängigkeitserkrank. (n = 2.077)	
	Mittelwert	Median	Mittelwert	Median
Anamnese	7,9	8,0	8,4	8,5
Diagnostik	7,4	7,5	7,7	7,8
Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis	7,0	7,2	7,6	7,7
Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise	7,7	7,8	8,2	8,3
Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge	7,4	7,5	7,9	8,0
Gesamter Reha-Prozess	7,2	7,3	7,7	7,8

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 relativ hoher Anteil deutlicher und gravierender Mängel besteht bspw. in beiden Indikationsgebieten bezüglich der „Zusammenfassenden Begründung der Leistungsbeurteilung“ durch die behandelnden Ärzt*innen (22 % Psychosomatik, 15 % Sucht, ohne Abbildung). Insgesamt bestehen auf Ebene der Prozessmerkmale zum Teil deutliche Unterschiede in den Mängelbewertungen.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse des Peer Review Psychosomatik / Sucht 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.

Literatur

DRV 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
- Märting, St., Baumann, N., Kayser, L. (2020): Das Peer Review der medizinischen Rehabilitation - Ergebnisse des Pilotverfahrens Orthopädie. DRV-Schriften, Band 120. S. 199-201
- Märting, St., Ostholt-Corsten, M. (2020): Die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. DRV-Schriften, Band 121. S. 63-69

Entwicklung einer smartphonebasierten Intervention zur Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit (SPIRA)

Robert Schöneck¹; Nele Peerenboom²; Johannes Lindenmeyer³; Valerie Voon²

¹ salus klinik Lindow; ² University of Cambridge;

³ salus klinik Lindow / Medizinische Hochschule Brandenburg

Hintergrund und Zielstellung

Mithilfe des in der salus klinik Lindow entwickelten computerbasierten Anti-Alkohol-Trainings (AAT) konnte in mehreren RCT-Studien eine langfristige Senkung der Rückfallquote nach stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung um ca. 8% nachgewiesen werden (u.a. Wiers et al., 2010; Rinck et al., 2018). Bislang scheiterten jedoch alle Versuche, mehr als 5% der Patient*innen nach Ende der stationären Behandlung zur selbstständigen Fortführung des Trainings am heimischen PC zu motivieren. Ziel dieser Arbeit war daher zu untersuchen, ob dies mithilfe einer smartphonebasierten Version des AAT mit spielerischen Anreizen (sog. Gamification) gelingen kann und ob durch weitere Nutzung der App die Rückfallrate nochmals gesenkt werden kann.

Methoden

Seit 2019 wurden Patient*innen mit Alkoholabhängigkeit (N=607) anderthalb Wochen vor Therapieende in die Durchführung der App eingewiesen mit der Empfehlung sie in den ersten 3 Monaten nach Beendigung der stationären Behandlung mindestens dreimal Mal pro Woche zu nutzen. Gleichzeitig wurde ein spielerischer Wettbewerb dadurch erzeugt, dass die Patient*innen jeweils einem von 18 Teams zugewiesen wurden, für das sie durch Nutzung der App Punkte gewinnen konnten. Die Teams traten in einer „Liga“ gegeneinander an. Die Punktestände der Teams wurden live im Internet dargestellt. Mithilfe eines Forums konnten die noch in der Klinik befindlichen Teammitglieder die bereits entlassenen Teammitglieder zur verstärkten App-Nutzung anfeuern. Die in der Klinik befindlichen Mitglieder des monatlichen Punktesiegerteams erhielten für ihre erfolgreiche Motivationsarbeit jeweils eine kleine Anerkennung (Kaffeemarken).

Ergebnisse

Die App wurde nach Beendigung der Behandlung von mehr als einem Drittel der eingewiesenen Patient*innen regelmäßig genutzt. Die überwiegende Mehrheit hat subjektiv von der Nutzung der App profitiert und würde diese auch weiterempfehlen. Außerdem zeigte

sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Nutzung der App und dem Verlangen nach Alkohol in den ersten 3 Monaten nach Beendigung der stationären Behandlung.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass mittels Gamification die selbstständige Nutzung einer smartphonebasierten Version des AAT im Anschluss an eine stationäre Behandlung bei einer substanziellen Zahl von Patient*innen mit Alkoholabhängigkeit erzielt werden kann. Es bleibt weiteren Studien vorbehalten zu erkunden, wie der Nutzeranteil noch weiter gesteigert werden kann.

Literatur

Rinck, M., Wiers, R., Becker, E., & Lindenmeyer, J. (2018). Relapse Prevention in Abstinent Alcoholics by Cognitive Bias Modification: Clinical Effects of Combining Approach Bias Modification and Attention Bias Modification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86 (12), 1005-10016.

Wiers, R. W., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2011). Retraining automatic action tendencies changes alcoholic patient's approach bias for alcohol and improves treatment outcome. *Psychological science*, 22(4), 490-497.

Interessenkonflikt: Direktor einer Klinik für medizinische Rehabilitation mit einer Fachabteilung für Abhängigkeitserkrankungen

Kognitive Kontrolle und Reha-Erfolg – erste Ergebnisse der ICTAR-Studie

*Johannes Lindenmeyer¹; Reinout Wiers²; Mike Rinck³; Eni Becker³; Edwin Schenkel¹;
Robert Schöneck⁴; Paul Verschure⁵*

¹ salus klinik Lindow / Medizinische Hochschule Brandenburg; ² Universität Amsterdam;

³ Radboud Universität Nijmegen; ⁴ salus klinik Lindow;

⁵ Barcelona Institute of Science and Technology

Hintergrund und Zielstellung

Heutzutage kommt es im Arbeitsleben immer stärker darauf an, wie eine Person Informationen verarbeiten und angemessen auf sie reagieren kann. Genau diese sog. kognitive Kontrollfähigkeit ist durch psychische Störungen oftmals beeinträchtigt. Die psychologische Grundlagenforschung hat in den letzten Jahren neuartige Untersuchungsmöglichkeiten am Computer entwickelt, um verschiedene Aspekte kognitiver Kontrollfähigkeiten unabhängig vom subjektiven Empfinden der Patient*innen messen zu können (Le Pelley et al., 2015; Talyor et al, 2010; Mathews et al, 2015). In der Studie Investigating Cognitive control during Treatment of Alcohol use disorder and its predictive value for Relapse (ICTAR) wird untersucht, wieweit sich eine stationäre Rehabilitationsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit günstig auf die Kontrollfähigkeit der Betroffenen auswirkt und ob hier ein Zusammenhang mit dem Rückfallgeschehen und einer erfolgreichen Teilhabe am Arbeitsleben besteht.

Methoden

Alkoholabhängige Patient*innen werden zu Beginn und Ende einer stationären Entwöhnungsbehandlung jeweils einer ca. 40-minütigen Untersuchung mit 3 computerbasierten Testaufgaben zur Messung folgender Aspekte von kognitiver Kontrolle unterzogen: Fokussiertheit (kognitive Konzentrationsfähigkeit trotz Ablenkung), Psychomotorische Auffassungsgabe (Fähigkeit, sich komplexen Umweltaforderungen anzupassen, möglichst schnell ihre Regelhaftigkeit zu erkennen und entsprechende Entscheidungen zu treffen), Kognitive Umstellungsfähigkeit (Reaktionsgeschwindigkeit, sich auf wechselnde Umweltbedingungen einstellen zu können), Auditive Aufmerksamkeit (Schnelligkeit, mit der verbale Informationen aufgenommen und verarbeitet werden können).

Die Ergebnisse werden in Beziehung gesetzt zur Berufsanamnese und den berufsbezogenen subjektiven Einschränkungen der Betroffenen sowie den Ergebnissen der Einjahres-Katamnese

Ergebnisse

Bei 300 bislang untersuchten Patient*innen konnte mehrheitlich eine Zunahme an jeweils unterschiedlichen Aspekten kognitiver Kontrolle im Rehabilitationsverlauf festgestellt werden. Außerdem zeigte sich ein Zusammenhang zu berufsbezogenen Anamnesedaten. Dagegen zeigte sich kein Zusammenhang zu den berufsbezogenen subjektiven Einschränkungen der Betroffenen.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse belegen die Nützlichkeit der computerbasierten Messung von kognitiver Kontrolle unabhängig vom subjektiven Erleben der Betroffenen im Rahmen einer Alkoholentwöhnungsbehandlung. Die Daten bilden damit eine wichtige Ausgangslage zur weiteren Untersuchung der Bedeutung spezifischer kognitiver Kontrollfähigkeiten für einen langfristigen Rehabilitationserfolg bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit.

Literatur

- Le Pelley, M. E., Pearson, D., Griffiths, O., & Beesley, T. (2015). When goals conflict with values: Counterproductive attentional and oculomotor capture by reward-related stimuli. *Journal of Experimental Psychology: General*, 144(1), 158.
- Mathews, Z., Cetnarski, R., & Verschure, P. F. (2015). Visual anticipation biases conscious decision making but not bottom-up visual processing. *Frontiers in psychology*, 5, 1443
- Taylor, J.A.; Klemfuss, N.M.; Ivry, R.B. (2010). An explicit strategy prevails when the cerebellum fails to compute movement errors. *Cerebellum* 2010, 9, 580–586.

Bestandsaufnahme zu Long COVID in der medizinischen Rehabilitation

Christian Brand; Teresia Widera; Stefan Schüring

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR)

Hintergrund und Zielstellung

Langzeitfolgen von COVID-19-Erkrankungen sind bisher kaum erforscht und stellen die Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen. Über Prävalenz, Symptome und Verläufe besteht zurzeit noch wenig gesichertes Wissen (Lopez-Leon et al., 2021). Studien zeigen, dass die medizinische Rehabilitation bei COVID-19-Langzeitfolgen zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führen kann (Jarosch, Koczulla, 2021).

Da die Auswirkungen von Long COVID auf den Versorgungsbereich der medizinischen Rehabilitation noch schwer abzuschätzen sind, führte die BAR auf Initiative des BMAS eine Bestandserhebung hierzu durch. Ziel war es, eine datengestützte Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation von Long COVID-Patienten in den Reha-Einrichtungen zu gewinnen.

Methoden

Zur Datenerhebung wurde eine standardisierte Online-Befragung unter den medizinischen Reha-Einrichtungen in Deutschland durchgeführt. Dafür wurden alle 1.080 stationären medizinischen Reha-Einrichtungen im Reha-Einrichtungsverzeichnis der BAR (REV) direkt angeschrieben. Die Erhebung dauerte vom 13. September 2021 bis 1. Oktober 2021.

Erhoben wurden allgemeine Einrichtungsmerkmale, (geschätzte) Fallzahlen, Kapazitäten und Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID, Informationen zu ggf. genutzten Behandlungskonzepten, Merkmale der Rehabilitanden mit Long COVID, Informationen zur Behandlung und deren Ergebnisse sowie Schnittstellen zur vor- und nachgelagerten Versorgungsbereichen.

Im Zentrum der ersten Auswertung standen Fragen nach Kapazitäten und Voraussetzungen für die medizinische Reha bei jenen Einrichtungen, in denen Rehabilitanden mit Long COVID behandelt werden. Die Dimensionen zur Einschätzung der Versorgungslage wurden mithilfe von drei Items für die Kapazitäten und sechs Items für die personellen, räumlichen, technisch-apparativen und inhaltlichen Voraussetzungen zur Behandlung von Long COVID in den Reha-Einrichtungen erhoben. Dabei wurde der Grad der Zustimmung zu unterschiedlichen Aussagen auf einer Likert-Skala mit sechs Antwortoptionen abgefragt. Die Einzelitems wurden durch Mittelwertbildung in jeweils einen Index für Kapazitäten und Voraussetzungen mit möglichen Werten zwischen 1 (fehlend) und 6 (ausreichend) zusammengefasst.

Ergebnisse

338 Fälle konnten zur Analyse herangezogen werden. Ein Strukturvergleich der Stichprobe mit dem REV und den Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Destatis, 2021) zeigte weitgehende Übereinstimmung. Einrichtungen mit für Long COVID

einschlägigen Fachabteilungen waren etwas überrepräsentiert, außerdem waren die Einrichtungen in der Stichprobe im Durchschnitt größer (gemessen an der Bettenzahl). Von den 338 Reha-Einrichtungen gaben 173 (51%) an, Reha-Maßnahmen bei Long COVID durchzuführen. 165 (49%) verneinten dies.

Einrichtungen mit Reha bei Long COVID

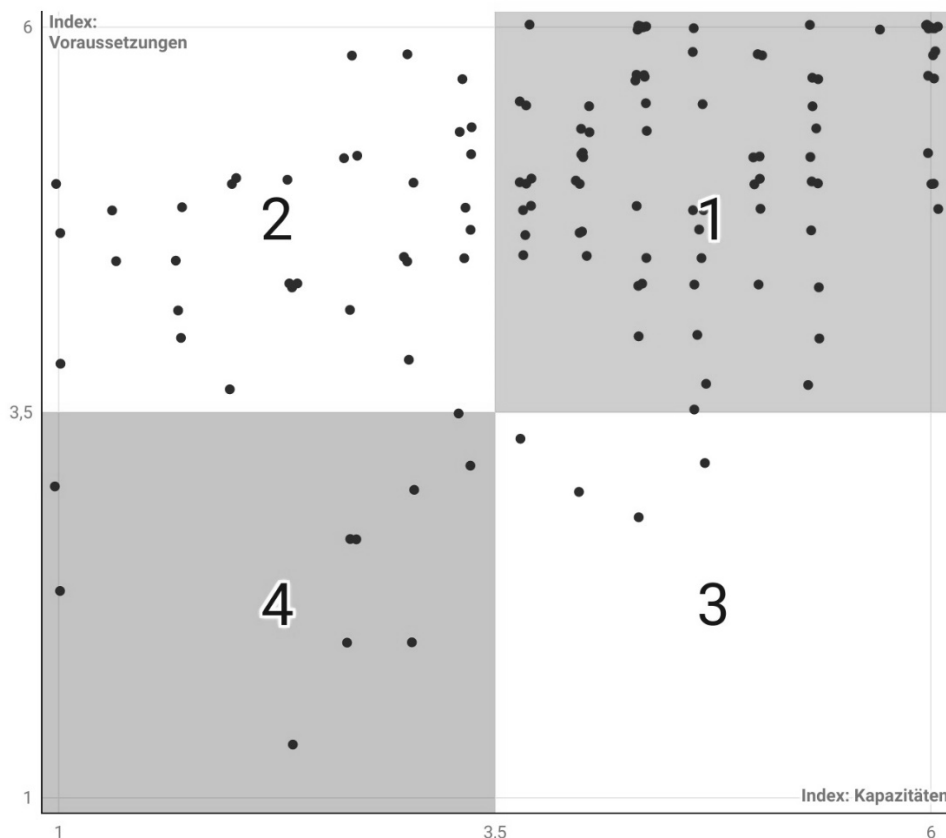
In der Summe wurden von 163 Einrichtungen bis zum Erhebungszeitpunkt insgesamt 11.948 behandelte Rehabilitanden mit einer Long COVID-(Zusatz)Diagnose angegeben. 161 Einrichtungen machten eine Angabe zum aktuellen Anteil von Rehabilitanden mit Long COVID in der Einrichtung. Die Angaben reichten von 0% bis 65%. Der Durchschnittswert betrug 7,1% bei starker Streuung (SD = 12,9). Der Median liegt bei einem Anteil von 2%.

Tab. 1: Deskriptivstatistiken der Indizes (1 = fehlend; 6 = ausreichend)

Index	Min	Median	Mean	SD	Max	N
Kapazitäten	1,00	4,17	3,99	1,32	6,00	134
Voraussetzungen	1,33	5,00	4,80	0,96	6,00	151

Die Reha-Einrichtungen berichteten überwiegend ausreichende Kapazitäten für die Rehabilitation bei Long COVID, wie Tabelle 1 zeigt. Die Auswertung veranschaulicht auch, dass einige Einrichtungen sehr niedrige Index-Werte aufweisen, was auf fehlende Kapazitäten bzw. Voraussetzungen in bestimmten Einrichtungen hindeutet.

N = 131 Reha-Einrichtungen



Hinweis: Datenpunkte mit gleichen Werten sind zufällig um den exakten Wert gestreut.

Grafik: BAR e.V. • Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Abb. 1: Kapazitäten & Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID

Abbildung 1 bildet die Verteilung der Reha-Einrichtungen in einem Streudiagramm ab, basierend auf den Index-Werten für Kapazitäten und Voraussetzungen. Dabei wurden die Einrichtungen mittels Grenzwertziehung in der Mitte der Skalen in vier Gruppen eingeteilt. Die Einrichtungen in Gruppe 1 (N = 85; 65%) berichteten ausreichende Kapazitäten und Voraussetzungen. Gruppe 2 (N = 33; 25%) berichtete über ausreichende Voraussetzungen, aber fehlende Kapazitäten. Für Gruppe 3 (N = 4; 3%) wurden ausreichend Kapazitäten konstatiert, es fehlte aber an Voraussetzungen für die Durchführung der Rehabilitation bei Long COVID. Gruppe 4 (N = 9; 7%) berichtete sowohl fehlende Voraussetzungen als auch fehlende Kapazitäten.

Diskussion und Fazit

Die durchgeführte Bestandsaufnahme erlaubt eine erste Einschätzung der Auswirkungen von Long COVID auf die stationäre medizinische Rehabilitation. Die Ergebnisse zeigen, dass die Reha-Einrichtungen überwiegend auf die Versorgung von Patienten mit Long COVID vorbereitet sind.

Bei der Datengrundlage ist zu beachten, dass es sich um Selbstangaben der Reha-Einrichtungen zum Zeitpunkt der Erhebung handelt. Darüber hinaus ist bei der Stichprobe von einer Positivselektion auszugehen, da Einrichtungen, in denen Rehabilitanden mit Long COVID behandelt werden, vermutlich ein höheres Interesse an der Thematik zeigen.

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme werden sukzessive um weitere Themengebiete ergänzt und in einer qualitativen Erhebung vertieft.

Literatur

Destatis (2021). Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen 2019 nach Trägern und Bundesländern. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/Tabellen/gd-vorsorge-reha-bl.html?nn=210840>, Abruf: 28.10.2021

Jarosch, I., Koczulla, A.R. (2021). Rehabilitation nach COVID-19-Erkrankung. *Sports Orthopaedics and Traumatology*, 37, 242-248.

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. *Scientific reports*, 11, 16144.

Follow-up-Daten 3 und 6 Monate nach der pneumologischen COVID-19-Rehabilitation – Ergebnisse des ersten Pandemiejahres 2020

Markus Hayden¹; Matthias Limbach¹; Steffen Merkl¹; Gabriele Schwarzl¹; Michael Schuler²; Dennis Nowak³; Konrad Schultz¹

¹ Klinik Bad Reichenhall; ² hsg Bochum; ³ Klinikum der LMU München

Hintergrund und Zielstellung

COVID-19 geht mit einem hohen Risiko für persistierende Krankheitsfolgen einher (Long-COVID, bzw. Post-COVID) und eine kausale Therapie ist bisher noch nicht verfügbar

(Koczulla et al., 2021). Entsprechend gewinnt die stationäre pneumologische Rehabilitation zunehmend an Bedeutung (AWMF, 2021). In Deutschland wurden zum gegenwärtigen Zeitpunkt zwei Studien zu Kurzzeiteffekten pneumologischer Rehabilitation publiziert (Gloeckl et al., 2021; Hayden et al., 2021), es fehlen jedoch Daten zum Verlauf nach Ende der Rehabilitation. In der vorliegenden Studie wurden daher die Effekte eines pneumologischen Rehabilitationsprogramms nach 3 und 6 Monaten hinsichtlich Dyspnoe, Fatigue, Depression, Angst und Lebensqualität untersucht.

Methoden

Das stationäre Post-COVID-Rehabilitationsprogramm wurde im April 2020 in der Klinik Bad Reichenhall implementiert. Die Patient*innen wurden im Rahmen einer prospektiven Beobachtungsstudie nach zustimmendem Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München am Beginn (T1) und am Ende (T2) der stationären Rehabilitation sowie 3 Monate (T3) und 6 Monate (T4) nach der Entlassung aus der Rehaklinik befragt. Erhoben wurden Atemnot bei Belastung und in Ruhe mithilfe von Symptom-Ratingskalen, Fatigue mithilfe des Brief Fatigue Inventory (BFI), Depression mithilfe des Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9), Angst mithilfe des Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7) und Lebensqualität mithilfe des EuroQol-Questionnaire (EQ-5D-5L).

Ergebnisse

Innerhalb des ersten Pandemiejahres 2020 wurden von April an 122 Patient*innen mit Zustand nach COVID-19 als Hauptdiagnose in der Klinik Bad Reichenhall aufgenommen, von denen 108 (45,4% Frauen) in die Studie eingeschlossen werden konnten (Hayden et al., 2021). Das Durchschnittsalter lag bei 55,6 Jahren (SD = 10,1; Range = 32 bis 85 Jahre). Im Schnitt wurden die Patient*innen 26,3 Tage (SD = 5,9; Range = 5 bis 42 Tage) in der Klinik behandelt. Die durchschnittliche Dauer des zurückliegenden Aufenthalts im Akutkrankenhaus lag bei 21,9 Tagen (SD = 18,8; Range = 0 bis 101 Tage). Rund die Hälfte der Stichprobe (52,8%) waren während des Akutaufenthalts auch intensivmedizinisch versorgt worden.

Einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholungen zeigten signifikante Verbesserungen mit mittleren bis großen Effektstärken über den Verlauf der Rehabilitation bei sämtlichen untersuchten Variablen ($d = 0,58$, $p = 0,006$ für Atemnot in Ruhe bis $d = 1,52$, $p < 0,001$ für Lebensqualität). Unabhängig von der Dauer zwischen Akutphase und Rehabilitationsbeginn zeigten die Follow-up-Messungen keine weiteren signifikanten Verbesserungen im Spontanverlauf nach Ende des Rehabilitationsaufenthalts. Stabile Effekte (signifikante Unterschiede zwischen T1 und T3 und/oder T4) konnten bei den Variablen Belastungsdyspnoe, Fatigue, Depressivität und Lebensqualität festgestellt werden, wohingegen sich die Werte für Ängstlichkeit und Atemnot in Ruhe nach Ende des Rehabilitationsaufenthalts wieder verschlechterten.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich die pneumologische Rehabilitation positiv auf sämtliche untersuchten Variablen auswirkt. Hinsichtlich Belastungsdyspnoe, Fatigue, Depressivität und Lebensqualität scheinen die Therapieerfolge auch nach der Entlassung aus dem stationären Setting stabil zu bleiben. Da unabhängig von der Dauer zwischen Akutphase und Rehabilitationsbeginn nach der Entlassung keine signifikanten Verbesserungen mehr

festzustellen sind, kann angenommen werden, dass die Verbesserung der untersuchten Parameter während der Rehabilitation nicht durch den natürlichen Krankheitsverlauf zu erklären sind. Dies bekräftigt die Bedeutung von pneumologischer Rehabilitation als Folgebehandlung nach COVID-19.

Literatur

- AWMF. (2021): S2k-Leitlinie SARS-CoV-2, COVID-19 und (Früh-)Rehabilitation. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/080-008l_S2k_SARS-CoV-2_COVID-19_und__Früh-__Rehabilitation_2020-11.pdf , Abruf 28.10.2021.
- Gloeckl, R., Leitl, D., Jarosch, I., Schneeberger, T., Nell, C., Stenzel, N. et al. (2021). Benefits of pulmonary rehabilitation in COVID-19: a prospective observational cohort study. *ERJ Open Research*, 7(2). 00108–02021.
- Hayden, M. C., Limbach, M., Schuler, M., Merkl, S., Schwarzl, G., Jakab, K. et al. (2021). Effectiveness of a Three-Week Inpatient Pulmonary Rehabilitation Program for Patients after COVID-19: A Prospective Observational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17). 9001.
- Koczulla, A. R., Glöckl, R., Peters, E. M. J., Rabe, K. F., Stallmach, A. & Gogoll, C. (2021). Wenn das Virus Spuren hinterlässt. *Deutsches Ärzteblatt*, 118(39). A1762–A1768.

Laufbanduntersuchung zur Bestimmung motorischer Fatigability bei Patienten mit Post-COVID-Syndrom

Christian Dettmers
Kliniken Schmieder

Hintergrund und Zielstellung

Fatigue ist eines der hartnäckigsten und langwierigsten Symptome bei Patienten mit Post-COVID-Syndrom (Davis et al., 2021). Häufig ist sie einer der Hauptgründe für Krankschreibungen und vorzeitige Rentenanträge. Die Beschwerden des Patienten richtig zuzuordnen, effizient zu therapieren und zu rehabilitieren, sowie ggf. auch Versorgungsansprüche zu erfüllen, stellt eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft dar. Die Pathophysiologie dieses vielschichtigen Phänomens ist bisher nicht geklärt, sodass es schwierig sozialmedizinisch korrekt einzuordnen und zu beurteilen ist. Als außerordentlich hilfreich hat sich die Unterscheidung zwischen Fatigue als subjektives Empfinden des Patienten und Fatigability als Änderung des Leistungsvermögens erwiesen (Kluger et al., 2013). Um das Symptom der motorischen Fatigue im Rahmen des Post-COVID-Syndroms besser verstehen und bewerten zu können, führten wir Gangbelastungen durch, um ähnlich wie bei Patienten mit Multipler Sklerose (Sehle et al., 2014), das Phänomen der motorischen Fatigability nachzuweisen bzw. zu evaluieren, ob sich Hinweise auf eine organische Schädigung des motorischen Systems finden lassen.

Methoden

Es wurden 30 Patienten mit Post-COVID-Syndrom und der subjektiven Angabe von motorischer Fatigue eingeschlossen. Neben anderen Fragebögen füllten sie die Fatigue Skala für Motorik und Kognition (FSMC) aus, um die trait-Komponente der subjektiven Erschöpfung zu bestimmen. Um die adäquate Belastungshöhe für die Gangbelastung (erste ventilatorische Schwelle + 0,3 km/h) zu ermitteln, wurde zunächst ein Rampentest vorgeschaltet. Während der Dauerbelastung wenige Tage später wurden über Beschleunigungssensoren an beiden Sprunggelenken dreidimensionale Bewegungsdaten erfasst und mittels Attraktor Methode (Vieten et al., 2013), sowie einer Filmaufnahme (von hinten), potenzielle Veränderungen des Gangbildes analysiert. Zur Einschätzung der metabolischen Beanspruchung wurden spirometrisch das Atemminutenvolumen und die Sauerstoffaufnahme bestimmt. Die maximale Gehdauer wurde auf bis zu 60 Minuten festgelegt, wobei die Rehabilitanden bei zu hoher subjektiver Erschöpfung den Test vorzeitig abbrechen konnten.

Ergebnisse

Etwa 40% aller Teilnehmenden mussten die Gangbelastung ($4,8 \pm 0,9$ km/h) wegen subjektiver Fatigue vorzeitig beenden. Die Rehabilitanden zeigten während des Ausdauertests – auch im Falle eines vorzeitigen Abbruchs – keine Gangbildveränderung, wie sie für das Phänomen der motorischen Fatigability charakteristisch ist (Fatigue Index Kliniken Schmieder ≤ 4 , siehe Abbildung 1 und Sehle et al., 2014).

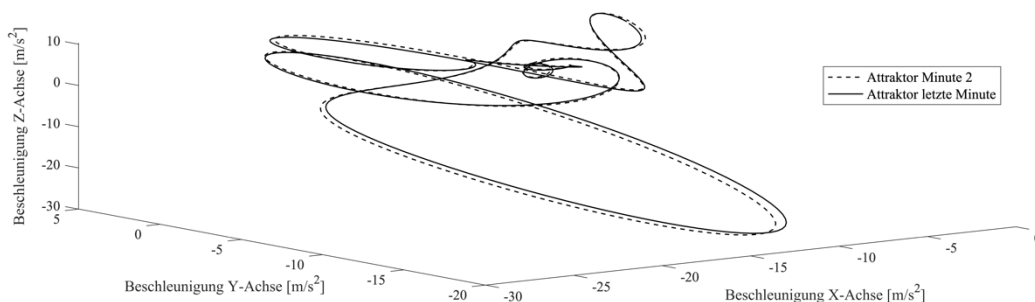


Abb. 1: Vergleich zweier Attraktoren von Minute 2 gegenüber der letzten, repräsentativ für ein stabiles Gangbild (FKS ≤ 4).

Nur eine Patientin hatte bei der Videoauswertung gegen Ende eine verstärkte Beckenkipfung (Trendelenburg-Zeichen). Etwa 25% der Teilnehmenden zeigten einen atypischen Verlauf der Sauerstoff- bzw. Ventilationskurve, die bei gleichbleibendem Gangtempo ein erwartetes Steady-State nicht aufwies (Abbildung 2). Indes waren, sowohl die Sauerstoffaufnahme als auch das Atemminutenvolumen bei allen Teilnehmenden (in Abhängigkeit der Gehgeschwindigkeit) im Rahmen einschlägig beschriebener Normwerte.

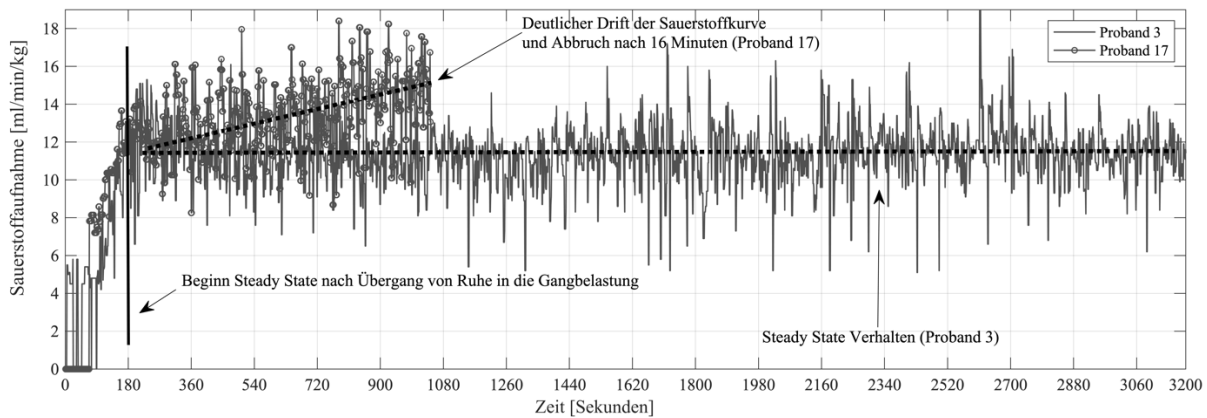


Abb. 2: Sauerstoffverbrauchskurven zweier Probanden. Versuchsperson 3 (vollständige Linie) zeigt eine normale Sauerstoffkinetik, die von der Ruhephase mono-exponentiell ansteigt und sich einpendelt, bis das Gehen nach der maximalen Zeit von 60 Minuten beendet wird. Versuchsperson 17 (Linie mit Kreis) musste nach etwa 16 Minuten die Gangbelastung beenden. Es ist deutlich zu erkennen, dass der VO₂-Verbrauch stetig ansteigt.

Diskussion und Fazit

Bei den allermeisten Patienten mit Post-COVID-Syndrom und subjektiv erheblicher motorischer Fatigue konnten wir keine motorische Fatigability sowie gravierende metabolische Beanspruchungen feststellen. Dies spricht gegen eine organische Schädigung des motorischen Systems, wie sie häufig im Rahmen der MS zu sehen ist. Viele der Patienten waren – zu unserer und ihrer eigenen Überraschung – motorisch stärker belastbar als sie selbst es antizipiert hatten. Möglicherweise lassen sich motorische Trainingseinheiten, parallel zu psychotherapeutischem Verhaltenstraining, systematisch zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung, Verschiebung von Belastbarkeitsgrenzen und zur Stärkung der Selbstwirksamkeit nutzen

Literatur

- Davis, H., Assaf, G., McCorkell, L., Wei, H., Low, R., Re'em, Y., Redfield, S., Austin, J. & Akrami, A. (2021). Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *MedRxiv*, 2020.12.24.20248802.
- Kluger, B., Krupp, L., & Enoka, R. (2013). Fatigue and fatigability in neurologic illnesses: Proposal for a unified taxonomy. *Neurology*, 80(4), 409–416.
- Sehle, A., Vieten, M., Sailer, S., Mündermann, A., & Dettmers, C. (2014). Objective assessment of motor fatigue in multiple sclerosis: The Fatigue index Kliniken Schmieder (FKS). *Journal of Neurology*, 261(9), 1752–1762.
- Vieten, M., Sehle, A., & Jensen, R. (2013). A Novel Approach to Quantify Time Series Differences of Gait Data Using Attractor Attributes. *PLoS ONE*, 8(8), e71824.

Förderung: Lurija Forschungsinstitut

Medizinische Rehabilitation bei einer Long-Covid-Erkrankung – erste Ergebnisse nach einem Rehabilitationsaufenthalt

*Mercedes Rutsch¹; Jördis Frommhold²; Heike Buhr-Schinner³; Thomas Gross⁴;
Per Otto Schüller⁵; Ruth Deck¹*

¹ Universität zu Lübeck; ² Median Klinik Heiligendamm; ³ Ostsee-Klinik Schönberg-Holm;

⁴ Reha-Zentrum Schömberg - Klinik Schwarzwald; ⁵ Median Klinik Flechtingen

Hintergrund und Zielstellung

Die Covid-19-Erkrankung hat das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen gestellt. Zum Beginn der Pandemie lag der Fokus auf der akutmedizinischen Versorgung von Corona-Patient*innen. Mit der Erkenntnis, dass eine SARS-COV-2-Infektion auch längerfristige gesundheitliche Folgen haben kann (Long-Covid), richtete sich der Blick verstärkt auf die post-akute Phase und die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation. Long-COVID Symptome können sowohl nach leichten, als auch nach schweren Verläufen auftreten und umfassen u.a. Fatigue, Luftnot, eingeschränkte körperliche wie auch geistige Leistungsfähigkeit (Koczulla et al., 2021; WHO, 2021). Diese Symptome können einen linearen Verlauf verlassen und in ihrer Intensität und Beeinträchtigung zeitlich schwanken. Aus diesen variablen Verläufen ergibt sich die Notwendigkeit, die kurz- und langfristigen gesundheitlichen Veränderungen im Verlauf der Rehabilitation zu untersuchen. Es besteht der Bedarf an Handlungsempfehlungen für die Rehabilitation, die individuelle Krankheitsverläufe und krankheitsspezifische Bedarfe berücksichtigen.

Methoden

Es wird eine prospektive, exploratorische Beobachtungsstudie im Mixed-Methods-Design durchgeführt. Ziel der Studie ist es, die subjektiven Belastungen sowie die Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Teilhabe im zeitlichen Verlauf von Rehabilitand*innen nach einer Covid-19-Erkrankung zu explorieren und die gesundheitsbezogenen Veränderungen durch eine Rehabilitation im längsschnittlichen Design zu analysieren. Es wird eine Vergleichsgruppe mit COPD- / Asthma-Rehabilitand*innen rekrutiert. Die Rehabilitationsinhalte werden anhand von Klinikdokumentationen, von Befragungen des Klinikpersonals und von qualitativen Interviews mit Rehabilitand*innen deskriptiv analysiert. Daran anschließend werden Handlungsempfehlungen erarbeitet. Um die Wirksamkeit der Rehabilitation zu evaluieren, werden schriftliche Befragungen zu Beginn und am Ende der Rehabilitation sowie nach 6 und 12 Monaten durchgeführt. U.a. werden Lebensqualität und Teilhabe, psychische Beeinträchtigungen und Fatigue sowie Leistungsfähigkeit erfasst (Rutsch et al., 20219)]. Berichtet werden hier die Ergebnisse von Patient*innen im Heilverfahren (i.d.R. Long-Covid-Patient*innen) aus den schriftlichen Befragungen zu Beginn und zum Reha-Ende, sowie die Erfahrungen der Betroffenen aus persönlichen Interviews am Ende der Rehabilitation.

Ergebnisse

In die Studie konnten N=305 Patient*innen nach einer Corona-Erkrankung eingeschlossen werden. Am Ende der Reha liegen die Daten von N=300 Patient*innen vor (Dropout 2%). Von diesen führten N=212 Patient*innen ein Heilverfahren durch, diese sind Gegenstand

vorliegender Analysen. In der Stichprobe waren 57% weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 52 Jahren. Die meisten Befragten waren noch voll oder teilweise berufstätig (81%), 57% waren zu Beginn der Reha im Durchschnitt für die Dauer von 21 Wochen krankgeschrieben. 16% der Befragten trugen sich mit dem Gedanken, einen Rentenantrag zu stellen, 1 Person hat bereits einen Rentenantrag gestellt. Die selbst eingeschätzte Arbeitsfähigkeit liegt im Schnitt bei einem Wert von 4 auf einer Skala von 0 bis 10 (beste AF). Die Post-Corona Patient*innen wiesen zu Beginn der Rehabilitation sehr hohe Teilhabestörungen, eine deutlich reduzierte Lebensqualität sowie sichtbare Einschränkungen in allen erfassten Zielgrößen auf. Am Ende der Rehabilitation zeigen sich in allen Outcomeparametern signifikante Verbesserungen mit großem Effekt ($p < 0.01$; ES zwischen 0.76 (Ängstlichkeit) und 1.30 (Fatigue)). Sämtliche Corona-Symptome, insbesondere Aspekte der Leistungsminderung, aber auch der kognitiven und anderen Einschränkungen verbessern sich signifikant zum Ende der Reha ($p < 0.01$; ES-LM=0.93, ES-KOG=0.40, ES-and=0.35). Der Reha-Erfolg wird von 76% der Befragten sehr positiv bewertet (gut bis ausgezeichnet), von den Therapien werden die Atemtherapie, Ausdauersport und die MTT als am hilfreichsten beschrieben. In bisherigen Interviews zeigte sich, dass Rehabilitand*innen das jeweilige Angebot der Klinik als geeignet und hilfreich empfinden. Die Zufriedenheit mit den Inhalten der einzelnen Therapien variierte: sehr positiv bewerteten die Befragten die Atemgymnastik, Einzelsitzungen mit Psycholog*innen sowie Covid-19-Gesprächsgruppen, eher kritisch wurde das Angebot von Schulungs- und Informationsveranstaltungen für COPD-/Asthma-Patient*innen wahrgenommen sowie das Fehlen von Einzelsitzungen in der Atemtherapie und Terminen zur sozialen und beruflichen Beratung. Die Interviews verdeutlichen, dass die Bedürfnisse der Betroffenen stark mit der eigenen Leistungsfähigkeit variieren.

Diskussion und Fazit

Die ersten Daten der Studie zeigen, dass Long-Covid-Patient*innen erheblichen Belastungen ausgesetzt sind. Dies betrifft sowohl manifeste körperliche Symptome als auch die physischen und psychischen Krankheitsfolgen. Durch die medizinische Rehabilitation erleben die Betroffenen signifikante Reduktionen in allen erfassten gesundheitsbezogenen Zielgrößen. Ob diese Verbesserungen nachhaltig sind, werden die Katamneseerhebungen zeigen.

Die vorliegende Studie ermöglicht Einblicke in den Gesundheitszustand und die Krankheitsfolgen von Rehabilitand*innen nach unterschiedlich schweren Krankheitsverläufen, eine Einordnung des Rehabilitationsbedarfs und der Rehabilitationsfähigkeit sowie der gesundheitsbezogenen Veränderungen im Längsschnitt. Hieraus lassen sich Handlungsempfehlungen für passgenaue Reha-Konzepte für Betroffene mit unterschiedlich ausgeprägten Teilhabeeinschränkungen und psychischen Belastungen ableiten, einschließlich geeigneter Nachsorgestrategien.

Literatur

- Koczulla A R, Ankermann T, Behrends U et al. (2021). S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-0271_S1_Post_COVID_Long_COVID_2021-07.pdf Letzter Aufruf: 25.10.2021
- Rutsch M, Frommhold J, Buhr-Schinner H, Djeiranachvili L, Gross T, Schüller PO, Katalinic A, Deck R. (2021). Study protocol medical rehabilitation after COVID-19 disease: an

observational study with a comparison group with obstructive airway disease / Re_Co. BMC Health Services Research 21:373.

WHO (2021). A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1 Letzter Aufruf: 25.20.2021

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Post-/Long Covid Rehabilitation: Interdisziplinäre Diagnostik- und Therapie für Rehabilitationserfolg und Teilhabe

*Jürgen Wagner**

MediClin Staufenburg Klinik, MediClin GmbH Co. KG

Hintergrund und Zielstellung

Eine Vielzahl von Patienten entwickelt nach Infektion mit Covid-19 ein Post-/Long-Covid-Syndrom (PCS). Dieses zeigt eine fachübergreifende Phänomenologie, die vor allem durch Dyspnoe, Muskelschmerzen, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, aber auch Angst und Depression gekennzeichnet sein kann. Insbesondere der Verlust der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit, die sog. Fatigue, führt zu erheblichen Einschränkungen der Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben (Wicker et al., 2021). Dies kann die Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabefähigkeit gerade auch jüngerer, berufstätiger Patienten längerfristig erheblich einschränken.

Der Rehabilitation kommt in der Behandlung des PCS eine besondere Bedeutung zu, allerdings sind Fragen der Diagnostik, der Effektivität der Behandlung einzelner Symptombereiche und des sozialmedizinischen Outcomes bislang unzureichend geklärt. Daher haben sich fachübergreifend Abteilungen der MediClin Kliniken zusammengeschlossen, die PCS Rehabilitanden behandeln, um anhand einer standardisierten Diagnostik, vereinheitlichter Therapiemodule und Dokumentation der Rehabilitanden die Versorgung des PCS interdisziplinär zu optimieren. Wir erhoffen, dadurch die PCS Verläufe besser zu verstehen, Funktionszusammenhänge zu erkennen und dadurch gezieltere Therapiemethoden auch in der Rehabilitation zu entwickeln. Um eine nachhaltige Interdisziplinarität zu ermöglichen, wurden regelmäßige telemedizinische Konsilboards eingeführt, um PCS Rehabilitanden ärztlich und therapeutisch fachübergreifend zu besprechen.

Methoden

In einer prospektiven, offenen Multicentervorbeobachtungsstudie wurden Rehabilitanden mit PCS gemäß S1-Leitlinie (Koczulla et al., 2021) eingeschlossen. Nach Erhalt der Einverständniserklärung werden diese anhand einer standardisierten, gradierten Checkliste befragt, die alle wesentlichen subjektiven Dimensionen des PCS unter Einbeziehung sozialmedizinischer Fragen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gbLQ) umfasst. Problembezogen werden validierte Tests und vereinheitlichte Therapiemodule eingesetzt und

Aufnahme- und Entlassbefunde dokumentiert. Die Daten werden über ein Statistikinstitut anonym gesammelt mittels Spearman Rank Test und ANOVA analysiert. Die fachübergreifende Vorstudie umfasst n=200 Patienten aus 12 Klinikabteilungen, Oktober 2021.

Ergebnisse

Das mittlere Alter aller PC Rehabilitanden liegt bei 53 Jahren, knapp 70% sind jünger als 60 Jahre, 10% der Patienten sind jünger als 30 Jahre, alleine die Gruppe der 40-60 Jährigen macht 47% aus. Die Geschlechtsverteilung ist ca. 50:50. 28% entwickelten das Syndrom unter ambulanter Therapie, 72% waren stationär, davon 40% beatmet und intensivmedizinisch betreut. Das fachübergreifende Symptom bei Aufnahme war die Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit (95%), gefolgt von Dyspnoe (78%), Konzentrationsstörung (69%), psychische Leistungsminderung (66%), Schlafstörung (61%) und Muskelschmerzen (48%). Angst und Depression wurden in (42%) beklagt. Eine Symptom-Cluster-Analyse zeigte starke statistische Zusammenhänge ($0,5 \leq r \leq 1,0$) zwischen verschiedene Symptomgruppen, z.B. zwischen körperlicher Leistungsminderung und Dyspnoe, aber auch zwischen Schlafstörung und Konzentrations- oder Gedächtnisminderung. Die gbLQ war in 60% der Patienten vermindert, in 30% schwer. Nur 34% waren zuversichtlich, wieder in den Beruf zurückkehren könnten. Bei Entlassung zeigte sich ein signifikanter Rückgang der körperlichen Leistungsminderung (-48%) und der Dyspnoe (-47%), eine Besserung der Konzentrationsstörung (-54%), der Schlafstörung (-58%), aber nicht der Muskelschmerzen (n.s.). Die gbLQ hatte sich ebenfalls verbessert um +24%, ebenso war die Minderung der geistigen Leistungsfähigkeit signifikant rückläufig (-52%). Trendanalysen weisen auf eine deutlich gesteigerte subjektive Erwartung der Wiedereingliederung der Rehabilitanden in das Berufsleben zum Ende der Rehabilitation hin.

Diskussion und Fazit

PC Patienten kommen in die stationäre Rehabilitation mit z.T. erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen unterschiedlicher Art. Die interdisziplinäre Herangehensweise hat sich daher beim PCS bewährt. Aufgrund des mehrheitlich jüngeren Alters ist von einem deutlichen Einfluss auf die Berufstätigkeit und Teilhabe auszugehen. Dabei steht die Einschränkung der körperlichen, aber auch geistigen Leistungsfähigkeit mit Konzentrations- und Gedächtnisstörungen im Vordergrund. Dies gilt auch, wenn die Daten nicht fachübergreifend, sondern auch fachbezogen ausgewertet werden. Während in der Pulmologie naturgemäß Dyspnoe und Husten im Vordergrund stehen, bleibt dennoch die Leistungsminderung eine wesentliche Determinante des Syndroms.

Das PCS führt zu einer Reduktion der Lebensqualität, die sich allerdings im Verlauf der Rehabilitation deutlich verbessert. Dies ist einem signifikanten Rückgang der körperlichen und geistigen Leistungsminderung geschuldet. Symptome der Leistungsminderung inkl. Störungen der Konzentration zeigten im Mittel eine deutliche Rückbildung, die evtl. der begleitenden Besserung der Dyspnoe während des Rehabilitationsaufenthaltes geschuldet sein kann.

Die Daten belegen, dass berufsrelevante Einschränkungen wie Leistungs- oder Konzentrationsminderung in der Rehabilitation eine signifikante Besserung zeigen. Subgruppenanalysen bei PCS sowie fachbezogen können in der Zukunft hier weiteren

Aufschluss bieten. Die Daten weisen darauf hin, dass das PCS in der Rehabilitation deutlich gebessert werden kann und eine Rückkehr zur sozialen und beruflichen Teilhabe in vielen Fällen möglich sein wird.

Literatur

Koczulla, AR, Ankermann T, Behrends U et al. (2021). S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID. AWMF-Register Nr. 020/027, Erscheinungsdatum 07/2021

Wicker S, Behrens P, Gottschalk R (2021). COVID-19 im Hinblick auf Arbeitsmedizin und Öffentlichen Gesundheitsdienst. Internist, Band 2, S. 899–905

* MEDICLIN Studiengruppe: Bonnert J, Buergy R, Haase U, Kaiber B, Krause S, Lammers SM, Mössinger B, Rosenblum K, Schmalenbach M, Siebler M, Trunzer P, van Erckelens F, Wagner J, Waldmann G, , Witt T. MEDICLIN Reha Zentrum Reichshof, Deister-Weser-Klinik, Albert-Schweitzer- Klinik, Bosenberg-Kliniken, Fachklinik Rhein/Ruhr, Kraichgau-Klinik, Reha-Zentrum Gernsbach und Reha-Zentrum Bad Dübén.

Arbeits- und Infektionsschutz für Risikogruppen in der Pandemie und Beteiligung der betrieblichen Interessenvertretungen

Cathleen Rabe-Rosendahl; Thomas Ketzmerick

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Die Pandemiesituation hat den betrieblichen Arbeitsschutz vor neue Herausforderungen gestellt. Dies gilt auch für den Schutz behinderter Beschäftigter, die oftmals zu den im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie besonders vulnerablen Beschäftigten zählen (im Folgenden: Risikogruppen). Für diese Beschäftigtengruppe müssen die speziellen Gefährdungen und Risiken am Arbeitsplatz besonders berücksichtigt werden (§ 4 Nr. 6 ArbSchG; Kiesche/Kohte, 2020). Der Beitrag stellt die betriebliche Praxis im Umgang mit Risikogruppen dar und untersucht, ob sich die Einbeziehung betrieblicher Interessenvertretungen auf den Umfang und die Qualität der Schutzmaßnahmen auswirkt.

Methoden

Die Ergebnisse basieren auf einer bundesweiten Online-Befragung von 1.543 SBV, Betriebs- und Personalräten zur Partizipation beim betrieblichen Arbeits- und Infektionsschutz in der Corona-Pandemie, die im Frühjahr 2021 im Rahmen des BMAS-geförderten Projektes CAUSA-A durch das Zentrum für Sozialforschung durchgeführt wurde. Mittels Kontaktierung über Multiplikator:innen im Schneeballverfahren konnte ein Sample von Betrieben und Dienststellen aus allen Wirtschaftszweigen und Regionen befragt werden, das im Wesentlichen die Verteilung der Interessenvertretungen auf Betriebsgrößenklassen aus anderen Erhebungen abbildet (vgl. Greifenstein et al., 2017). Öffentlicher Dienst, Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen sind überrepräsentiert.

Ergebnisse

Insgesamt hatten etwa zwei Drittel der befragten Betriebe bis zum Frühjahr 2021 besondere Maßnahmen zum Schutz von Risikogruppen eingeführt. In den restlichen Betrieben wurde oft auf die allgemein getroffenen Schutzmaßnahmen verwiesen sowie auf die Möglichkeit mittels ärztlichem Attest oder nach eigener Einschätzung eine Freistellung oder anderweitige Maßnahme auszulösen. Letztere Vorgehensweise überträgt die Verantwortung für den betrieblichen Gesundheitsschutz in problematischer Weise auf die Betroffenen.

Der wichtigste Akteur bei der Festlegung der allgemeinen Kriterien für Risikogruppen war der Arbeitgeber, häufig in Zusammenarbeit mit Betriebs- oder Personalrat. Weniger häufig waren dagegen der betriebsärztliche Dienst oder der Arbeitsschutzausschuss beteiligt (vgl. Eickholt et al., 2021).

Die wichtigsten Maßnahmen zum Schutz von Risikogruppen waren in absteigender Häufigkeit: die Versetzung ins Homeoffice, die Umsetzung im Betrieb z.B. auf

Einzelarbeitsplätze, die Freistellung von der Arbeit sowie die problematische „Bitte, sich krankzuschreiben zu lassen“ (immerhin noch 18% der Nennungen).

Neben Betriebs- und Personalräten wurden auch Schwerbehindertenvertretungen (SBV) teilweise beim Schutz von Risikogruppen beteiligt, jedoch deutlich seltener. Nur etwa die Hälfte der befragten SBV gaben an, in Konzeption oder Umsetzung der Maßnahmen einbezogen worden zu sein.

Die Beteiligung verschiedener Akteur:innen an der Festlegung von Kriterien sowie der Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen für Risikogruppen geht sowohl mit einer deutlich häufigeren Einführung besonderer Maßnahmen für Risikogruppen als auch mit Unterschieden bezüglich der Art der getroffenen Maßnahmen einher. Entsprechende Hinweise aus einschlägigen Untersuchungen und Berichten (a.a.O.; Schulte, 2021) konnten hier quantitativ erhärtet werden. Der Zusammenhang wurde für große Betriebe untersucht, in denen Betriebs- bzw. Personalräte sowie SBV aktiv waren und in denen durchgängig Angehörige von Risikogruppen beschäftigt sind.

Betriebe, in denen Mitbestimmungs- und Beteiligungsrechte regelmäßig beachtet werden und in denen Interessenvertretungen bei der Planung und Umsetzung der allgemeinen Corona-Maßnahmen im Betrieb beteiligt waren, trafen wesentlich häufiger Maßnahmen für Risikogruppen. Im Schnitt erhöhte sich die entsprechende Quote der Betriebe durch Mitbestimmung und Beteiligung um 20 bis 30%, wobei dieser Effekt bei Beteiligung der SBV sogar noch ausgeprägter ausfiel als bei den Betriebs- und Personalräten. Erfolgreiche Vorstöße von Interessenvertretungen gegenüber dem Arbeitgeber bei der Risikogruppenfestlegung zeigen einen ähnlichen Effekt.

Einbeziehung und Engagement von Interessenvertretungen scheinen sich darüber hinaus auch positiv auf die Qualität der Maßnahmen auszuwirken, was sich in einer stärkeren Nutzung von Homeoffice sowie häufigeren Freistellungen und Umsetzungen darstellt.

Diskussion und Fazit

Wie sich zeigt, werden in Betrieben mit vorhandener und gelebter Beteiligungskultur Risikogruppen effektiver geschützt. Die Ergebnisse zeigen daher auch, wie wichtig die Einbindung der Interessenvertretungen in die betrieblichen Pandemie-Krisenstäbe ist (Liebsch/Rabe-Rosendahl, 2021). Der Zusammenhang zwischen Vorstößen von Interessenvertretungen und Häufigkeit sowie Qualität der Maßnahmen geben deutliche Hinweise auf einen originären Einfluss der Aktivität von Interessenvertretungen auf den betrieblichen Infektionsschutz. Problematisch ist jedoch die teils geringe Beteiligung von Arbeitnehmer:innenvertretungen, insbesondere von Schwerbehindertenvertretungen, bei der Planung und Umsetzung der Schutzmaßnahmen.

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.

Greifenstein/Kißler/Lange (2017). Trendreport Betriebsratswahlen 2014. Study der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf: HBS.

Kiesche/Kohte (2020). Arbeits- und Gesundheitsschutz in Zeiten von Corona, 2. Aufl. Liebsch/Rabe-Rosendahl: Kooperative Arbeitsschutzorganisation in Krisenzeiten, ZRP 2021, S. 310.

Schulte (2021). Ein Piepser gegen die Pandemie. MITBESTIMMUNG, Nr. 5. 30-31.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die betriebliche Ausbildung von Menschen mit Behinderung

David Samray; Sabrina Weller
Bundesinstitut für Berufsbildung

Hintergrund und Zielstellung

Die Corona-Pandemie hatte und hat erhebliche Konsequenzen für die deutsche Wirtschaft (Wolter et al., 2020) und wirkt sich in der Folge auch auf das betriebliche Ausbildungsgeschehen aus (Maier 2020; Weller 2021). Der Beitrag greift die Frage auf, welche Auswirkungen die Corona-Pandemie auf die betriebliche Ausbildung von Menschen mit Behinderung hat.

Methoden

Anhand von zwei quantitativen Befragungen wird das Ausbildungsgeschehen in Betrieben, die Menschen mit Behinderung ausbilden, untersucht. Die verwendeten Daten stammen zum einen aus dem BIBB-Qualifizierungspanel 2020 und zum anderen aus einer Onlinebefragung von Inklusionsbetrieben aus dem Frühjahr 2021.

Das BIBB-Qualifizierungspanel ist eine jährlich stattfindende, repräsentative Wiederholungsbefragung zu Qualifizierungs- und Rekrutierungspraktiken von Betrieben in Deutschland. Die Grundgesamtheit der Erhebung stellen alle Betriebe in Deutschland mit mindestens einer sozialversicherungspflichtig beschäftigten Person dar. Im Rahmen der Erhebungswelle 2020 wurden zwischen Februar und Dezember 2020 über 4.100 Betriebe – u.a. zu ihrer Betroffenheit durch die Corona-Pandemie – befragt. Die Datenerhebung wurde größtenteils mittels computergestützter telefonischer Interviews (CATI) vorgenommen.

Die zwischen Februar und April 2021 durchgeführte Onlinebefragung der Inklusionsbetriebe nahm speziell die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Ausbildungs- und Beschäftigungssituation in den rund 1.000 Inklusionsbetrieben in Deutschland in den Blick. Inklusionsbetriebe sind nach § 215 SGB IX selbstständige Unternehmen oder unternehmensinterne Abteilungen, in denen der Anteil der Beschäftigten mit Schwerbehinderung im Regelfall zwischen 30 und 50 Prozent liegt. Im Rahmen der durchgeführten Erhebung konnten über 200 Inklusionsbetriebe befragt werden.

Ergebnisse

BIBB-Qualifizierungspanel

Die Auswertungen des BIBB-Qualifizierungspanels ergaben speziell für Betriebe, die Menschen mit Schwerbehinderung (MmSB) ausbilden, folgende Ergebnisse: Mit Blick auf die geplanten Neuabschlüsse von Ausbildungsverträgen zeigte sich, dass der Anteil der Betriebe, die 2020/2021 mehr ausbilden, und der Anteil derer, die weniger ausbilden wollen als vor der Pandemie geplant, in etwa gleich groß ist (jeweils rund ein Fünftel). Betriebe, die MmSB ausbilden, unterscheiden sich an dieser Stelle positiv von der Gesamtheit aller Ausbildungsbetriebe, innerhalb der nur sehr wenige Betriebe (5%) angeben, 2020/2021 mehr ausbilden zu wollen als vor der Pandemie geplant.

Des Weiteren gibt die Mehrheit der Betriebe, die MmSB ausbilden (58%) an, dass es im Frühjahr 2020 zu keinen pandemiebedingten Problemen in der betrieblichen Ausbildung gekommen ist. Bei rund einem Fünftel lag das größte ausbildungsbezogene Problem zu diesem Zeitpunkt darin, dass Prüfungen nicht stattfinden konnten; bei einem weiteren Fünftel darin, dass die Ausbildung im Betrieb (vorrübergehend) nicht mehr möglich war. Insgesamt hatten Betriebe, die MmSB ausbilden, im Frühjahr 2020 mit ähnlichen ausbildungsbezogenen Problemen zu kämpfen wie die Gesamtheit der befragten Ausbildungsbetriebe.

BIBB-Onlinebefragung der Inklusionsbetriebe

Für Inklusionsbetriebe, die Auszubildende mit Behinderung beschäftigen, zeigten sich folgende Ergebnisse: Viele der Betriebe (40%) berichten von ausgefallenen oder verschobenen Abschluss- oder Zwischenprüfungen. Rund ein Drittel der Betriebe gibt an, dass die Ausbildung im Betrieb temporär unterbrochen werden musste; es kam jedoch bei keinem der befragten Betriebe zu betriebsbedingten Kündigungen von Auszubildenden oder dem Einsatz von Kurzarbeit für Auszubildende. Lediglich 15% der Betriebe geben an, dass es infolge der Corona-Pandemie zu keinen ausbildungsbezogenen Problemen kam. Etwa jeder zehnte Betrieb gibt an, aufgrund der Corona-Pandemie zum 31.12.2020 deutlich weniger Auszubildende zu beschäftigen als zum Vorjahreszeitpunkt.

Diskussion und Fazit

Sowohl die Daten des Qualifizierungspanels als auch die Daten der Onlinebefragung der (nach § 215 SGB IX anerkannten) Inklusionsbetriebe sprechen dafür, dass es infolge der Corona-Pandemie in Betrieben, die Menschen mit Behinderung ausbilden, zu negativen Auswirkungen auf das Ausbildungsgeschehen gekommen ist. Diese zeigten sich in Unterbrechungen der betrieblichen Ausbildung und im Ausfall von Prüfungen. Die Kündigung von Ausbildungsverträgen und der Einsatz von Kurzarbeit spielten in beiden Befragungen eine untergeordnete Rolle. Inklusionsbetriebe gaben insgesamt deutlich häufiger an, dass es zu ausbildungsbezogenen Problem gekommen ist als die im Rahmen des Qualifizierungspanels befragten Betriebe, die MmSB ausbilden. Möglicherweise stellt(e) sich die Situation speziell für ausbildende Inklusionsbetriebe problematischer dar als für die Gesamtheit der Betriebe, die MmSB ausbilden. Eine eindeutige Aussage dazu kann aufgrund der unterschiedlichen Befragungszeitpunkte noch nicht getroffen werden. Welche Entwicklungen sich für das Ausbildungsjahr 2021/2022 ergeben, ist in weiteren Untersuchungen zu klären.

Literatur

- Maier, T. (2020). Auswirkungen der „Corona-Krise“ auf die duale Berufsausbildung: Risiken, Konsequenzen und Handlungsnotwendigkeiten. (BIBB-Preprint), online unter: <https://lit.bibb.de/vufind/Record/DS-184938> [Zugriff 03.09.2021].
- Weller, S. (2021). Auswirkung der Coronakrise auf die betriebliche Ausbildung von Menschen mit Behinderung. In: Die berufliche Rehabilitation (H. 2/2021).
- Wolter, M. I.; Helmrich, R.; Schneemann, C.; Weber, E.; Zika, G. (2020). Auswirkungen des Corona- Konjunkturprogramms auf Wirtschaft und Erwerbstätigkeit. (IAB-Discussion Paper, 18/2020), Nürnberg.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Covid-19 vulnerable Studierende sind in besonderem Maße psychosozial belastet

Gabriele Helga Franke¹; Katja Petrowski²; Angela Gosch³; Melanie Jagla-Franke¹

¹ Hochschule Magdeburg-Stendal; ² Universitätsmedizin Mainz; ³ Hochschule München

Hintergrund und Zielstellung

Die Covid-19-Pandemie kann als multidimensionaler toxischer Stressfaktor verstanden werden, der in der Allgemeinbevölkerung einen Anstieg der Inzidenz- und Prävalenzraten psychischer Störungen bedingt (Brakemeier et al., 2020), die sich in besonderem Maße bei Studierenden zeigt (Brailovskaia & Margraf, 2020). Bislang scheint die besondere Situation von körperlich vorerkrankten Studierenden unter Covid-19-Bedingungen nicht genug beleuchtet.

Methoden

Studierende wurden im Mai 2020 (n=408, Rehabilitationspsychologie, Gesundheitsstudiengänge) sowie von Mai bis Juli 2021 (n=729 Medizin, Sozialarbeit, -pädagogik, Rehabilitationspsychologie und Gesundheit, Ingenieurwesen und Betriebswirtschaftslehre) zu Belastungen und Ressourcen -angesichts des Covid-19 Lockdowns- befragt. Hauptaugenmerk galt der Gruppe der Covid-19-vulnerablen Studierenden (13% 2020, 12% 2021; 65% Asthma, 20% Adipositas).

Es wurden Fragen zu Belastungen durch das digitale Studium und das Leben unter Covid-19-Bedingungen sowie zum Gesundheitszustand gestellt. Weiterhin wurden Mini-SCL (Franke, 2017), TICS (Schulz et al., 2004) und soziale Unterstützung (OSSS-3, Kocalevent et al., 2018) erhoben.

Ergebnisse

Gesundheitszustand

- 2020: die vulnerable Gruppe schätzte ihren Gesundheitszustand ($1,98 \pm 0,88$; 0=sehr schlecht, 4=ausgezeichnet) schlechter ein als die restliche Gruppe ($2,38 \pm 0,83$, $p < ,001$).

- 2021: der Gesundheitszustand der vulnerablen Gruppe war erneut schlechter ($2,51 \pm 0,73$ vs $2,84 \pm 0,81$, $p < ,0001$).
- Covid-19-bezogene Studienbedingungen
- 2020: die vulnerable Gruppe litt tendenziell stärker unter digitalem Studienstress ($2,68 \pm 0,94$ vs. $2,40 \pm 1,02$, $p < ,07$; 0=gar nicht, 4=sehr stark belastet).
- 2021: die Belastung der vulnerablen Gruppe unter digitalem Studienstress war erhöht ($2,29 \pm 1,02$ vs. $2,02 \pm 0,96$, $p < ,02$).
- 2020: Covid-19-Alltagsbelastungen ($1,81 \pm 0,94$ vs. $1,39 \pm 0,98$, $p < ,003$; 0=gar nicht, 4=sehr stark belastet) waren in der vulnerablen Gruppe erhöht.
- 2021: die vulnerable Gruppe hatte höhere Covid-19-Alltagsbelastungen ($1,56 \pm 0,95$ vs. $1,23 \pm 0,82$, $p < ,001$).
- Psychische Belastung, Stress, Ressourcen
- Im Jahr 2020 sowie 2021 litten ca. 50% aller Studierenden unter auffälliger psychischer (siehe Tab. 1) oder Stressbelastung.
- Die vulnerable Gruppe hatte 2020 eine geringere soziale Unterstützung ($8,70 \pm 2,47$ vs. $9,81 \pm 2,11$, $p < ,0001$); dieser Unterschied fand sich 2021 tendenziell ($9,21 \pm 2,35$ vs. $9,63 \pm 2,01$, $p < ,07$).

Tab. 1: Die neue Falldefinition für die Mini-SCL zur genaueren Bestimmung der psychischen Komorbidität

Kategorien der psychischen Belastung	Keine 2020: 51% 2021: 50%	Leichte 2020: 11% 2021: 12%	Deutliche 2020: 25% 2021: 27%	Starke 2020: 13% 2021: 11%
Definition	Keine T[1 Skala] ≥ 60	T[1 Skala] und/oder T[GSI] ≥ 60 und < 63	T[1 Skala] und/oder T[GSI] ≥ 63 und < 70	T[1 Skala] und/oder T[GSI] ≥ 70
Weiteres diagnostisches Vorgehen				
(1) Erneute Testung	Bei Bedarf	In 4 Wochen	Engmaschige Verlaufstestung	Engmaschige Verlaufstestung
(2) Interview	Bei Bedarf	Kurzes diagnostisches Interview	Diagnostisches Interview	Diagnostisches Interview
(3) Weitere Testungen	Wenn T[Skala] ≥ 60 , dann kurze Exploration der Skala	Exploration der Skalen mit T[Skala] ≥ 60 und < 63 und Vertiefung durch wenige, weitere Verfahren	Exploration der Skalen mit T[Skala] ≥ 63 und < 70 und Vertiefung durch weitere Verfahren	Exploration der Skalen mit T[Skala] ≥ 70 und Vertiefung durch weitere Verfahren
Mögliche Interventionen	Gesundheitsfördernde Informationen	Gesundheitsfördernde Gruppeninterventionen, niedrigschwellig, ambulant	Spezifische Einzel- und/oder Gruppenangebote, ambulant, ggf. stationär	Spezifische Einzel- und/oder Gruppenangebote, vorwiegend stationär
Ebene der Intervention	Information	Prävention	Intervention	Dringende Intervention und/oder Krisenintervention

Diskussion und Fazit

Einerseits berichteten ca. 50% der befragten Studierenden verschiedener Studienfächer sowohl im Lockdown 2020 als auch im Lockdown 2021 von erhöhter psychischer und Stressbelastung. Andererseits ist die Situation von Covid-19-vulnerablen Studierenden schon aufgrund des schlechteren Gesundheitszustandes problematischer. Diese Gruppe litt stärker unter digitalem Studienstress, unter Covid-19-Alltagsbelastungen und sie berichtete, vor allem im Jahr 2020, von geringerer sozialer Unterstützung, so dass spezifische Online-Interventionen entwickelt werden sollten.

Literatur

- Brailovskaia, J. & Margraf, J. (2020). Predicting adaptive and maladaptive responses to the Coronavirus (COVID-19) outbreak: A prospective longitudinal study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(3), 183-191. doi: 10.1016/j.ijchp.2020.06.002
- Brakemeier, E.-L. et al. (2020). Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49, 1-31doi: 10.1026/1616-3443/a000574
- Franke, G.H. (2017). *Mini-SCL: Mini Symptom-Checklist, Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Kocalevent, R.-D. et al. (2018). Social support in the general population: Standardization of the Oslo Social Support Scale (OSSS-3). *BMC Psychology*, 6, 31, doi: 10.1186/s40359-018-0249-9
- Schulz, P., Schlotz, W. & Becker, P. (2004). *Trierer Inventar zum chronischen Stress: TICS. Manual*. Göttingen: Hogrefe.

Psychosomatische Rehabilitation in Pandemie-Zeiten: Wahrnehmung und Bewertung von Corona-bedingten Hygiene- und Schutzmaßnahmen aus Rehabilitanden-Sicht

Monika Reuß-Borst¹; Udo Kaiser²; Rüdiger Nübling²; Jürgen Schmidt²; Jürgen Jorkowski²; Antje Geier¹; Alexander Zugsbradl¹

¹ Kliniken Bad Bocklet AG; ² Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen

Hintergrund und Zielstellung

Die Covid-Pandemie stellt eine komplexe Belastungssituation für Rehabilitanden, aber auch Klinik-Mitarbeiter und Betreiber dar. Unsicherheit, Ängste um die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer Menschen, existenzielle Zukunftsängste und eine große Ungewissheit über die weitere Entwicklung waren vor allem zu Beginn der Pandemie weit verbreitet und führten zu großer Verunsicherung. Schon jetzt zeichnet sich ab, dass Corona-bedingte psychische Störungen wie Angsterkrankungen zunehmen werden (Zielasek & Gouzoulis-Mayfrank 2020; Brakemeier et al., 2020). Dabei ist das Risiko für eine Zunahme/Verschlechterung psychischer Symptome bei psychosomatischen Rehabilitanden besonders hoch.

Anfang des Jahres 2020 war die Aufnahme psychosomatischer Rehabilitanden trotz der geltenden Verordnungen bei psychiatrischen und damit auch dringlichen psychosomatischen Maßnahmen möglich.

Um diese wichtige rehabilitative Versorgungsmöglichkeit dringlich indizierter Rehabilitationen aufrecht erhalten zu können und allen Rehabilitanden und Mitarbeitern eine sichere Therapie bzw. Arbeit zu ermöglichen, wurde frühzeitig ein umfangreiches Hygienekonzept etabliert, das zahlreiche personelle, räumliche und organisatorische Maßnahmen umfasste. Hierzu wurde ein schriftliches Konzept erstellt, welches jeweils auf dem aktuellen Wissensstand basierend und den sich daraus ergebenden internen und externen Anforderungen kontinuierlich fortgeschrieben wurde.

Methoden

Ziel dieser (naturalistischen) Beobachtungs-Studie war zu evaluieren, wie diese Sicherheitsmaßnahmen von den Rehabilitanden wahrgenommen und bewertet wurden. Es erfolgte eine retrospektive Nachbefragung von psychosomatischen Rehabilitanden, die von Januar bis September 2020 eine stationäre Reha-Maßnahme durchführten. Für die katamnestische Rehabilitanden-Befragung lagen auswertbare Fragebögen von 150 Rehabilitanden (mittl. Alter 59 Jahre, Frauenanteil 54%) vor, was einem Rücklauf von 31% entspricht.

Ergebnisse

Bei 92% der Rehabilitanden konnte die Rehabilitation planmäßig durchgeführt und beendet werden. 9% haben die Maßnahme auf eigenem Wunsch vorzeitig beendet. Die Angaben zur persönlichen Betroffenheit zeigen, dass keine Person mit SARS-CoV2 infiziert war. Pandemie-bedingte Veränderungen im Anstellungsverhältnis wurden von rund einem Drittel der Befragten angegeben. Diese waren v.a. Home-Office (16%), Kurzarbeit (16%), reduziertes Arbeitspensum als Selbstständige (2%) oder Kündigung (1%).

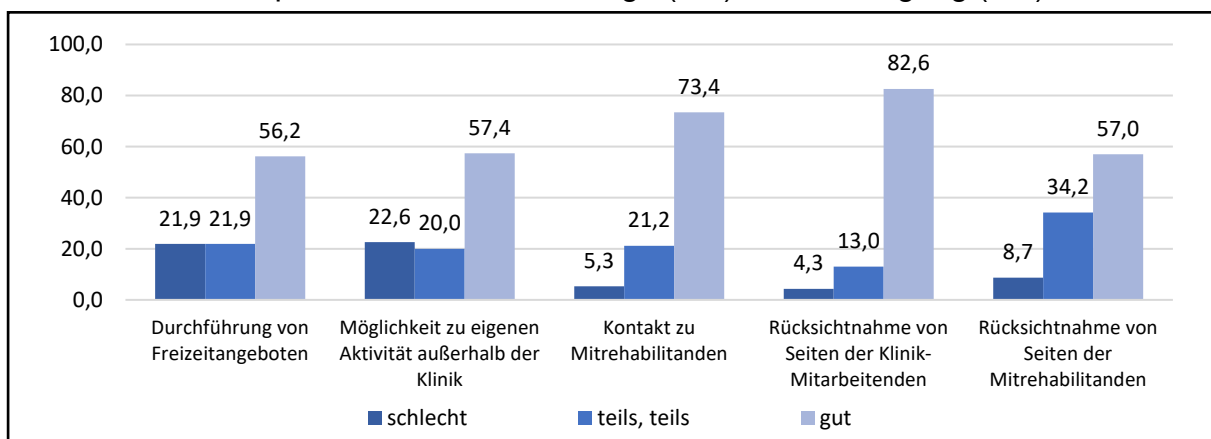


Abb. 1: Regelung von Aktivitäten unter Corona-Bedingungen und Rücksichtnahme durch Andere (in %, $n_{\max} = 115$)

Was die Corona-bedingten Maßnahmen bei Aufnahme in die Klinik anbelangt, gaben alle Befragten an, einen Corona-Test bei Aufnahme erhalten zu haben 2/3 fühlten sich bei Aufnahme ausreichend über die Corona-Maßnahmen informiert und 73% waren zufrieden oder sehr zufrieden mit den Informationen bei Aufnahme.

72% der Befragten waren der Meinung, dass ein abgestimmtes Konzept in Bezug auf die Sicherheit vorhanden war. 79% gaben an, dass die Regeln zum Hygiene- und Mundschutz eingehalten wurden. 75-78% der Rehabilitanden stimmten zu, dass Corona-bezogene Maßnahmen (z.B. angemessene Raumgröße, Gruppengröße etc). zur Kontaktreduzierung eingehalten wurden.

Trotz der vorhandenen Einschränkungen fanden mehr als 50% der Befragten die Regelungen in Bezug auf Freizeitangebote und eigene Aktivitäten außerhalb der Klinik zu verfolgen gut oder sehr gut. Hinsichtlich der Regelungen von Kontakt zu Mitrehabilitanden fällt die Bewertung deutlich besser aus. Hier gaben 73% an, dass diese gut oder sehr gut waren. Hinsichtlich des letzten Bereichs zeigte sich, dass sich aus Sicht der Rehabilitanden die Mitarbeitenden deutlich rücksichtsvoller verhalten haben als die Mitrehabilitanden (Abb1).

2/3 der psychosomatischen Rehabilitanden waren mit den Sicherheits-/Hygiene-Maßnahmen zufrieden oder sogar sehr zufrieden. 88% der Befragten würden auch anderen Betroffenen trotz Corona einen Aufenthalt in der Klinik empfehlen, 79% auch während der Corona-Pandemie nochmals eine Reha-Maßnahme in Anspruch nehmen und 86% dies in unserer Klinik tun (Abb. 2).

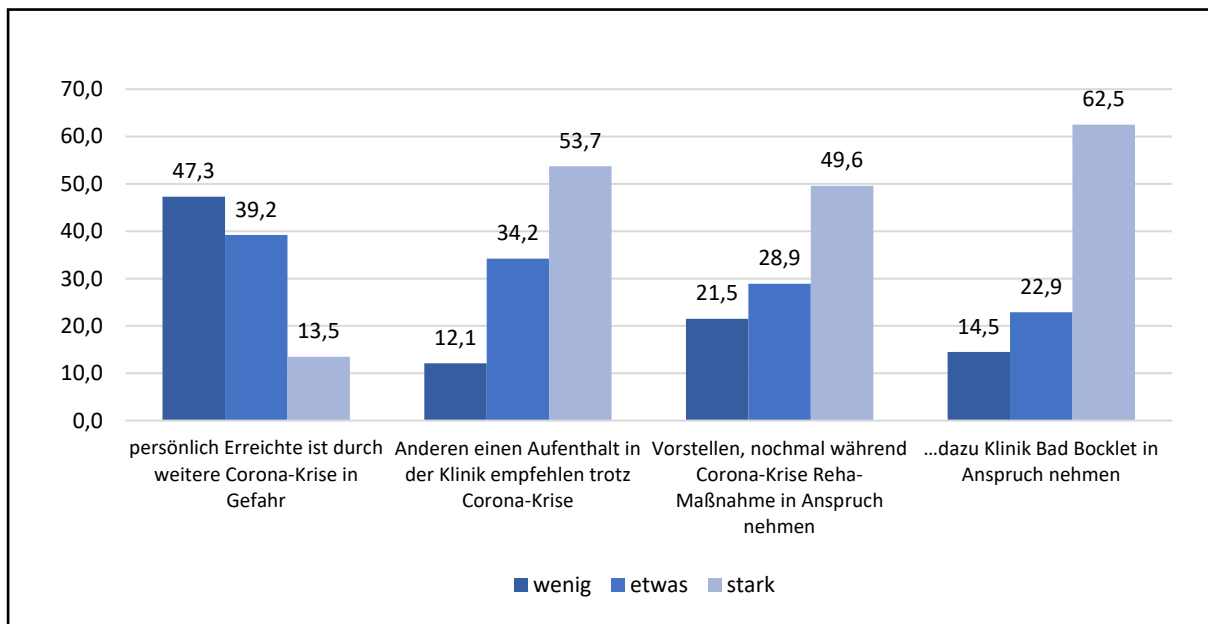


Abb. 2 Gesamtbewertung der Corona-Situation in der Reha-Klinik (in %, n_{max} = 149)

Diskussion und Fazit

Zusammengefasst war in dieser von großer Unsicherheit und Angst geprägten Pandemie-Phase („1.Pandemie-Welle“) die Mehrheit der psychosomatischen Rehabilitanden mit den Hygiene-/Schutzmaßnahmen in der Klinik sehr zufrieden. Die Akzeptanz für die getroffenen Maßnahmen war groß. Die Kommunikation- und Kontaktmöglichkeiten mit anderen Mitrehabilitanden wurde trotz Kontaktbeschränkungen überwiegend als positiv erlebt. Diese hohe Zufriedenheit mit den umgesetzten und kommunizierten Sicherheitsmaßnahmen spiegelt sich erfreulicherweise auch den Ergebnissen der internen Routinebefragung sowie in stabilen Effekten in den wesentlichen Outcome-Parametern noch 1 Jahr nach Rehabilitation wider (Kaiser et al. 2021).

Literatur

- Brakemeier E.L., Wirkner J, Knaevelsrud C, Wurm S, Christiansen H, Lueken U, Schneider S (2020). Die COVID-19 Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 49 (1): 1-31
- Kaiser U., Nübling R., Schmidt J., Jorkowski J, Reuß-Borst M. (2021). Psychosomatische Rehabilitation in Pandemie-Zeiten: eine multiperspektivische Bewertung von Corona bedingten Maßnahmen und deren Zusammenhänge mit zentralen Outcome-Parametern, der Rehabilitanden Zufriedenheit und dem Reha-Erfolg. Prävention & Rehabilitation (zur Publikation eingereicht)
- Zielasek J. & Gouzoulis-Mayfrank E. (2020). COVID-19 Pandemie: Psychische Störungen werden zunehmen. Deutsches Ärzteblatt 228 (21): A-1114

Vergleich psychosozialer Belastungen von Patient*innen zu Beginn der psychosomatischen Rehabilitation vor und während der SARS-CoV-2-Pandemie

Mirjam Körner¹; Johanna Keller¹; Eike Fittig²; Sandra Adami³; Manfred Rundel⁴

¹ Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; ² Celenus Klinik Carolabad;

³ Celenus Psychosomatische Fachklinik Freiburg GmbH ;

⁴ Celenus-Kliniken GmbH Unternehmenszentrale

Hintergrund und Zielstellung

Basierend auf dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell wird angenommen, dass sich negative Belastungsfolgen der SARS-CoV-2 Pandemie insbesondere bei Menschen zeigen, welche bereits psychische Erkrankungen oder eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Erkrankungen aufweisen (Brakemeier et al., 2020). Eine Metaanalyse zeigt erhöhte psychiatrische Symptome bei psychisch Erkrankten während der SARS-CoV-2 Pandemie im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen (Neelham et al., 2020). Ausgehend von den ersten Erkenntnissen der SARS-CoV-2 Pandemie wird postuliert, dass sich der Zustand von Menschen mit psychischen Vorerkrankungen in der SARS-CoV-2 Pandemie verschlechtert (Brakemeier et al., 2020; Moreno et al., 2020; Rajkumar, 2020). Hieran anknüpfend ist das Ziel der Studie ein Vergleich von zwei Kohorten (vor- und während der Pandemie) von Rehabilitand*innen zu Beginn der psychosomatischen Rehabilitation bezüglich der psychosozialen Belastungen. Die Hauptfragestellung lautet: Unterscheidet sich die Patient*innen-Kohorte der SARS-CoV-2 Pandemie (2020) zu Beginn des Aufenthalts in einer psychosomatischen Rehabilitation von der Patient*innen-Kohorte vor der Pandemie (2019) in Bezug auf die psychosoziale Belastung (operationalisiert über berufliche Problemlagen, Aktivität und Teilhabe sowie psychosoziale Gesundheit)? Als Unterfragestellung wurde verfolgt, ob Frauen und Männer unterschiedlich betroffen sind.

Methoden

In einer querschnittlichen Beobachtungsstudie werden Routinedaten der Patient*innen Kohorte während der SARS-CoV-2 Pandemie (04/2020-12/2020) mit Routinedaten der

Patient*innen-Kohorte aus dem Jahr vor der Pandemie (04/2019-12/2019) der sieben psychosomatischen Celenus-Kliniken verglichen. Erhoben wurden die beruflichen Problemlagen mittels SIMBO-C, Aktivität und Teilhabe mit dem ICF-AT-50 Psych und die psychosozialen Belastungen mit dem Health-49.

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine multifaktorielle Varianzanalyse (MANOVA) mit den zwei Faktoren „Kohorte“ und „Geschlecht“ berechnet. Das Alpha-Niveau wurde nach Bonferroni adjustiert, da mehrere Berechnungen durchgeführt wurden, die Effektstärken werden mittels partiellem Eta-Quadrat angegeben.

Nach Bereinigung des Datensatzes enthält die Stichprobe $N = 7335$ Personen, die sich aufteilen in $n = 3667$ (2019) und $n = 3668$ (2020). Die Stichprobe besteht zu 2/3 aus Frauen und das Durchschnittsalter liegt bei 50 Jahren ($SD = 9.94$).

Ergebnisse

Im multivariaten Vergleich zeigt sich eine signifikant höhere psychosoziale Belastung in der Kohorte während der SARS-CoV-2 Pandemie im Vergleich zur Kohorte vor der Pandemie (2019) ($V = 0.005$, $F(3,7329) = 11.715$, $p < .001$, $\eta^2p = .005$). Der Interaktionseffekt Kohorte*Geschlecht zeigte keine statistische Signifikanz ($V < 0.001$, $F(3,7329) = 0.197$, $p = .899$, $\eta^2p < .001$).

Im univariaten Vergleich zeigte sich lediglich für die berufliche Problemlagen ein signifikanter Unterschied ($F(1,7331) = 34.278$, $p < .001$, $\eta^2p = .005$).

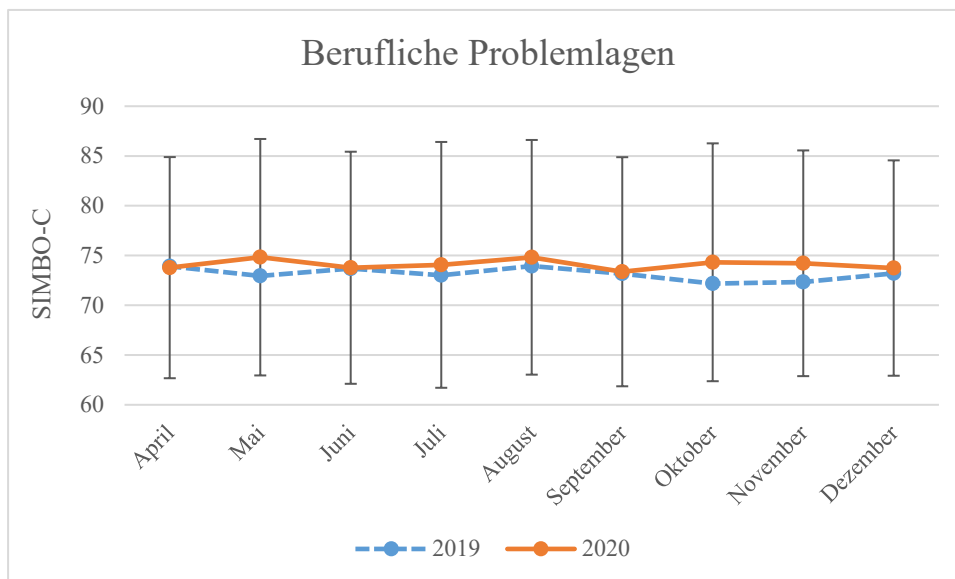


Abb. 1: Zeitlicher Verlauf berufliche Problemlagen

Der Kohortenunterschied hinsichtlich Aktivität und Teilhabe war bei einem Alpha-Niveau von $\alpha_{adj} = .0167$ nicht signifikant ($F(1,7331) = 5.641$, $p = .018$, $\eta^2p = .001$). Wenngleich eine Tendenz in Richtung höherer Belastung erkennbar ist, sind die beobachteten Unterschiede doch sehr klein. Ebenso wird der Kohortenunterschied hinsichtlich psychosozialer Gesundheit ($F(1,7331) = 2.345$, $p = .126$, $\eta^2p < .001$) nicht signifikant.

Diskussion und Fazit

Personen mit psychischen Erkrankungen weisen in der SARS-CoV-2 Pandemie zu Beginn der psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme nur geringfügig höhere Belastungen auf

als vor der Pandemie. Die Unterschiede zwischen den Kohorten sind sehr klein, so dass nicht von einer klinischen Relevanz ausgegangen werden kann. Zukünftige Studien sollten relevante Störfaktoren, wie Dauer und Chronizität der Erkrankung berücksichtigen, um die Vergleichbarkeit der Kohorten sicher zu stellen. Spezifische durch die Pandemie hervorgerufene Belastungen sind über ergänzende Befragungen zu erheben. Das ISAR-Psych Projekt wird die spezifischen SARS-CoV-2 Belastungen mit aufgreifen und den Kohortenvergleich diesbezüglich differenzieren. Darüber hinaus wird der Gesamtkohortenvergleich im zeitlichen Verlauf betrachtet.

Literatur

- Brakemeier, E., Wirkner, J., Knaevelsrud, C., Wurm, S., Lueken, U. & Schneider, S. (2020). Die COVID-19- Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 49, 1–31.
- Holmes, E. A., Connor, R. C. O., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L. et al. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. The Lancet Psychiatry, 7, 547–560.
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N. et al. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. The Lancet Psychiatry, 7(9), 813–824.
- Neelham, K., Duddu, V., Anyim, N., Neelam, J. & Lewis, S. (2020). Pandemics and pre-existing mental illness: A systematic review and meta-analysis. Brain, behavior, & immunity-health, 10, 100177.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. Asian Journal of Psychiatry, 52, 102006.

Wahrnehmung medizinischer Rehabilitation während der COVID-19-Pandemie aus Perspektive von Rehabilitand*innen – Eine qualitative Studie

Kübra Annac; Jana Fieselmann; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska
Universität Witten/Herdecke

Hintergrund und Zielstellung

Die COVID-19-Pandemie bringt Veränderungen in vielen Teilen der Gesellschaft mit sich. Die zur Eindämmung des Ausbruchs erforderlichen Maßnahmen wie Kontaktbeschränkungen und Maßnahmen der „sozialen Distanzierung“ gehen in der Gesundheitsversorgung, wo neben dem Schutz der Mitarbeitenden auch der Schutz der Patient*innen von großer Bedeutung ist, für alle Akteure mit zahlreichen Herausforderungen einher. Besonders ausgeprägt sind diese Herausforderungen in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, wenn es darum geht, eine patientenzentrierte Rehabilitation zu gewährleisten und gleichzeitig das Infektionsrisiko zu minimieren (Pan American Health Organization, 2020). Um diese Herausforderungen zu bewältigen, haben Anbieter ambulanter und stationärer Rehabilitation verschiedene Strategien entwickelt und in ihren Einrichtungen eingesetzt (Leibbrand & Seifart, 2021). Ziel der vorliegenden qualitativen Studie war es, zu untersuchen, wie diese

Strategien von (potenziellen) Rehabilitand*innen im rehabilitativen Versorgungsumfeld wahrgenommen werden.

Methoden

Es wurden 33 leitfadengestützte, als Telefoninterview durchgeführte, Einzelinterviews mit Rehabilitand*innen und potenziellen Antragsteller*innen durchgeführt. Rekrutiert wurden die Interviewpartner*innen über zwei Kooperationskliniken, soziale Medien sowie über ein netzwerkbasierendes Schneeballprinzip. Die Leitfadenerstellung erfolgte auf Basis einer Literaturrecherche sowie der Ergebnisse eigener Vorarbeiten zum Thema. Der Leitfaden umfasste die Gründe für oder gegen die Entscheidung einer Antragstellung, Auswirkungen durch die COVID-19-Pandemie auf die Rehabilitation, Zufriedenheit mit den entwickelten Strategien, Bedürfnisse und mögliche Herausforderungen während der Versorgung in der Einrichtung, Unterstützung durch das Gesundheitspersonal sowie Wünsche und Erwartungen für eine bessere Unterstützung in Pandemie-Zeiten. Die Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet.

Ergebnisse

Die Umsetzung und Einhaltung von Hygienemaßnahmen trägt zum Sicherheitsgefühl der Rehabilitand*innen bei und stellt für viele eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme in Pandemiezeiten dar. Trotz Maßnahmen und Strategien zum Umgang mit COVID-19 werden Rehabilitationsmaßnahmen in den meisten Fällen als entlastend und gesundheitsfördernd wahrgenommen. Eine geringere Klinikauslastung, kleinere Gruppengrößen oder feste Gruppenmitglieder und Therapeut*innen stellen positive Effekte der umgesetzten Strategien auf das Erleben der Rehabilitation dar. Das Angebot von Schwimmbädern oder der soziale Kontakt mit Mitrehabilitand*innen oder Therapeut*innen mündet in einem Gefühl von Freiheit, welches außerhalb der Rehabilitationseinrichtung während der Pandemie nicht erlebt werden konnte. Andererseits erlebten Rehabilitand*innen während der Rehabilitationsmaßnahme Gefühle von Isolation und Einsamkeit durch den Ausfall von Freizeitangeboten, die Schließung von öffentlichen Räumen und Sitzgelegenheiten innerhalb der Klinik sowie Besuchsverbote. Insgesamt empfanden sie häufige und teils nicht nachvollziehbare Regel- und Maßnahmenänderungen als belastend.

Diskussion und Fazit

Die Wahrnehmung der Strategien seitens der Rehabilitand*innen variiert stark aufgrund des eigenen Gesundheitszustands, des Infektionsrisikos, der persönlichen Einstellung zu COVID-19 und individueller Ansichten. Die Versorgungsnutzer*innen fordern eine Balance zwischen Infektionsschutzmaßnahmen zum eigenen Gesundheitsschutz einerseits und der Aufrechterhaltung sozialer Interaktion andererseits. Um die Herausforderungen der COVID-19-Pandemie zu bewältigen und eine patientenzentrierte rehabilitative Versorgung jetzt und in künftigen Krisensituationen zu gewährleisten, gilt es bei der Entwicklung von Strategien, unterschiedliche Zielgruppen mit spezifischen Indikationen und Infektionsrisiken zu berücksichtigen und Maßnahmen so umzusetzen, dass die notwendigen Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden, psychosozialen Bedürfnissen jedoch weiterhin begegnet wird. Es bedarf der Entwicklung und Zugänglichkeit von Leitlinien für Rehabilitationseinrichtungen und deren Personal. Bestehende Maßnahmen und Strategien müssen zudem evaluiert und ggf. weiterentwickelt werden.

Literatur

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

Pan American Health Organization (2020). Rehabilitation considerations during the COVID-19 outbreak. URL: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52035>, Abruf: 26.10.2021.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Digitale Nachsorgeangebote nach der pädiatrischen Rehabilitation – ist das sinnvoll? Eine Einschätzung der Experten

Stefan Berghem

Johannesbad Usedom GmbH & Co. KG

Hintergrund und Zielstellung

Trotz gesetzlicher Regelung gibt es auch nach vielfachen Bemühungen noch kein flächendeckendes Netz an Nachsorgeangeboten für Kinder und Jugendliche nach einer Rehabilitationsmaßnahme. Aktuell gibt es 54 Angebote für eine multimodale Adipositasnachsorge, für orthopädische und neurologische Inhalte je 1 Angebot (Deutsche-Rentenversicherung, 2021). 37 dieser Angebote liegen in Norddeutschland (im PLZ Bereich 2xxxx).

In der Erwachsenenrehabilitation existieren schon länger digitale Rehabilitations- und Nachsorgeinhalte (wie Caspar etc.). Für Kinder und Jugendliche fehlt so etwas bisher.

In dieser Befragung soll ermittelt werden, wie Rehaprofis die Möglichkeiten einer telemedizinischen Nachsorge einschätzen. Hierdurch sollen die Versorgungsqualität und die Nachhaltigkeit der Rehabilitation verbessert werden.

Methoden

Die ärztlichen Leitungen und Verwaltungsleitungen der bestehenden stationären Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche wurden per Mail eingeladen, sich an einer Onlinebefragung zu beteiligen.

Ergebnisse

An dieser Befragung beteiligten sich 33 Teilnehmer aus den angeschriebenen 48 Rehabilitationseinrichtungen. Hierbei handelte es sich zu 55% um Ärztinnen/Ärzte, aber auch um Klinikleitungen und pädagogische und therapeutische Fachkräfte. Es handelte sich um Rehaprofis mit durchschnittlich 13,9 Jahren Rehaerfahrung. Die Antwortenden bezeichneten sich als mittelmäßig affin zu digitalen Inhalten, im beruflichen mehr als im privaten Umfeld. Erfahrung mit digitalen bestand überwiegend im Bereich Dokumentation (viel und etwas Erfahrung: 100%), Videomeetings Kollegen (92,6%) und dem Einsatz von Schulungsfilmen (65,4%), weniger im Bereich Gruppengespräche per Video (53,8%) und Schulung per Video (42,3%).

87,5% bezeichneten Nachsorge als unverzichtbaren Teil der Rehabilitation, allerdings konstatierten nur 13,5% eine Verfügbarkeit für die meisten Indikationen und nur 4,2% eine Verfügbarkeit im ländlichen Raum (Ballungszentren 44%). Digitale Formen der Nachsorge wurden von 86,5% der Antwortenden als eine gute Ergänzung betrachtet, wenn vor Ort keine Angebote bestehen.

Bei sinnvollen digitalen Inhalten dachten die Befragten am ehesten Einzelgespräche Ernährungsberatung (75,0%), edukative Inhalte (66,7%) sowie an ärztliche (66,7%) und psychologische (62,5%) Einzelgespräche. Sport- und Bewegungsangebote digital zu vermitteln, hielten nur 37,5% für eine gute Idee.

Bei der Frage nach den Bedingungen für ein solches Angebot wurden in vielen Antworten Zweifel an einer ausreichenden Finanzierung bzw. Personalausstattung erkennbar, aber auch die Datensicherheit und die Verfügbarkeit von digitalen Endgeräten mit ausreichender Leistung in den Familien wurden thematisiert.

Diskussion und Fazit

Die Experten aus dem Bereich der stationären Rehabilitation sehen eine flächendeckende Versorgung mit Nachsorgeangeboten zu Recht als kaum gegeben an, wobei die Verfügbarkeit von ihnen noch deutlich zu positiv gesehen wird (für die meisten Rehabilitationsindikationen gibt es noch kein einziges multimodales Angebot). In dieser Situation schätzen die Befragten digitale Angebote als eine gute Ergänzung des Nachsorgeangebotes ein, wenn vor Ort kein Angebot existiert. Von erwachsenen Rehabilitanden ist bekannt, dass Sie bei freier Wahl ein Angebot vor Ort einem digitalen Angebot grundsätzlich vorziehen (Knapp, 2020) aber einer online - Nachsorge eher positiver gegenüberstehen als Mitarbeiter einer Rehaklinik (Hennemann, 2018). Untersuchungen zu Kindern und Jugendlichen hierzu gibt es noch nicht. Hier erscheinen weitere Untersuchungen (wie Rehabilitandenbefragungen etc.) sinnvoll.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2021): Übersicht über die bereits zugelassenen Nachsorgeangebote für Kinder und Jugendliche. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/nachsorge/nachsorgeangebote_ki_ju.html Abruf 14.10.21

Hennemann S., Beutel M., Zwerenz R.: „Morbus Google“ vs. e-Health: Qualitative Untersuchung zur Akzeptanz und Implementierung von Online-Nachsorge in der stationären Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)* 2018; 57(01): 14-23

Knapp S.; Kölle T.; Kaluscha R.; Krischak G. (2020): Welche Gründe lassen Patienten eine face-to-face oder Tele-Nachsorge antreten? *DRV-Schriften Band 120*. 476 – 479

Identifying risk factors for chronicity in mental disorders: Results from a 10-year longitudinal study from childhood to adolescence age

Beate Muschalla; Wolfgang Schulz
Technische Universität Braunschweig

Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitation medicine is treatment of chronic illness. Mental disorders are usually chronic in their development over the life span. They come along with capacity and participation problems up from the school age, because school is the context in which specific demands occur regularly.

In order to prevent chronic courses of rehabilitation-prone disabilities up from young age (school problems, school absence, leaving school without degree), more knowledge on the developmental course of mental health problems in children and adults is needed.

Beginning in 2001, a longitudinal study was started which investigates families concerning their mental health and socio-economic status. Thereby risk factors and development of externalizing and internalizing mental disorders have been explored from childhood (age 4) to adolescence (age 14 years).

Methoden

The longitudinal study includes 356 families. It is focusing on the prediction of behavioural problems in adolescence, taking into account risk and protective factors in kindergarten age.

The children in the study sample were on average 14 years old (SD = 1) at the time of the 10-year follow-up (FU10), with 45% of the children being girls. 22% of parents were single parents. 15% of the mothers had no school-leaving certificate, 38% had completed secondary school, 47% the A-Levels (fathers: 20%/24%/56%). Half of the children attended high school (50%, comprehensive school: 23%, secondary school: 16%, others: 11%). 20% of the families had a migration background.

Linear regression analyzes have been calculated.

Ergebnisse

Mother's substance abuse during pregnancy/breastfeeding, mother's psychopathology and the presence of a mental disorder in the child in kindergarten age were identified as risk factors for internalizing and externalizing disorders in adolescence.

Externalizing disorders were better predicted than internalizing disorders, and mental disorders of boys were overall more predictable than those of girls.

Diskussion und Fazit

Mother's psychopathology seems to be a risk factor especially for the development of internalizing disorders in boys, even more than in girls. This finding is partly consistent with other findings (Heberle et al., 2015; Linderkam, 2006) who report that mother's psychopathology predicts both internalizing and externalizing disorders of children.

Furthermore, mother's substance abuse during pregnancy/breastfeeding seems to be a risk factor for the development of externalizing disorders in boys. This is consistent with other research (Römer et al., 2019) in which the effects of mother's prenatal alcohol and nicotine consumption are primarily reported with child's temperament problems, which are regarded as precursors of externalizing disorders.

Neither the socio-economic status nor the material resources were of prognostic significance for either girls or boys. This contradicts findings (Lampert et al., 2014) which report that more women than men with a low socioeconomic status suffer from mental disorders.

Problematic educational behavior is also not predictive - neither internalizing nor externalizing - mental disorders for both boys and girls in adolescence. This is understandable when keeping in mind that mental disorders are to a large extent genetic and biological (Wray et al., 2018).

A limitation of this study is that families with good socio-economic background (e.g. 50% of parents with A-Levels) are overrepresented. In future studies, maternal and paternal risk factors will be examined equally.

Concluding, the longitudinal data show that early occurrence of mental health problems is an important predictor for the development of mental disorders, and somewhat independent from environmental aspects. Activities which aim to prevent disability due to mental disorders should not focus on preventing symptomatology, but rather strengthening children's and families' capacities to cope with symptoms and behaviour problems, e.g. for remaining successfully integrated and achieving in school.

Literatur

- Heberle, A. E., Krill, S. C., Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2015). Predicting externalizing and internalizing behavior in kindergarten: examining the buffering role of early social support. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44. 640–654.
- Lampert, T., Kroll, L., Hapke, U., & Jacobi, F. (2014). Sozioökonomischer Status und psychische Gesundheit. *Public Health Forum*, 22(1). 6–8.
- Linderkamp, F. (2006): Komorbidität und elterliche Psychopathologie bei externalisierenden Verhaltensstörungen im Kindesalter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 38(1). 43–52.
- Römer, P., Reinelt, T., Petermann, F., & Teickner, C. (2019). Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. *Kindheit und Entwicklung*, 28(1). 6–18.
- Wray, N. R., Ripke, S., Mattheisen, M. et al (2018). Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. *Nature Genetics*, 50. 668-681.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

Kann die Gesundheit von Kindern in stationären Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen gefördert werden?

Claudia Kirsch; Deborah Leddin; Monique Förster; Friederike Otto

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Vorsorge- und Reha-Maßnahmen nach §§ 24 und 41 SGB V dienen primär dem Erhalt und der Wiederherstellung der Gesundheit von Müttern und Vätern. Die Mitnahme des Kindes kann dann erfolgen, wenn die Mutter-/Vater-Kind-Beziehung gestärkt werden soll, eine maßnahmebedingte Trennung des Kindes von der Mutter bzw. dem Vater unzumutbar erscheint oder das Kind eine eigene Behandlungsbedürftigkeit aufweist und in der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme entsprechend behandelt werden kann (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2012). In diesem Fall wird das Kind als Vorsorgepatient*in (im Folgenden Patientenkind) aufgenommen, andernfalls nimmt es als Begleitkind an der dreiwöchigen Maßnahme teil.

In der Panel-Studie „Ressourcenaktivierung und Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch stationäre Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen“ (RessQu) wurde unter anderem die Gesundheit der Kinder in den Fokus genommen. Zum einen wurde untersucht, mit welchen Schwerpunktindikationen (SPI) die Patientenkinder aus Sicht der Ärzt*innen der Einrichtungen in die Maßnahme kommen und ob sich der Schweregrad der SPI während der Maßnahme verbessert. Zum anderen wurde analysiert, ob sich die gesundheitlichen Beschwerden nach Einschätzung der Eltern sechs Monate nach der Maßnahme verbessert haben und ob Veränderungen bei der Zahl der Arztbesuche, Atemwegsinfekte und Antibiotikaverordnungen erzielt werden konnten.

Methoden

Die Datenerhebung fand 2018/2019 in elf Mutter-/Vater-Kind-Kliniken statt. Zu Beginn und am Ende der Maßnahme konnten die Ärzt*innen der Einrichtungen für die Patientenkinder auf einer Liste mit fünf SPI (Erkrankungen der Atemwege, Erkrankungen der Haut, Verhaltensauffälligkeiten, Ernährung/Stoffwechsel, Bewegungsapparat) und einer Kategorie „sonstige SPI“ bei maximal zwei Schwerpunktindikationen eine Schweregradeinschätzung vornehmen. Diese erfolgte anhand einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Ausprägungen von 1 „sehr geringe Beschwerden“ bis 5 „sehr große Beschwerden“.

Die gesundheitlichen Beschwerden der Patientenkinder wurden von den Eltern auf einer 5-stufigen Skala von 0 „keine Beschwerden“ bis 4 „sehr starke Beschwerden“ zu Beginn sowie sechs Monate nach der Maßnahme eingeschätzt. Weiterhin konnten sowohl die Eltern der Patienten- als auch Begleitkinder angeben, wie häufig diese im letzten halben Jahr beim Kinder- bzw. Facharzt waren, Atemwegsinfekte hatten oder ein Antibiotikum erhielten.

Neben deskriptiven Analysen wurden Wilcoxon-Tests und t-Tests angewendet.

Ergebnisse

Von 1.190 Kindern ($M=7,5$ Jahre, $SD=3,5$), bei denen eine Angabe zur Behandlungsbedürftigkeit gemacht wurde, kamen 453 Kinder (38,1 %) als Patientenkinder in die Kliniken.

Bei 370 Patientenkindern wurde der Schweregrad von 472 SPI sowohl zu Beginn als auch zum Ende der Maßnahme von den Ärzten der Einrichtung angegeben. Mit 33,9 Prozent wurden Erkrankungen der Atemwege und mit 32,2 Prozent wurden Verhaltensstörungen als häufigste SPI angegeben. Erkrankungen der Haut, Probleme mit der Ernährung bzw. dem Stoffwechsel und Erkrankungen des Bewegungsapparates traten bei jedem 10. Kind auf. Bei allen angegebenen Schwerpunktindikationen der Patientenkinder kam es während des dreiwöchigen Kuraufenthaltes zu signifikanten Verbesserungen der Beschwerden. Nach Einschätzung der Ärzte lagen insbesondere bei den Erkrankungen der Atemwege am Ende der Maßnahme keine großen bis sehr großen Beschwerden (vorher 21,9 % der Kinder) mehr vor.

Bei 288 Patientenkindern hatte ein Elternteil Angaben zur Gesundheit seines Kindes zu Beginn der Maßnahme und sechs Monate nach der Maßnahme gemacht. Sechs Monate nach der Maßnahme hatten sich die starken bis sehr starken gesundheitlichen Beschwerden insbesondere bei Erkrankungen der Atemwege von 10,6 auf 7,8 Prozent, bei Schlafproblemen von 9,2 auf 4,3 Prozent und bei Verhaltensstörungen von 8,1 auf 4,3 Prozent signifikant reduziert. Auch bei Beschwerden mit der Haut, Allergien und der Ernährung konnten statistisch signifikante Verbesserungen der Beschwerden nachgewiesen werden.

Bei den Angaben der Eltern zu der Anzahl der Arztbesuche, der Atemwegsinfekten und der Antibiotikaverordnung konnten bei den Patientenkindern signifikante Verbesserungen verzeichnet werden. So reduzierte sich die Anzahl der Arztbesuche zum Beispiel von 3,3 im Halbjahr vor der Maßnahme auf 2,5 im Halbjahr nach der Maßnahme. Auch die Begleitkinder hatten im halben Jahr nach der Maßnahme signifikant weniger Arztbesuche und Atemwegsinfekte. Die Mittelwertunterschiede zwischen Patienten- und Begleitkindern waren sowohl vor der Maßnahme als auch nach der Maßnahme bei den Arztbesuchen und Atemwegserkrankungen signifikant. Bei den Antibiotikaverordnungen haben sich die Mittelwerte der Patienten- kinder denen der Begleitkinder angenähert, sodass keine signifikanten Unterschiede mehr vorhanden waren.

Diskussion und Fazit

Eine indikationsspezifische Behandlung der Kinder als Vorsorgepatient*innen kann mittelfristig nachhaltige Effekte zeigen. Vergleichbar mit einer Untersuchung von Otto (2017) konnte neben der Gesundheit von Patientenkindern auch die der Begleitkinder im Rahmen einer Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme gefördert werden. Außer Frage steht jedoch, dass eine Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme keine Kinderrehabilitation ersetzt, sollte das Kind schwerwiegende Erkrankungen haben.

Literatur

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2012). Umsetzungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des MDS im Zusammenhang mit Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Vor-sorge und Rehabilitation für Mütter und Väter nach §§ 24, 41 SGB V. URL: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/15_BRL_VorsorgeReha_Umsetzg-MVK.pdf, Abruf: 12.10.2021.

Otto, F. (2017). Gesundheit von Kindern in Mutter-Kind-Maßnahmen. *Kinder und Jugendarzt*, 48. 712-719.

Förderung: Mutter-/Vater-Kind-Kliniken des Forschungsverbunds Familiengesundheit

Rückgang medizinischer Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche infolge der SARS-CoV-2-Pandemie: eine Difference-in-Differences-Analyse

Hannes Banaschak¹; David Fauser¹; Pia Zollmann²; Marco Streibelt²; Matthias Bethge¹

¹ Universität zu Lübeck; ² Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die SARS-CoV-2-Pandemie hat die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen stark beeinflusst. Neben potentiellen Entwicklungs- und Bildungsdefiziten aufgrund der Corona-Schutzmaßnahmen werden die unmittelbaren Auswirkungen auf die gesundheitliche

Entwicklung und Versorgung diskutiert. Studien zeigen unter anderem eine Zunahme von psychischen Auffälligkeiten und psychosomatischen Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer et al., 2021). Für chronisch kranke Kinder und Jugendliche stellt die pandemische Situation einen zusätzlichen Belastungsfaktor dar. Zur Vermeidung langfristiger Beeinträchtigungen sind Kinder und Jugendliche in Zeiten einer solchen Krise auf einen niedrighschwelligigen Zugang zur rehabilitativen Versorgung angewiesen. Allerdings ging die Bereitstellung umfassender Mittel zur Versorgung von COVID-19-Patient*innen in Deutschland mit Einschränkungen in anderen Gesundheitsbereichen einher (Scheidt-Nave et al., 2020). Unsere Analyse prüfte, inwiefern sich die Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendrehabilitationen nach Erklärung der epidemischen Lage durch den Deutschen Bundestag am 27. März 2020 im Vergleich zum Vorjahr veränderte.

Methoden

Die Datenbasis bildeten monatliche Querschnittsdaten der Rentenversicherungsträger zur Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendrehabilitation der Jahre 2019 und 2020. Daten wurden nach Geschlecht, Bundesland, Diagnosegruppe und Monat des Rehabilitationsbeginns zur Verfügung gestellt. Eingeschlossen wurden abgeschlossene Kinder- und Jugendrehabilitationen, die jeweils innerhalb der beiden Jahre 2019 und 2020 begonnen haben. Der pandemiebedingte Rückgang der Inanspruchnahme wurde mit einem Difference-in-Differences-Modell geschätzt (Bethge et al., 2021; Dimick et al., 2014). Der berechnete Difference-in-Differences-Schätzer beschreibt den Unterschied zweier Vorher-Nachher-Veränderungen, die in einer exponierten und einer nicht-exponierten Gruppe beobachtet wurden. Die Schätzer wurden mit einem Poisson-Regressions-Modell ermittelt. In den Analysen wurde die exponierte Gruppe durch die Monate Januar bis Dezember des Pandemiejahres 2020 und die nicht-exponierte Vergleichsgruppe durch die Monate Januar bis Dezember 2019 repräsentiert. Das jeweils erste Quartal (Januar bis März) wurde als Vorbeobachtungsperiode kategorisiert. Die Monate April bis Dezember waren die Nachbeobachtungsperiode. Als Difference-in-Differences-Schätzer wurde die Incidence Rate Ratio (IRR) berechnet. Der Wert $1 - \text{IRR}$ beschreibt den durchschnittlichen pandemiebedingten Rückgang von Rehabilitationen im Jahr 2020 in der Nachbeobachtungsperiode .

Ergebnisse

Von Januar bis Dezember 2019 wurden 31.997 Kinder- und Jugendrehabilitationen in Anspruch genommen. Im Folgejahr 2020 waren es 22.358 Rehabilitationen. Im April war der bundesweite Rückgang medizinischer Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche mit 82,7 % am größten (Abbildung 1).

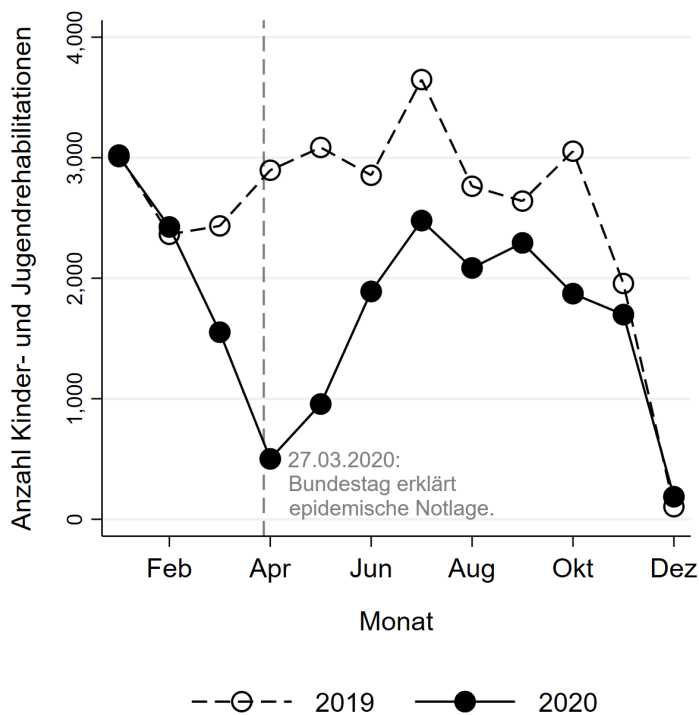


Abb. 1: Kinderrehabilitationsleistungen in 2019 und 2020

Die Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendrehabilitationen reduzierte sich pandemiebedingt um 32,1 % (IRR = 0,679; 95 % KI: 0,654 bis 0,706). Der Rückgang war bei Jungen (IRR = 0,673; 95 % KI: 0,639 bis 0,709) und Mädchen (IRR = 0,687; 95 % KI: 0,649 bis 0,728) vergleichbar. Die Analysen zeigen für alte Bundesländer (IRR = 0,652; 95 % KI: 0,622 bis 0,683) einen stärkeren Rückgang der Inanspruchnahme als in den neuen Bundesländern (einschließlich Berlin) (IRR = 0,746; 95 % KI: 0,696 bis 0,798). Von den drei häufigsten Diagnosegruppen verzeichneten Rehabilitationen aufgrund psychischer Erkrankungen ohne Sucht den geringsten Rückgang mit 16,5 % (IRR = 0,835; 95 % KI: 0,779 bis 0,894). Die Inanspruchnahme bei Stoffwechselkrankheiten reduzierte sich um 37,7 % (IRR = 0,623; 95 % KI: 0,573 bis 0,678), bei Krankheiten des Atemsystems lag der Rückgang bei 45,4 % (IRR = 0,546; 95 % KI: 0,501 bis 0,594).

Diskussion und Fazit

Analysen zeigen einen pandemiebedingten Rückgang von 14,5 % bei Anträgen auf medizinische Rehabilitation (Bethge et al., 2021). Der Rückgang der Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendrehabilitationen fällt mit 32,1 % deutlich stärker aus. Bei psychischen Erkrankungen ist der Rückgang mit 16,5 % vergleichsweise gering, allerdings muss aufgrund der Verschlechterung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der Pandemie für dieses Krankheitsspektrum ein besonders hoher Bedarf an rehabilitativer Versorgung angenommen werden. Für chronisch kranke Kinder und Jugendliche bedeutet der Verzicht auf eine medizinische Rehabilitation neben der Gefahr einer Verschlechterung der Primärerkrankung eine Verschärfung assoziierter Problemlagen in den Bereichen Bildung und Teilhabe. Entsprechend sollte eine Aufarbeitung der Corona-Krise Konzepte zu krisensicherer rehabilitativer Versorgung berücksichtigen.

Literatur

- Bethge, M., Fauser, D., Zollmann, P., Streibelt, M. (2021). Reduced requests for medical rehabilitation because of the SARS-CoV-2 pandemic: a Difference-in-Differences analysis. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, doi: 10.1016/j.apmr.2021.07.791
- Dimick, J. B., Ryan, A. M. (2014). Methods for evaluating changes in health care policy: the difference-in-differences approach. Jama, 312. 2401–2402.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R., Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. European Child & Adolescent Psychiatry, Oct 12:1–14.
- Scheidt-Nave, C., Barnes, B., Beyer, A. K., Busch, M. A., Hapke, U., Heidemann, C., Imhoff, M., Mumm, R., Paprott, R., Steppuhn, H., Berenberg-Gossler, P., Kraywinkel, K. (2020). Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland - Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie. Journal of Health Monitoring, 5 (S10). 1–28.

Subjektive Konzepte als Prädiktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Zufriedenheit in der Kinder- und Jugend-Reha

Gloria Metzner¹; Cindy Höhn¹; Edith Waldeck²; Manuela Glattacker¹

¹ Uniklinik Freiburg; ² Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Edelsteinklinik

Hintergrund und Zielstellung

Bisherige Befunde dokumentieren positive Outcomes der Kinder- und Jugend-Reha wie z.B. eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Farin et al., 2012) und eine hohe Zufriedenheit mit der Reha insgesamt (DRV-Bund, 2019). Jedoch beinhalten diese Befunde je nach betrachteter Zieldimension auch Varianz. Zur Vorhersage reha-relevanter Outcomes stellten sich – vor allem im Erwachsenenbereich – das subjektive Krankheitskonzept (KK) und das subjektive reha-bezogene Behandlungskonzept (BK) sowie unerfüllte patient*innenseitige Erwartungen als relevant heraus (Yohannes et al., 2007; Glattacker et al., 2013; Beutel, Bleichner, 1998). Für den Bereich der Kinder-Jugend-Reha sind hierzu bislang kaum Ergebnisse bekannt.

Vor diesem Hintergrund wird die Frage untersucht, welchen Beitrag das KK und reha-bezogene BK sowie die behandlungsbezogene Erwartungserfüllung (EE) zur Vorhersage der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Zufriedenheit von Kindern und Jugendlichen zu Reha-Ende leisten.

Methoden

In einer prospektiven längsschnittlichen Fragebogenerhebung wurden Kinder und Jugendliche (Alter 12-17 Jahren) vor Beginn und am Ende ihrer Reha befragt.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Operationalisierung: DISABKIDS) wurde zu beiden Messzeitpunkten erfasst, die Patient*innenzufriedenheit (Einzel-Item) zu Reha-Ende. Zur Erfassung des KK wurde der YOU-IPQ eingesetzt (Skalen: „Zeitverlauf chronisch-akut“, „Zeitverlauf zyklisch“, „Konsequenzen“, „Persönliche Kontrolle“, „Behandlungskontrolle“, „Kohärenz“, „Identität“, „Emotionale Repräsentation“). Die Operationalisierung des reha-

bezogenen BK erfolgte über den Fragebogen ReBeKon (Skalen: „Erwartungen an Interaktion & Kommunikation“, „Erwartungen an den Behandlungsprozess“, „Erwartungen an Behandlungserfolg und Nachhaltigkeit“, „Erwartungen an die eigene Rolle im Reha-Prozess“). Über die Abfrage der Erfüllung der darin formulierten Erwartungen wurde die EE erfasst.

Die statistischen Analysen umfassten Regressionsanalysen. Der Gesamtscore der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und das Item zur Zufriedenheit bildeten die Kriterien. Die Skalen des KK, BK und der EE dienten als Prädiktoren. Pro Konstrukt (KK, BK, EE) wurden zunächst Vorwärts- und Rückwärtsregressionsanalysen berechnet, um deren Einfluss auf das jeweilige Kriterium zu untersuchen. Die darin bedeutsam gewordenen Skalen gingen dann als Prädiktoren in multiple hierarchische Regressionsanalysen pro Kriterium ein. Dabei wurde für die potentiell konfundierenden Variablen Alter, Geschlecht, gesundheitsbezogene Lebensqualität zu Reha-Beginn (i.S. der Eingangsbelastung) sowie psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10: Kapitel F Diagnosen) kontrolliert.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasste zu Reha-Beginn N = 170 Rehabilitand*innen, die im Mittel 14,3 Jahre alt waren (SD = 1,6), 53,5% waren weiblich. Zu Reha-Ende nahmen N = 100 Kinder und Jugendliche an der Befragung teil.

In den einfachen Regressionen erwiesen sich die KK-Skalen „Identität“ und „Emotionale Repräsentation“ in der Vorhersage der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als bedeutsam. In der multiplen Regression war dieses Ergebnis nicht mehr nachweisbar. Hier zeigten sich lediglich die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu Reha-Beginn und die Diagnosegruppe als relevante Prädiktoren. An der aufgeklärten Gesamtvarianz von 36,2% leistete die Lebensqualität zu Reha-Beginn einen Beitrag von 35,4%.

In den einfachen Regressionen mit dem Kriterium der Zufriedenheit erwiesen sich die EE-Skalen „Erwartungserfüllung an den Behandlungsprozess“ und „Erwartungserfüllung an Behandlungserfolg und Nachhaltigkeit“ als bedeutsam. Dieses Ergebnis blieb auch in der multiplen Regression stabil. Zusätzlich war eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität zu Reha-Beginn und weibliches Geschlecht mit einer höheren Zufriedenheit assoziiert. Die Varianzaufklärung lag bei 53,8 %, wozu die Erwartungserfüllungsskalen einen Beitrag von 39,5% leisteten.

Diskussion und Fazit

Für das Outcome der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnte der Einfluss des KK und reha-bezogenen BK, der im Erwachsenenbereich belegt ist, unter mehrfaktorieller Perspektive nicht nachgewiesen werden. Vielmehr klärte hier die Eingangsbelastung fast die gesamte Varianz auf. Allerdings ergaben sich in den einfaktoriellen Analysen, in denen ausschließlich das KK berücksichtigt wurde, Hinweise auf dessen Relevanz für die gesundheitsbezogene Lebensqualität auch bei Kindern und Jugendlichen.

Im Hinblick auf die Patient*innenzufriedenheit erwies sich die Erfüllung von Erwartungen an den Behandlungsprozess sowie an das Behandlungsergebnis und dessen Nachhaltigkeit als stärkster Prädiktor. Die Relevanz der Erwartungserfüllung zeigte sich auch dann, wenn für die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu Reha-Beginn, soziodemographische sowie krankheitsbezogene Variablen kontrolliert wurde. Dieses Ergebnis unterstreicht die

Bedeutsamkeit patient*innenseitiger Annahmen über die Reha auch im Bereich der Kinder- und Jugend-Reha.

Patient*innenseitige Annahmen und Erwartungen an die Reha sind auch für Outcomes in der Kinder- und Jugend-Reha relevant. Diese subjektiven Konzepte könnten interventionelle Ansatzpunkte für die patientenorientierte Gestaltung des Reha-Prozesses darstellen.

Literatur

Beutel, M., Bleichner, F. (1998). Unzufriedene Patienten. Patientenbeschwerden bei den Kostenträgern in der psychosomatischen Rehabilitation: Inhalte, Behandlungserwartungen, Arzt-Patient-Beziehung. *Psychotherapeut*, 43. 360-368.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2019). Reha-Bericht 2019. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin: DRV-Bund.

Farin, E., Gustke, M, Widera, T., Matthies, S. (2012). Ergebnisqualität in der Kinder-Jugend-Rehabilitation: Resultate eines Projekts zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens. *Gesundheitswesen*, 74. 358-370.

Glattacker, M., Heyduck, K., Meffert, C. (2013). Illness beliefs and treatment beliefs as predictors of short-term and medium-term outcomes in chronic back pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45. 268-276.

Yohannes, A.M., Yalfani, A., Doherty, P., Bundy, C. (2007). Predictors of drop-out from an outpatient cardiac rehabilitation programme. *Clinical Rehabilitation*, 21. 222-229.

Interessenkonflikt: Frau Dr. Edith Waldeck arbeitet für die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Unterstützung von Geschwistern chronisch kranker Kinder – Erste Ergebnisse aus dem Projekt „Starke Geschwister!“

*Melanie Jagla-Franke¹; Leonard Konstanin Kulisch²; Charlotte Sievert¹;
Christa Engelhardt-Lohrke²*

¹ Hochschule Magdeburg-Stendal; ² Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e.V.

Hintergrund und Zielstellung

Kinder und Jugendliche, deren Geschwister eine chronische Erkrankung haben, müssen neben alltäglichen Anforderungen und typischen Entwicklungsaufgaben auch Belastungen bewältigen, die durch die Erkrankung des Geschwisters entstehen (Tröster, 1999); psychische Auffälligkeiten im Sinne internalisierender und externalisierender Probleme wurden von Vermaes und Kolleginnen (2012) beschrieben. Lummer-Aikey und Goldstein (2020) konnten vier große Themen der Geschwisterbegleitung herausarbeiten: krankheitsbezogene Erfahrungen, wie z.B. Zunahme von Verantwortung, psychosoziale Anpassung auf verschiedenen Ebenen, Bewältigung durch soziale Unterstützung und Kommunikation über die Erkrankung.

Das Projekt „Starke Geschwister!“ hat zum Ziel, die Präventionsangebote „Supporting Siblings“ (Kowalewski et al., 2017) und GeschwisterTREFF „Jetzt bin ich mal dran!“ (Engelhardt-Lohrke et al., 2019) zu implementieren und zu evaluieren.

Methoden

Im Jahr 2020 sollten insgesamt sechs Präventionsangebote evaluiert werden. Aufgrund der COVID-19-Pandemie konnten nicht alle Kurse wie geplant stattfinden. Ressourcen, Stressverarbeitung, Lebensqualität sowie Stärken und Schwächen konnten bei N=46 Geschwistern erfasst werden. Diese waren im Mittel 11.0 Jahre alt (SD=2, Spanne: 6-15 Jahre), 66% waren weiblich. N=23 Geschwister konnten wie geplant an einer Intervention teilnehmen (10 Jahre \pm 2, Spanne: 6-13); 65% weiblich); für diese Kinder liegen neben der Baseline-Messung (T0) auch Daten vor, die bis 14 Tage nach Ende der Intervention (T1) sowie 12 Wochen nach Interventionsende (T2) erhoben wurden. Von einem Elternteil wurde die Einschätzung der familiären Belastung erfasst sowie die Fremdbeurteilung von Lebensqualität und Stärken und Schwächen.

Ergebnisse

Die N=46 Geschwister beschrieben im Selbstbericht eine durchschnittliche Lebensqualität, durchschnittliche Werte hinsichtlich der Ressourcen und der emotionsregulierenden Bewältigung, einen grenzwertigen Gesamtwert bezüglich ihrer Stärken und Schwächen sowie erhöhte Werte für die negative und problemlösende Bewältigung.

Die Veränderungsmessung zeigte in Bezug auf die erfassten Konstrukte keine statistisch signifikanten Mittelwertdifferenzen zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt. Zwischen Baseline und Follow-up zeigte eine statistisch signifikante Verbesserung bei den Skalen Selbstwirksamkeit (T0: M=15.26, SD=2.79, T2: M=16.95, SD=2.62, $t(21) = -2.399$, $p = .025$, $d = -0.5$) und Selbstkontrolle (T0: M=14.87, SD=3.11, T2: M=16.54, SD=3.08, $t(20) = -2.064$, $p = .052$, $d = -0.440$).

In den Baseline-Daten der Fremdbeurteilung durch die Eltern beschrieben eine durchschnittliche Lebensqualität sowie ein grenzwertiges Ergebnis für die Stärken und Schwächen. Bezüglich der familiären Belastungen beschrieben die Eltern eine statistisch signifikant höhere Belastung als die Vergleichsgruppe von N=256 Eltern mit chronisch krankem Kind (Eltern: M=2.26, SD=0.57, Vergleich: M=1.93, SD=0.54, $t(293) = 3.529$, $p = .0002$, $d = 0.58$). Für die Veränderungsmessung lagen Daten von N=15 Eltern vor. Zwischen erstem und zweiten Messzeitpunkte ergab sich eine Reduktion des Gesamtwertes der Stärken und Schwächen (T0: M=10.87, SD=6.10, T1: M=8.80, SD=5.94, $t(14) = 3.507$, $p = .003$, $d = 0.91$); zwischen T0 und T2 zeigten sich keine statistisch signifikanten Veränderungen.

Diskussion und Fazit

Das Aufwachsen mit einem chronisch kranken Geschwister kann für die gesunden Geschwister herausfordernd sein und mit Belastungen einhergehen (Tröster, 1999; Vermaes et al., 2012). Primärpräventive Interventionen zur Erhaltung und Stabilisierung der psychischen Gesundheit können hier gut eingesetzt werden.

Das Projekt „Starke Geschwister!“ konnte bisher erste Ergebnisse liefern; diese sind aufgrund des geringen Stichprobenumfangs nicht generalisierbar. Die Interventionen konnten aufgrund

der Covid-19-Pandemie nicht wie geplant durchgeführt werden und im zeitlichen Verlauf kam es zu drop-outs, so dass sich der Stichprobenumfang zum zweiten und dritten Messzeitpunkt verringerte. Es ist davon auszugehen, dass eine Vergrößerung der Stichprobe über alle Messzeitpunkte hinweg zu deutlicheren Ergebnissen führt. Zukünftig sollte neben der Evaluation eine detaillierte Drop-out-Analyse durchgeführt werden.

Literatur

- Engelhardt-Lohrke, C., Kowalewski, K., Spilger, T., & Schepper, F. (2019). GeschwisterTREFF - Jetzt bin ich mal dran Praxishandbuch zur Förderung der Resilienz von Geschwistern chronisch kranker, schwerkranker und/ oder behinderter Kinder (2. Auflage). Augsburg: Bundesverband Bunter Kreis.
- Kowalewski, K., Spilger, T., Podeswik, A., & Hampel, P. (2017). Praxishandbuch SuSi - Supporting Siblings (2. Auflage). Augsburg: Bundesverband Bunter Kreis.
- Lummer-Aikey, S. & Goldstein, S. (2020). Sibling adjustment to childhood chronic illness: An integrative review. *Journal of Family Nursing*, 1-8. DOI: 10.1177/1074840720977177
- Tröster, H. (1999): Sind Geschwister behinderter oder chronisch kranker Kinder in ihrer Entwicklung gefährdet? Ein Überblick über den Stand der Forschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 28. 101-107.
- Vermaes, I.P.R., van Susante, A.M.J. & van Bakel, H.J.A. (2012): Psychological functioning of siblings in families of children with chronic health conditions: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 37. 166-184.

Förderung: Aktion Mensch Stiftung

Entwicklung und Risikofaktoren schlechter subjektiver Arbeitsfähigkeit bei Personen mit Rückenschmerzen im 2-Jahres-Verlauf

Julia-Marie Zimmer¹; David Fauser²; André Golla¹; Nadine Schmitt¹; Matthias Bethge²; Wilfried Mau¹

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

Hintergrund und Zielstellung

Die subjektive Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit über den Work Ability Score (WAS) erfasst die Passung des eigenen Gesundheitszustandes zur Bewältigung der Arbeitsanforderungen und sagt Verrentung wegen Erwerbsminderung (EM) voraus (Fauser et al., 2021). Es ist anzunehmen, dass Personen mit langfristig schlechter subjektiver Arbeitsfähigkeit hinsichtlich ihrer Teilhabe am Erwerbsleben besonders gefährdet sind. Um möglichst frühzeitig intervenieren zu können, stellt sich die Frage, welche Risikofaktoren eine Stagnation auf dieser WAS-Stufe begünstigen. Während in der Allgemeinbevölkerung der Einfluss der Arbeitsbedingungen auf Veränderungen der Arbeitsfähigkeit zu vernachlässigen ist, spielen sie bei vulnerablen Subgruppen mit schlechter Gesundheit eine größere Rolle (Burr et al., 2021).

Welche Bedeutung haben Risikofaktoren (u.a. Arbeitsbedingungen) im Längsschnitt für die weitere Entwicklung schlechter Arbeitsfähigkeit bei Personen mit Rückenschmerzen?

Methoden

Die Daten stammen aus einer DFG-geförderten prospektiven Kohortenstudie (REHAB-BP) mit erwerbstätigen Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Nord und Mitteldeutschland im Alter von 45 bis 59 Jahren ohne Rehabilitation in den letzten vier Jahren und ohne beantragte Erwerbsminderungsrente (Zufallsziehung mit Stratifizierung nach Geschlecht [1:1] und < 7 vs. ≥ 7 Krankengeldtagen im Vorjahr [2:1]) (Fauser et al., 2021). Betrachtet wurden Personen mit Rückenschmerzen, die sich zu zwei Zeitpunkten an der Fragebogenerhebung (T1: 2017, T2: 2019) mit vollständigen Angaben zum WAS beteiligten (Gould et al., 2008). Die Entwicklung des WAS (Kategorien: 0-5 „schlecht“, 6-7 „moderat“, 8-10 „gut/exzellente“) im 2-Jahres-Verlauf wurde in drei Gruppen abgebildet: 1. Stagnation (WAS-Kategorie zu T1 und T2 gleich), 2. Verbesserung (höhere WAS-Kategorie zu T2); 3. Verschlechterung (niedrigere WAS-Kategorie zu T2).

Um zu prüfen, welche Faktoren zu T1 bereits eine stagnierend schlechte Arbeitsfähigkeit (AF--: WAS ≤ 5 zu T1 und T2) vorhersagen, wurde eine logistische Regression mit Rückwärtsselektion berechnet. Als Referenzgruppe dienten Personen, deren schlechte Arbeitsfähigkeit zu T1 sich zu T2 verbessert hatte (AF+: T1 WAS ≤ 5 ; T2 WAS > 5). Hierbei wurden Variablen aus den Bereichen Arbeitsbedingungen, Gesundheit und Gesundheitsverhalten sowie schmerzbezogene Kognition eingeschlossen, berichtet wird das

finale Modell. AF- und AF+ wurden hinsichtlich berichteter einschränkender Gesundheitsprobleme zu T1 mit Chi²- Test verglichen.

Ergebnisse

Die Ausgangsstichprobe umfasst 5.622 Personen mit selbstberichteten Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten vor T1 (52±4 Jahre; 59 % Frauen). Bei 25,3 % der Gesamtstichprobe verschlechterte sich die subjektive Arbeitsfähigkeit zu T2, während sich 16,9 % verbesserten. 57,8 % verblieben in der gleichen Kategorie, darunter 593 Personen mit schlechter Arbeitsfähigkeit zu beiden Zeitpunkten (AF-). Die Referenzgruppe (AF+) umfasste 448 Personen. Der mittlere WAS (SD) verbesserte sich bei AF+ von T1 zu T2 von 3,9 (1,5) auf 7,3 (1,1), während er in AF- von 3,9 (1,4) leicht auf 3,4 (1,7) sank.

AF- gaben häufiger als AF+ als einschränkende Gesundheitsprobleme Arthrose (47,5 % vs. 33,3 %, $p < 0,001$), Bluthochdruck (41,2 % vs. 33,7 %; $p = 0,014$), Magen-Darm-Beschwerden (36,2 % vs. 26,9 %, $p = 0,002$), Depressionen (31,9 % vs. 17,8 %; $p < 0,001$) und Rheuma (19,8 % vs. 11,1 %, $p < 0,001$) an.

Als Risikofaktoren (T1) von stagnierend schlechter Arbeitsfähigkeit (AF-) wurden ein höheres Alter (OR = 1,03, $p < 0,001$), mehr Depressivität (OR = 1,03, $p = 0,025$) und mehr einschränkende Gesundheitsprobleme (OR = 1,16, $p < 0,001$) identifiziert. Eine höhere subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes (OR = 0,86, $p < 0,001$), der schmerzbezogenen Selbstwirksamkeit (OR = 0,98, $p = 0,007$) und der Hilfe von Kollegen (OR = 0,99; $p = 0,012$) zu T1 verringerten das Risiko (Nagelkerkes R² = 0,144; $n=987$).

Diskussion und Fazit

Insgesamt verbleibt ein Großteil der Personen mit Rückenschmerzen nach zwei Jahren auf der gleichen Stufe der Arbeitsfähigkeit nach dem WAS. Personen, deren Arbeitsfähigkeit schlecht blieb, waren körperlich und psychisch bereits zur Ersterhebung stärker belastet. Die wichtige Rolle schmerzbezogener Selbstwirksamkeit für die Arbeitsfähigkeit bei Rückenschmerz-Patient*innen, die sich unabhängig von der Schmerzstärke bereits bei Querschnittsuntersuchungen (Storm, 2019) zeigte, konnte in der vorliegenden Auswertung auch im 2-Jahres-Verlauf bestätigt werden.

Für die untersuchte gefährdete Subgruppe mit bekannt erhöhtem Risiko einer Erwerbsminderungsrente liefern die vorgestellten Daten Hinweise für eine weitere Fokussierung von Maßnahmen zur Förderung der Arbeitsfähigkeit.

Literatur

- Burr, H.; Lange, S.; Freyer, M.; Formazin, M.; Rose, U.; Nielsen, M.L.; Conway, P.M. (2021). Physical and psychosocial working conditions as predictors of 5-year changes in work ability among 2078 employees in Germany. *Int Arch Occup Environ Health*, 1–16.
- Fauser, D.; Zeuner, A.; Zimmer, J.-M.; Golla, A.; Schmitt, N.; Mau, W.; Bethge, M. (2021). Work Ability Score as predictor of rehabilitation, disability pensions and death?. *Work* 2021 (in Druck).
- Gould, R.; Ilmarinen, J.; Järvisalo, J.; Koskinen, S. (Hrsg.) (2008). *Dimensions of work ability*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.

Storm, V. (2019): Bewegungsangstkognitionen, schmerzbezogene Selbstwirksamkeitserwartung und subjektive Arbeitsfähigkeit bei Personen mit Rückenschmerz. Schmerz 33 (4), 312–319.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

Implementierung einer multimodalen Teilhabestrategie für Menschen mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung

Lea Remus; Marei Grope; Matthias Bethge; Stella Lemke

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Das deutsche Sozialrecht bietet Unterstützungsleistungen verschiedener Leistungserbringer und Leistungsträger an. Die Inanspruchnahme erforderlicher Leistungen erfordert jedoch ein hohes Maß an Informiertheit und Kommunikation. Die Auseinandersetzung mit verschiedensten Akteuren wie Rentenversicherungsträgern, Jobcentern, Arbeitgebern oder Psychotherapeuten und die erforderliche Abstimmung zwischen und mit diesen Akteuren kann schnell zur Überforderung führen. Das Modellvorhaben Aktiver Zugang, Beratung und Fallmanagement bei Versicherten mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung (AktiFAME) greift Ansätze koordinierender und begleitender Interventionen zur Bewältigung dieser Herausforderungen auf und erprobt ein Fallmanagement für Menschen, die ein hohes Risiko haben, zukünftig eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen.

Methoden

Die multimodale Teilhabestrategie setzt sich aus vier Modulen zusammen: Screening und postalischer Kontakt, telefonische Beratung, individuelles Erstgespräch und Fallmanagement. Für die Studienimplementierung wurden Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Nord identifiziert, die ein erhöhtes Risiko für eine Erwerbsminderungsrente haben, bislang aber keine Teilhabeleistungen erhielten. Dazu wurden bei der Deutschen Rentenversicherung Nord verfügbare administrative Daten von Personen aus Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern zu einem Risikoindex aggregiert (Bethge et al., 2021). Die Versicherten wurden über die Möglichkeit eines Fallmanagements informiert und bei Teilnahme durch eine Beobachtungsstudie begleitet. Die Fallmanager dokumentierten die Umsetzung der manualisierten Inhalte des Fallmanagements sowie die Beantragung und Bewilligung von Teilhabeleistungen. Die Teilnehmenden wurden am Beginn und Ende des Fallmanagements schriftlich unter anderem zu ihrem Wissen über Teilhabeleistungen und Inhalten des Fallmanagements befragt (Förderung: Bundesförderprogramm rehapro; Studienregistrierung: DRKS00022468; Ethikvotum: 20-237 der Ethik-Kommission der Universität zu Lübeck).

Ergebnisse

Zwischen dem 27.07.2020 und dem 21.01.2021 wurden 1074 Personen mit hohen Risikowerten kontaktiert. Daraus ergaben sich 134 Anrufe von potenziellen Teilnehmenden (12,5 % aller angeschriebenen Personen) und 72 Erstgespräche (53,7 % der telefonischen Erstkontakte). Für 57 Personen wurde ein Fallmanagement eingeleitet (79,2 % der Erstgespräche und 5,3 % der angeschriebenen Personen), von diesen beteiligten sich 36 Personen (63,2 %) an der Befragung am Ende des Fallmanagements.

Von den 57 Personen waren 33,3 % Frauen. Das mittlere Alter betrug 51,5 Jahre (SD = 6,9). 29,8 % berichteten wenigstens zwei ärztlich diagnostizierte Erkrankungen, 42,1 % drei oder vier, 28,1 % mindestens fünf Erkrankungen. Als häufigste Erkrankungen wurden Muskel-Skelett-Erkrankungen (71,9 %) und psychische Beeinträchtigungen (43,9 %) genannt.

Im Fallmanagement wurden mit 44 der 57 Teilnehmenden (77,2 %) Teilhabeleistungen beantragt, überwiegend auf medizinische Rehabilitation (36 von 44 Anträgen). Von den 36 Anträgen wurden 29 bewilligt und vier wurden abgelehnt. Bei drei Anträgen liegen keine abschließenden Informationen vor. Mit acht Teilnehmenden wurden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt. Fünf Anträge wurden bewilligt.

In den Telefongesprächen wurden 72,5 % und in den Erstgesprächen 88,7 % der manualisierten Inhalte umgesetzt. Für das Fallmanagement wurde die Umsetzung von lediglich 45,2 % der vereinbarten Inhalte dokumentiert. Unzureichend war insbesondere die Bedarfsanalyse und die Wiedervorlage der Zielvereinbarung ausgewiesen. Im Mittel dauerten die Fallmanagements 188 Tage (SD = 88,9).

Von den 36 Teilnehmenden, die an beiden Befragungen teilgenommen haben, waren 32 zu beiden Zeitpunkten erwerbstätig (89 %), drei Personen waren bei der zweiten Erhebung nicht mehr erwerbstätig. Vier Personen wechselten von einer Vollzeittätigkeit in eine Teilzeittätigkeit und drei von einer Teilzeittätigkeit in eine Vollzeittätigkeit.

Während der Begleitung im Fallmanagement steigerte sich das Wissen über medizinische Rehabilitation sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder an der Gesellschaft um jeweils einen Skalenpunkt und mehr (0 bis 5 Punkte; alle $p < 0,001$), über unterhaltssichernde um einen halben Skalenpunkt (0 bis 5 Punkte; alle $p < 0,032$).

Aus Teilnehmersicht wurden Themen wie Unterstützung bei Anträgen (94,4 %), Arbeitsfähigkeit (100 %), Leistungen und deren Beantragung (97,1 %) und die Erfassung von Problemen/Bedürfnissen (97,2 %) im Fallmanagement besprochen und/oder umgesetzt. 94,5 % der Teilnehmenden empfanden ihre Teilnahme am Fallmanagement als lohnenswert. 91,7 % erlangten durch das Fallmanagement Wissen darüber, wie sie sich zukünftig schneller Hilfe organisieren können. 91,6 % gaben an, durch die Unterstützung der Fallmanager ihre gesundheitlichen Probleme besser einordnen zu können.

Diskussion und Fazit

Unser Modellvorhaben hat eine neue Strategie implementiert, um die Teilhabe von Personen zu unterstützen, die ein hohes Risiko für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente haben. Die Teilnehmenden des Fallmanagements empfanden die Teilnahme als lohnenswert und waren nach Abschluss des Fallmanagements deutlich informierter über Teilhabeleistungen. Mehr als jede zweite teilnehmende Person bekam eine Teilhabeleistung (medizinische oder

berufliche Rehabilitation) bewilligt. Die Modellkomponenten wurden überwiegend zufriedenstellend umgesetzt. Die unzureichende Dokumentation einzelner obligatorischer Fallmanagementkomponenten wurde besprochen. Die Fallmanager werden während der Hautstudie regelmäßig Feedback zu den von ihnen dokumentierten Inhalten erhalten. Die Wirksamkeit der Gesamtstrategie wird nun in einer randomisierten kontrollierten Studie getestet (DRKS00024648; <https://www.aktivame.de/>).

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. 376-82.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Inanspruchnahme der stationären Rehabilitation während der Covid-19-Pandemie. Ergebnisse aus der Schweizer Qualitätssicherung Rehabilitation

Manuela Marquardt¹; Stefanie Köhn¹; Luise Menzi²; Anna Schlumbohm¹; Karla Spyra¹

¹ Charité – Universitätsmedizin Berlin;

² Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)

Hintergrund und Zielstellung

Die Covid-19-Pandemie führte zu Belastungen im gesamten Gesundheitswesen, die auch den Rehabilitationssektor betreffen. Für Deutschland liegt bereits eine Studie zum Rückgang der Reha-Antragszahlen vor (Bethge et al., 2021). Daten zu Veränderungen der tatsächlichen Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen im Jahr 2020 wurden bislang nicht publiziert. Folgende Faktoren beeinflussten die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen zu Beginn der Corona-Pandemie in Deutschland wesentlich: Die Verschiebung elektiver Eingriffe im akutstationären Bereich führte zu einer geringeren Weitervermittlung von Patient:innen in die Rehakliniken. Das stationäre Heilverfahren wurde vorübergehend eingestellt, Einrichtungen wurden zeitweise teilweise oder komplett geschlossen und Rehakliniken ersatzweise für die Versorgung von akutstationären Patient:innen genutzt (Osterloh, 2020; Rick, 2020; Weissinger, 2020).

Auch in der Schweiz erfolgte im Zeitraum von Mitte März bis Ende April 2020 ein pandemiebedingter „Lockdown“ mit zahlreichen Einschränkungen des öffentlichen Lebens sowie einer Reduktion von elektiven Eingriffen in der Akutversorgung. Ziel dieses Beitrags ist eine Beschreibung der Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsmaßnahmen in der Schweiz. Dabei wird der Frage nachgegangen, ob sich im ersten Pandemiejahr 2020 im zeitlichen Verlauf Unterschiede im Vergleich zum Vorjahr bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen erkennen lassen.

Methoden

Die vorliegende Analyse basiert auf Daten des Schweizer Qualitätssicherungsprogramms für die stationäre Rehabilitation, welches durch den ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) getragen wird. Verglichen werden Eintrittsdaten in die Rehabilitation nach Monat (2019 und 2020) insgesamt und stratifiziert nach Rehabereichen. Für die Zuordnung zu den Jahren ist das Rehaende maßgeblich, welches zwischen dem 01.01. und 31.12. des jeweiligen Jahres liegt. Zur besseren Vergleichbarkeit der Stichproben wurden nur diejenigen Kliniken eingeschlossen, die in beiden Jahren patientenbezogene Basisdaten der medizinischen Statistik geliefert haben. Eingeschlossen wurden 165.135 Fälle (2019: 83.382; 2020: 81.753) aus 96 Kliniken.

Ergebnisse

In der Stichprobe wurden in der jahrweisen Betrachtung im Jahr 2020 etwa 2% weniger Rehabilitationsmaßnahmen begonnen als 2019. Die Aufnahmezahlen unterscheiden sich jedoch nach Rehabereichen. Am stärksten nahmen die Aufnahmen in der kardiologischen (-11,6%), paraplegiologischen (9,6%), onkologischen (-7,4%) und muskuloskelettalen (-4,4%) Reha im Jahresvergleich ab. In der pulmonalen (+1,7%), internistischen (+2,8%) und geriatrischen (+3,5%) Reha stiegen die Aufnahmen an. Die Jahresstichproben unterscheiden sich hinsichtlich Alter und Geschlecht größtenteils nur geringfügig. Im Jahr 2020 stieg das mittlere Alter auf 72,3 Jahre (SD: 14,5) und der Frauenanteil sank um knapp einen Prozentpunkt auf 54,7% (2019: Alter 72,0 SD: 14,7; Frauen 55,6%). Differenziert nach Rehabereich zeigen sich die Unterschiede hinsichtlich dieser Stichprobenmerkmale am ausgeprägtesten in der kardiologischen, pulmonalen und paraplegiologischen Rehabilitation (vgl. Tabelle 1).

Tab. 1: Stichprobenmerkmale nach Reha-Bereich

		Alter		Frauen	n	Differenz Rehafälle
		mean	SD	Anteil		
Gesamt	2019	72,0	14,7	55,6%	83.382	
	2020	72,3	14,5	54,7%	81.753	-2,0%
Geriatrische Reha	2019	82,9	7,6	62,8%	20.689	
	2020	82,9	7,6	62,2%	21.422	3,5%
Internistische Reha	2019	69,9	12,8	48,3%	5.319	
	2020	69,4	12,8	47,8%	5.466	2,8%
Kardiologische Reha	2019	68,9	11,6	32,1%	7.144	
	2020	68,5	11,8	30,0%	6.312	-11,6%
Muskuloskelettale Reha	2019	71,3	14,2	63,3%	27.893	
	2020	71,5	13,9	62,5%	26.664	-4,4%
Neurologische Reha	2019	66,5	15,4	45,7%	12.885	
	2020	67,0	15,0	44,0%	12.596	-2,2%
Onkologische Reha	2019	67,7	12,1	51,7%	1.281	
	2020	68,0	12,2	52,4%	1.186	-7,4%
Paraplegiologische Reha	2019	54,8	16,7	34,8%	1.023	
	2020	57,0	17,0	32,8%	925	-9,6%
Psychosomatische Reha	2019	50,6	13,0	64,2%	3.103	
	2020	51,2	13,8	64,3%	3.067	-1,2%
Pulmonale Reha	2019	69,0	11,3	47,1%	4.045	
	2020	68,2	11,3	43,5%	4.115	1,7%

Eine monatsweise Betrachtung der Aufnahmezahlen in der Gesamtstichprobe zeigt für 2020 im Vergleich zu 2019 die stärksten Rückgänge in den Monaten April (-35,7%) und Mai (-16,1%) sowie weitere geringfügige Rückgänge im Oktober (-0,5%) und November (-4,7%) (vgl. Abbildung 1). Auch hier unterscheiden sich die Zahlen nach Rehabereichen stark: Die muskuloskelettale Rehabilitation hat den stärksten Aufnahmerückgang im Monat April (-59,0%), gefolgt von der kardiologischen (35,9%) und pulmonalen (35,8%) Rehabilitation, jeweils im April. Die übrigen Rehabereiche bewegen sich für den April bei minus 20-30% mit Ausnahme der internistischen Rehabilitation, die lediglich einen Rückgang von -9,4% zu verzeichnen hatte. In den meisten Rehabereichen ist während der Sommermonate ein geringfügiger Anstieg der Aufnahmen im Vergleich zu 2019 zu verzeichnen, mit Ausnahme der onkologischen, paraplegiologischen und kardiologischen Rehabilitation, welche auch für das Gesamtjahr die stärksten Rückgänge bei den Aufnahmezahlen aufweisen. In den Herbstmonaten zeichnet sich in den meisten Rehabereichen ein erneuter Rückgang der Rehaantritte ab, allerdings geringer als im Frühjahr. Lediglich in der geriatrischen, internistischen und pulmonalen Rehabilitation liegen die Aufnahmezahlen auch in diesen Monaten über den Referenzwerten des Vorjahres.

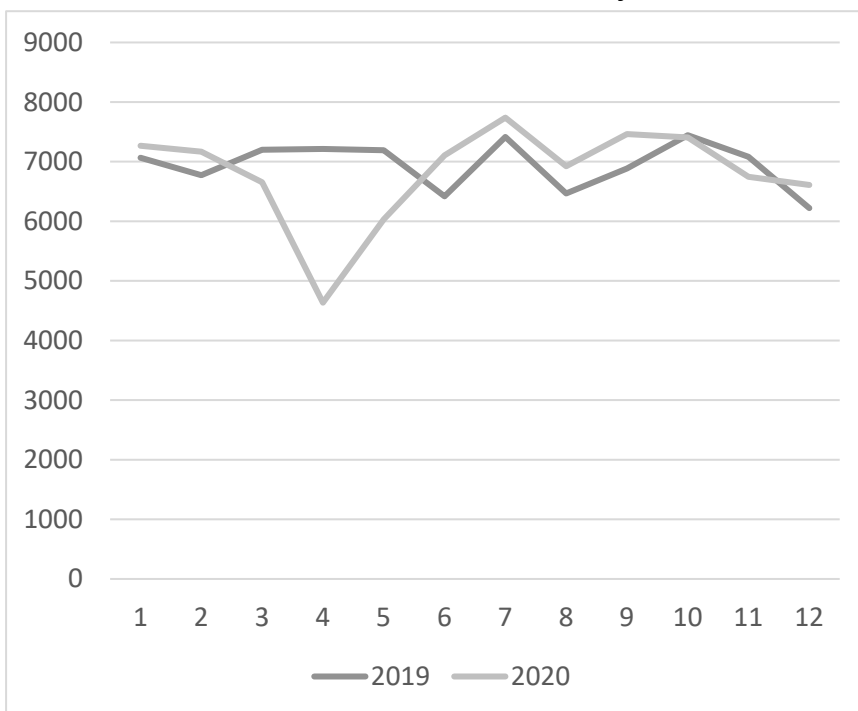


Abb. 1: Rehabilitationsaufnahmen nach Monat

Diskussion und Fazit

Der Rückgang der Inanspruchnahme von stationären Rehabilitationsmaßnahmen in der Schweiz während der Covid-19-Pandemie liegt insgesamt bei ca. 2%. Die Analyse auf Basis von Versorgungsdaten zeigt ein im Jahresverlauf und nach Rehabereichen differenziert sehr bewegtes Geschehen im Schweizerischen Rehabilitationssystem. Es ist ein deutlicher, leicht verzögerter Zusammenhang zur 1. Welle der Covid-19-Pandemie, die auch in der Schweiz durch einschneidende Lockdown-Maßnahmen gekennzeichnet war, zu erkennen.

Diese Befunde können durch tiefergehende Analysen, die sozialmedizinische und behandlungsbezogenen Indikatoren miteinschließen, erweitert werden. Hier können Erkenntnisse zu einer möglichen Veränderung der Klientel in Rehabilitationskliniken im

Pandemiejahr 2020 gewonnen werden. Darüber hinaus werden die Daten des zweiten Pandemiejahres 2021 weitere interessante Befunde zur Auswirkung der Covid-19-Pandemie auf das Rehabilitationssystem liefern.

Literatur

- Bethge, M., Fauser, D., Zollmann, P., Streibelt, M. (2021). Reduced Requests for Medical Rehabilitation Because of the SARS-CoV-2 Pandemic: A Difference-in-Differences Analysis. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.
- Osterloh, F. (2020). Coronavirus: Krankenhäuser verschieben planbare Eingriffe. Dtsch Arztebl 117: 12.
- Rick, O. (2020). Rehabilitation in Zeiten von COVID-19. InFo Hämatologie+ Onkologie 23(9): 18-22.
- Weissinger, V. (2020). Übersicht über Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Versorgungs- und Behandlungssystem für suchtkranke Menschen. Sucht.

Förderung: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)

Interviews mit Hausärzten/-innen – Zufriedenheit, Nutzen und Verbesserungspotenziale im rehapro-Modellprojekt „Ü35 Gesundheitscheck mit WAI“

*Lea Raiber; Christina Kaltenbach; Marina Jost; Rainer Kaluscha; Theresa Kölle;
Lena Tepohl
IFR Ulm*

Hintergrund und Zielstellung

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat gemäß dem Grundsatz „Prävention vor Reha vor Rente“ zum Ziel, berufsbedingte Belastungen frühzeitig zu identifizieren und ihnen mit geeigneten Maßnahmen zu begegnen, um das Risiko einer Erwerbsunfähigkeit zu minieren. Die jährlich neu bewilligten Erwerbsminderungsrenten (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2020a, 2020b) sowie der kontinuierliche Anstieg der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund von Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit [2] lassen vermuten, dass bisher präventive Potenziale unzureichend ausgeschöpft werden.

Im rehapro-Modellprojekt wurde der bereits bestehende Ü35-Gesundheitscheck der gesetzlichen Krankenversicherung um den Work Ability Index (WAI) Fragebogen als Screening-Instrument des Ü45-Gesundheitschecks der DRV ergänzt und in teilnehmenden Hausarztpraxen als kombinierter Gesundheitscheck angeboten. Die Hausärzte/-innen wurden aufgrund ihrer langjährigen Arzt-Patienten-Beziehung als Gatekeeper identifiziert und eingebunden. Gleichzeitig waren die beruflichen Belastungen bisher im Regelfall kein Bestandteil der angebotenen Gesundheitschecks. Vor diesem Hintergrund wurden durch ein WAI-Modul berufs- und arbeitsplatzbezogene Fragestellungen in den kombinierten Gesundheitscheck mit einbezogen und somit in die hausärztliche Praxis integriert.

Ein Ziel der Evaluation des rehapro-Modellvorhabens ist es, Zufriedenheit, Nutzen und Veränderungsbedarfe aus Sicht der beteiligten Hausärzte/-innen zu identifizieren.

Methoden

Im Jahr 2021 wurden im Rahmen der formativen Evaluation des „Ü35 Gesundheitschecks mit WAI“ leitfadengestützte, halbstandardisierte Interviews mit den am Modellprojekt beteiligten Hausärzten/-innen geführt. Die Interviews wurden aufgrund der COVID-19-Pandemie teilweise telefonisch durchgeführt. Um eine inhaltsanalytische Auswertung zu ermöglichen, wurden die geführten Interviews durch eine einfache Transkription verschriftlicht. Die Auswertung erfolgte nach Kuckartz als inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018) und wurde computergestützt mit der Software MAXQDA Version 2018 vorgenommen.

Anhand des vorliegenden Interviewleitfadens wurden zunächst thematische Kategorien gebildet (deduktiv). Darauf aufbauend wurden am Material entlang weitere Kategorien entwickelt (induktiv) und ausdifferenziert. Induktive und deduktive Kategorien wurden anschließend in eine hierarchische Ordnung mit Haupt- und Subkategorien gebracht. Um das Textmaterial den richtigen Kategorien zuzuordnen, wurde ein fester Kodierleitfaden für Haupt- und Subkategorien (Definition, Ankerbeispiel, Kodierregel) definiert. Zur Analyse und Ergebnisaufbereitung wurde eine kategoriebasierte Auswertung entlang der Hauptkategorien gewählt und durch fallbezogene thematische Zusammenfassungen ergänzt.

Ergebnisse

An den Interviews nahmen vier Ärzte/-innen aus den fünf am Modellprojekt beteiligten Hausarztpraxen teil. Die Ärzte/-innen waren zwischen 11 und 27 Jahre in der Medizin tätig und verfügten über einen Facharzt der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin oder einer Kombination. Als Zusatzqualifikation wurde u.a. Palliativmedizin, Diabetologie oder Notfallmedizin angegeben. Die Anzahl der durchgeführten kombinierten Gesundheitschecks variierte deutlich von weniger als 10 bis zu etwa 100 im einjährigen Projektzeitraum.

Aus der Analyse ging ein Kategoriensystem mit 9 Haupt- und 25 Subkategorien hervor, wobei folgende Ergebnisse nur einen Auszug darstellen. Einheitlich wurde von den Ärzten/-innen ein großer Bedarf für das Thema Erwerbsfähigkeit als präventive Komponente in einem Gesundheitscheck kommuniziert. Arbeitsplatzbezogene Problemlagen bzw. Auswirkungen psychischer oder körperlicher Probleme wurden durch die Integration des Themas sowohl für den Patienten/die Patientin als auch für den Arzt/die Ärztin nochmals bewusster. Hierbei wurde überwiegend ein Nutzen für alle Patienten/-innen gesehen, da der Bedarf für diese Thematik meist nicht an bestimmten Berufs- oder Personengruppen festgemacht werden konnte.

Der WAI als eingesetztes Screening-Instrument wurde kontrovers bewertet. Einerseits wurde der WAI als sinnvolles Werkzeug beschrieben, das neue bzw. bisher unbeachtete Aspekte in den Gesundheitscheck einbringt und damit eine sinnvolle Ergänzung darstellt. Andererseits wurde der WAI teilweise in seiner Anwendung (u.a. Auswertung) und Umsetzung kritisch dargestellt.

Als wesentliche Schwierigkeit wurde von hausärztlicher Seite der bürokratische Aufwand gesehen. Das heißt, nicht die konkrete Durchführung des kombinierten Gesundheitschecks

wurde als große Hürde im Praxisalltag beschrieben, sondern die ggf. notwendige Zeit zur Beantragung von Präventions-/Rehabilitationsleistungen der DRV für den Patienten/die Patientin. Grundsätzlich sprachen sich die Ärzte/-innen für eine Integration des kombinierten Gesundheitschecks in die Regelversorgung aus. Sie bewerteten insbesondere die Kombination als spezifisches Potenzial und eine Entkoppelung des Angebots wurde überwiegend als unrealistisch für die Praxis eingeschätzt.

Diskussion und Fazit

Die Studienergebnisse liefern wichtige Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung des „Ü35 Gesundheitschecks mit WAI“. Die Befunde legen zum einen nahe, dass das Thema Erwerbsfähigkeit im Gesundheitscheck von den Hausärzten/-innen mit großer Relevanz bewertet wird. Zum anderen muss der WAI als Screening-Instrument kritisch diskutiert werden. Zur Etablierung eines kombinierten Gesundheitschecks in der Praxis sind dahingehend weitere Forschungsarbeiten notwendig.

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2020a). Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2021. URL:https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/erwerbsminderungsrenten_zeitablauf_2021.pdf?__blob=publicationFile&v=7, Abruf: 12.10.2021.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2020b). Reha-Atlas 2020. Die Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung in Zahlen, Fakten und Trends. URL:https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Rehaatlas/2020/rehaatlas_2020_download.pdf?__blob=publicationFile&v=3, Abruf: 12.10.2021.
- Kuckartz, U. (2018). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Subjektive Erwerbsprognose als Indikator für Rehabilitationsbedarf bei Personen mit Rückenschmerzen: Ergebnisse einer Längsschnittanalyse

David Fauser¹; Julia-Marie Zimmer²; André Golla²; Nadine Schmitt²; Wilfried Mau²; Matthias Bethge¹

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

Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland ist die Bewilligung von Rehabilitationsleistungen an persönliche Voraussetzungen geknüpft, darunter an eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit aufgrund von Krankheit. Ein möglicher Indikator für eine solche Gefährdung ist die von Mittag et al. (2003) vorgeschlagene 3-Item-Skala zur subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala), deren prognostische Relevanz für Rückkehr in Arbeit und langfristige

Erwerbsbeteiligung in Kohortenstudien bestätigt wurde (Mittag et al., 2006; Mittag et al., 2007). Die Ergebnisse zur Validierung dieser Skala beruhen hauptsächlich auf einer Stichprobe, die vor 20 Jahren erhoben wurde. In diesen Studien wurden allgemeine Stichproben berücksichtigt, bislang ist allerdings unklar, wie genau die SPE-Skala Rehabilitationsbedarf bei Menschen mit vorhandenen Gesundheitsproblemen vorhersagen kann. Unsere Kohortenstudie untersuchte daher, inwiefern Rehabilitationen und Erwerbsminderungsrenten durch die SPE-Skala bei Beschäftigten mit Rückenschmerzen vorhergesagt werden können. Zudem wurde die Assoziation zwischen der SPE-Skala und unterbrochener Beschäftigung getestet.

Methoden

Die Daten der Kohortenstudie wurden im Rahmen einer prospektiven Beobachtungsstudie erhoben (Fauser et al., 2021; Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00011554). In dieser Studie wurde zunächst eine Zufallsstichprobe von 45.000 Personen zu gleichen Teilen aus den Versichertenkonten der Deutschen Rentenversicherung Nord und Mitteldeutschland gezogen. Eingeschlossen wurden erwerbstätige Personen (45 bis 59 Jahre), die in den vorangegangenen vier Jahren keine Rehabilitation beantragt oder in Anspruch genommen, bisher keinen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt hatten und in den letzten drei Monaten Rückenschmerzen berichteten. Die subjektive Erwerbsprognose wurde im Jahr 2017 mit der 3-Item-SPE-Skala erfasst (0 bis 3 Punkte) (Mittag et al., 2003). Daten zu Rehabilitationen, Erwerbsminderungsrenten und unterbrochener Beschäftigung umfassten den Zeitraum bis Ende 2018 und wurden aus den Versichertenkonten der Rentenversicherungsträger extrahiert. Eine unterbrochene Beschäftigung lag vor, wenn im 12. Monat nach der Fragebogenerhebung in 2017 oder den vorangegangenen zwei Monaten keine Beiträge aufgrund sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung dokumentiert waren. Die Zusammenhänge wurden mittels proportionaler Hazardmodelle und logistischer Regression getestet. Zur Adjustierung potenziell konfundierender Variablen wurden Kovariaten zu Soziodemografie, Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand in den Modellen berücksichtigt.

Ergebnisse

Für die Analyse wurden Daten von 6.742 Personen berücksichtigt (57,8 % weiblich). 38,8 %, 33,6 %, 21,4 % und 6,2 % der eingeschlossenen Personen hatten einen SPE-Wert von 0, 1, 2 bzw. 3 Punkten. Im Beobachtungszeitraum wurde 535 Personen eine Rehabilitationsleistung und 49 Personen eine Erwerbsminderungsrente bewilligt. Die absoluten Risiken für eine Rehabilitation betragen 4,8 %, 6,7 %, 12,4 % und 18,4 %, für eine Erwerbsminderungsrente 0,2 %, 0,4 %, 0,8 % und 5,6 % bei Personen mit einem SPE-Wert von 0, 1, 2, bzw. 3 Punkten (Abb. 1). Das Risiko für eine unterbrochene Beschäftigung betrug 3,8 %, 5,0 %, 10,0 % und 17,1 % bei einem SPE-Wert von 0, 1, 2 bzw. 3 Punkten. Vollständig adjustierte Analysen zeigten ein erhöhtes Risiko für eine Rehabilitation bei Beschäftigten mit einer SPE von 3 Punkten (HR = 2,20; 95 % KI 1,55 bis 3,11) und 2 Punkten (HR = 1,76; 95 % KI 1,33 bis 2,31) im Vergleich zu Personen mit einer SPE von 0 Punkten. Das Risiko einer Erwerbsminderungsrente (HR = 13,60; 95 % KI 4,56 bis 40,57) und die Wahrscheinlichkeit für eine unterbrochene Beschäftigung (OR = 2,58; 95 % KI 1,72 bis 3,86) war für diejenigen mit einer SPE von 3 Punkten ebenfalls signifikant erhöht.

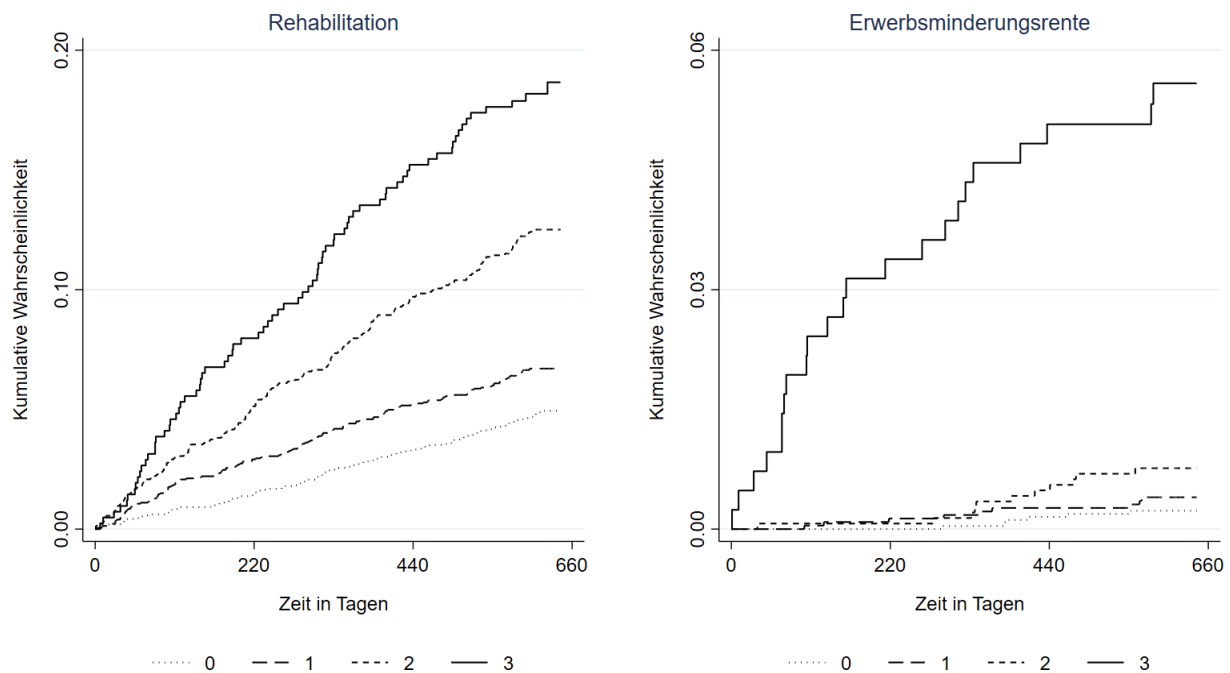


Abb. 1: Kumulative Wahrscheinlichkeit für Rehabilitation und Erwerbsminderungsrente anhand der subjektiven Erwerbsprognose (0-3 Punkte) (n = 6.742).

Diskussion und Fazit

Erwerbstätige mit einem SPE-Wert von 3 Punkten haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation, Beantragung einer Erwerbsminderungsrente und für eine Unterbrechung von Beschäftigung auch nach Adjustierung relevanter Kovariaten. Zusammengefasst bestätigen die Ergebnisse frühere Erkenntnisse zur Reliabilität und Validität der SPE-Skala (Mittag et al., 2006; Mittag et al., 2007) für eine Gruppe mit potentiell Rehabilitation bedürftig, d. h. Erwerbstätige im Alter von 45-59 Jahren mit selbstberichteten Rückenschmerzen. Die SPE-Skala kann Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich bei der Klärung unterstützen, ob Rehabilitation bedürftig oder vorliegt.

Literatur

- Fauser, D., Schmitt, N., Golla, A., Zimmer, J.M., Mau, W., Bethge, M. (2021). Effectiveness of medical rehabilitation in persons with back pain – lessons learned from a German cohort study. *Disability and Rehabilitation*. Doi: 10.1080/09638288.2021.1979110
- Mittag, O., Meyer, T., Glaser-Möller, N., Matthis, C., Raspe, H. (2006). Vorhersage der Erwerbstätigkeit in einer Bevölkerungsstichprobe von 4.225 Versicherten der LVA über einen Prognosezeitraum von fünf Jahren mittels einer kurzen Skala (SPE-Skala). *Gesundheitswesen*, 68. 294-302.
- Mittag, O., Meyer, T., Glaser-Möller, N., Matthis, C., Raspe, H. (2007). Prädiktoren der Reha-Antragstellung in einer Bevölkerungsstichprobe von 4.225 Versicherten der Arbeiterrentenversicherung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 77. 161-166.

Mittag, O., Raspe, H. (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4.279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Rehabilitation*, 42. 169-174.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

Zusammenhang zwischen dem Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR) und Berufen: Gibt es besonders gefährdete Berufsgruppen?

Marco Streibelt¹; Matthias Bethge²; David Fauser²; Pia Zollmann¹

¹ Deutsche Rentenversicherung Bund; ² Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Jährlich werden etwa 370.000 neue Anträge auf Erwerbsminderungsrente (EMR) gestellt, von denen rund 180.000 bewilligt werden (DRV, 2021). Der EMR-Zugang ist bis auf wenige Ausnahmen mit einem hohen Risiko des permanenten Ausscheidens aus dem Arbeitsmarkt und einem hohen Armutsrisiko assoziiert (Märtin und Zollmann, 2013). Um besonders gefährdete Personengruppen frühzeitig zu identifizieren und auf alternative Leistungsmöglichkeiten hinzuweisen, wurde der Risikoindex EM-Rente (RIEMR) konstruiert. Hierfür wurden Informationen aus den Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung (DRV), die einen zukünftigen EMR-Zugang vorhersagen, auf Basis einer repräsentativen 1%-Stichprobe aller aktiv Versicherten der DRV in einem Indexwert zusammengefasst. Mit dem RIEMR lassen sich etwa 75 bis 80 % aller Versichertenverläufe der nächsten 5 Jahre korrekt vorhersagen (Bethge et al., 2021).

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, ob durch den RIEMR auch besonders gefährdete Berufe bzw. Berufsgruppen und damit eher generalisierte EMR-Risiken identifizierbar sind.

Methoden

Für die Analysen wurden die Daten aktiv Versicherter ohne Rentenbezug am Ende des Jahres 2019 mit gültiger Angabe zur aktuellen Tätigkeit ($n = 36.623.282$) nach der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB; Bundesagentur für Arbeit, 2011) und hohem RIEMR (≥ 60 Punkte; $n = 2.522.926$) berücksichtigt. Für die Ergebnisdarstellung berichten wir alters- und geschlechtsstandardisierte Raten für einen hohen RIEMR pro 10.000 Versicherte.

Die Raten für einen hohen RIEMR wurden zunächst deskriptiv für die Gesamtstichprobe sowie nach Frauen und Männern für die 14 Berufssegmente der KldB 2010 dargestellt. Zudem analysierten wir den Zusammenhang zwischen einem hohen RIEMR und dem Anforderungsniveau der Berufe (Helfer, Fachkraft, Spezialist und Experte) nach der KldB 2010. Abschließend wurden die Raten für einen hohen RIEMR für Berufsuntergruppen (4-Steller) der KldB 2010 mit hohen und niedrigen Fehlzeiten im AOK-Fehlzeitenreport 2020 (Meyer et. al, 2020) analysiert.

Ergebnisse

Die Rate für ein hohes EMR-Risiko lag bei 773 pro 10.000 Versicherte (Frauen: 826; Männer: 725). Die Analyse nach Berufssegmenten zeigte eine hohe Varianz. Reinigungsberufe (RIEMR-Rate: 1.175), Sicherheitsberufe (1.150) und Berufe aus dem Lebensmittel- und Gastgewerbe (1.123) besitzen die höchsten Risikoraten; Unternehmensbezogene Dienstleistungen (486), Berufe in der Unternehmensführung (464) und IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungen (324) sind Berufssegmente mit den geringsten Risikoraten. Die Durchschnittsraten schwanken mit bis zu 52 % nach oben und bis zu 58 % nach unten um die mittlere Rate. Bei Frauen ist die Schwankung etwas geringer.

Es lässt sich ein deutlicher Zusammenhang der RIEMR-Rate für hohes Risiko und dem Anforderungsniveau der Berufe feststellen (Relative Risiken (RR) im Vergleich zu Experte, Abb. 1). Insbesondere bei den Männern kann für die vier Niveaugruppen von einer Dosis-Wirkungs-Beziehung gesprochen werden. Bei den Frauen ist dieser Zusammenhang in den beiden höheren Niveaugruppen weniger stark nachweisbar.

Die Berufe mit den höchsten dokumentierten Fehlzeiten im AOK-Fehlzeitenreport weisen mit 872 bis 1.294 Personen pro 10.000 Versicherte zwischen 13 % und 67 % höhere Raten auf als der Durchschnitt, während die Berufe mit den geringsten Fehlzeiten zwischen 65 % und 85 % geringere RIEMR-Raten besitzen. Auch hier ist der Unterschied der Frauen in Berufen mit geringen dokumentierten Fehlzeiten weniger stark ausgeprägt als bei den Männern.

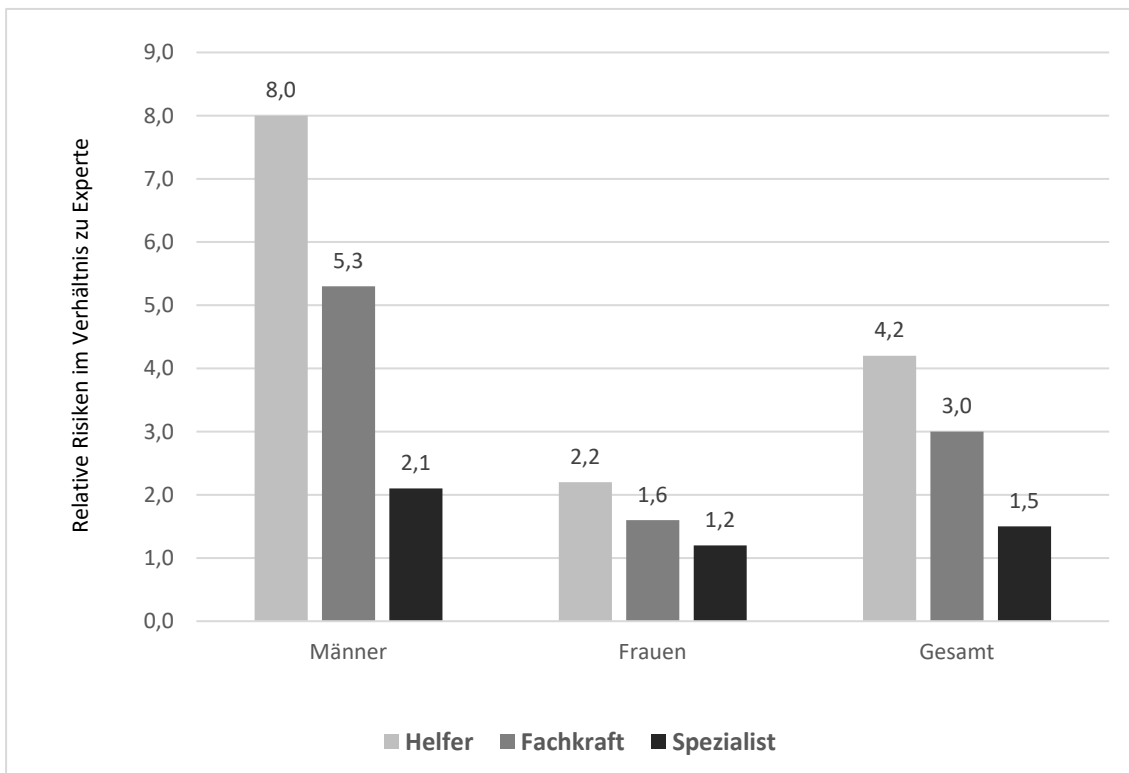


Abb. 1: Relative Risiken (RR) der altersstandardisierten Raten eines hohen Erwerbsminderungsrisikos verschiedener Anforderungsniveaus (im Verhältnis zu „Experte“)

Diskussion und Fazit

Die Analyse zeigt deutliche Unterschiede im EMR-Risiko, die plausibel in Bezug auf das bisherige Erfahrungswissen sind und in die erwartete Richtung gehen: Berufe mit einem hohen Kompetenzniveau und höheren Handlungsspielräumen weisen die geringsten

Risikoraten auf; Berufe mit einem geringen Kompetenzniveau und geringeren Handlungsspielräumen besitzen die höchsten Risikoraten. Interessant, aber bislang unklar ist der offensichtlich systematische Unterschied zwischen den Geschlechtern: In Berufsgruppen mit generell geringeren EMR-Risiken besitzen Frauen weitaus höhere EMR-Raten als Männer.

Die Analyse zeigt insgesamt, dass der RIEMR in der Lage ist, generalisierte gruppenbezogene Erwerbsminderungsrisiken abzubilden. Dies versetzt die Deutsche Rentenversicherung in die Lage, beispielsweise durch die Fokussierung auf bestimmte Berufsgruppen noch besser und bedarfsorientierter ihre Leistungen anzubieten, um damit individuelle EMR-Risiken noch besser abzufedern.

Literatur

Bethge, M., Spanier, K., Streibelt, M. (2021). Using administrative data to assess the risk of permanent work disability: a cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31. 376-382.

Bundesagentur für Arbeit. (2011). *Klassifikation der Berufe 2010 – Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.

Deutsche Rentenversicherung (2021). *Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2021*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Märting, S., Zollmann, P. (2013). Erwerbsminderung - ein erhebliches Armutsrisiko. *Empirische Befunde zur sozioökonomischen Situation von Personen mit Erwerbsminderung*. Informationsdienst soziale Indikatoren, 49. 1-5.

Meyer, M., Wiegand, S., Schenkel, A. (2020). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2019. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2020*. Berlin: Springer. 365-443.

Interessenkonflikt: Marco Streibelt und Pia Zollmann sind Mitarbeitende der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Einfluss des regionalen Arbeitsmarktes auf das Return to Work nach medizinischer Rehabilitation

Christian Hetzel¹; Sarah Leinberger²; Rainer Kaluscha²

¹ Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln; ² IFR Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Das Return to work (RTW) hängt nicht nur von der Qualität der Rehabilitationsleistungen ab, sondern auch von Personen- und Kontextmerkmalen. Dieser naheliegende Befund ist jedoch konzeptionell und empirisch uneinheitlich abgesichert (Echarti et al., 2020; Hetzel & Streibelt 2016; Reims & Tophoven 2018; Kaluscha et al., 2013). Dies trifft insbesondere auf den Einfluss des regionalen Arbeitsmarktes auf das RTW nach medizinischer Rehabilitation zu – für den Indikationsbereich Depression wird dies sogar explizit eingefordert (Ervasti et al. 2017). Anhand administrativer Daten soll der Einfluss der regionalen Arbeitslosenquote auf das RTW nach medizinischer Rehabilitation für Orthopädie und Psychosomatik ermittelt werden:

- Hypothese (H) 1: Eine höhere regionale Arbeitslosenquote senkt das RTW.
- H2: Der Haupteffekt der regionalen Arbeitslosenquote ist unabhängig von Soziodemografie und Rehabiografie.
- H3: Der Haupteffekt der regionalen Arbeitslosenquote sinkt, wenn erwerbsbiografische Merkmale kontrolliert werden.
- H4: Der Arbeitmarkteffekt ist für initial arbeitslose Rehabilitanden deutlicher als für initial erwerbstätige Rehabilitanden (Interaktionseffekt).

Methoden

Datengrundlage sind 305 980 Rehaleistungen des Jahres 2016 in 589 Fachabteilungen der Orthopädie bzw. 117 386 Rehaleistungen in 202 Fachabteilungen der Psychosomatik aus der Reha-Statistik-Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Die Personen stammen jeweils aus 257 Arbeitsmarktregionen (anhand der Pendlerverflechtungen homogenisiert, jeweils Arbeitslosenquote). Das RTW ist operationalisiert über die Anzahl der Tage in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung in 2017. Individualmerkmale zur Person und Rehabiografie sind (1) Geschlecht, (2) Alter, (3) Familienstand, (4) Migration, (5) Berufsbildung, (6) Wohnort im Gebiet der ehemals alten bzw. neuen Bundesländer, (7) aktuelle Maßnahme ist Anschlussheilbehandlung, (8) aktuelle Maßnahme ist besondere Behandlungsform (arbeitsplatzbezogene Reha, verhaltensorientierte Reha), (9) aktuelle Maßnahme mit Zuzahlungsforderung, (10) Antrag auf oder Bezug von Erwerbsminderungsrente im zeitlichen Bezug zur Rehamassnahme, (11) Anzahl der Rehamassnahmen in den 4 Jahren vor der Intervention. Individualmerkmale zur Erwerbsbiografie sind (1) initialer Erwerbsstatus (3 Monate vor Reha-Beginn in Beschäftigung

ja/nein), (2) Beschäftigungstage im ersten Kalenderjahr vorher und (3) ebenso im zweiten Kalenderjahr. Schätzmethode ist die fractional logit regression im cross-classified multilevel model. Es werden average marginal means (AME) berichtet.

Ergebnisse

Für die Orthopädie ist ohne weitere Kontrollvariablen der Haupteffekt der Arbeitslosenquote signifikant, aber schwach (AME=-3.1 Tage) (H1). Durch Hinzunahme der sozio- und rehabiografischen Merkmale bleibt dieser Effekt etwa gleich (H2). Durch weitere Hinzunahme der erwerbsbiografischen Merkmale ist der Haupteffekt der regionalen Arbeitslosenquote zwar signifikant, aber deutlich schwächer (AME=-0,2 Tage) (H3). Die Interaktion der Arbeitslosenquote mit dem initialen Erwerbstatus ist nicht substantiell (H4). Die Befunde für die Psychosomatik sind denen für Orthopädie sehr ähnlich.

Diskussion und Fazit

Die Methodik lässt eine kausale Schlussfolgerung zu. Die Datengrundlage bildet das Rehabilitationsgeschehen in Trägerschaft der DRV vollumfänglich und bei hoher Datenqualität ab. Die Befunde sind in den beiden großen Indikationsgruppen stabil. Wir schließen daraus, dass der Arbeitsmarkteffekt weitgehend in der individuellen Erwerbsbiografie eingepreist ist und dann Unterschiede im Erfolg der medizinischen Rehabilitation nur noch geringfügig beeinflusst. Dies bleibt auch so, wenn der Arbeitsmarkteffekt für den initialen Erwerbstatus differenziert wird. Stehen keine (validen) erwerbsbiografischen Merkmale zur Verfügung, dann sollte im Rahmen von RTW-Analysen der Arbeitsmarkt berücksichtigt werden.

Literatur

- Echarti, N., Schüring, E., O'Donoghue, C. (2020). Effects of Vocational Re-training on Employment Outcomes Among Persons with Disabilities in Germany: A Quasi-Experiment. *J Occup Rehabil*, 30. 221–34.
- Ervasti, J., Joensuu, M., Pentti, J., Oksanen, T., Ahola, K., Vahtera, J. (2017). Prognostic factors for return to work after depression-related work disability: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*, 95. 28–36.
- Hetzel, C., Streibelt, M. (2016): Hängt die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen vom Arbeitsmarkt ab? *Rehabilitation*, 55. 290–8.
- Kaluscha, R., Jankowiak, S., Holstiege, J., Krischak, G. (2013). Beeinflusst die Arbeitslosenquote die (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben nach medizinischer Rehabilitation? *DRV-Schriften*, Bd. 182. 4.
- Reims, N., Tophoven, S. (2018): Eine Längsschnittstudie zu Arbeitsmarktübergängen und Beschäftigungsnachhaltigkeit nach beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. *Rehabilitation*, 57. 184–92.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Reha-Erfolg psychosomatischer Rehabilitation bei Langzeit-Arbeitsunfähigkeit

Kirsten Rotter¹; Alexandra Lambrecht²; Bernhard Koch²; Axel Kobelt-Pönicke¹

¹ Deutsche Rentenversicherung Braunschweig - Hannover;

² Reha-Zentrum Oberharz, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig - Hannover

Hintergrund und Zielstellung

In der Sozialmedizin bildet erwerbsbezogene Leistungsfähigkeit ein zentrales Kriterium. Eine 5-jährige Studie zum Verbleib im Erwerbsleben (Rische, 2004) berichtete für 18 % der Menschen, die eine psychosomatische Rehabilitation absolviert hatten, einen lückenhaften Erwerbsverlauf, 30 % schieden ganz aus. Die Volkswirtschaftlichen Kosten sind immens.

Bekannte Prädiktoren für Reha-Erfolg sind Patientenmerkmale wie Symptomschwere, Krankheitstage vor Rehabilitation, Rentenbegehren (Oster et al., 2009).

Um Reha-Erfolg zu steigern, wurden Maßnahmen bislang bei begründeter medizinischer Notwendigkeit verlängert. Der Effekt ist umstritten. Im Bereich ambulanter Psychotherapie profitierten insbesondere stark belastete Patienten von Verlängerung (Altmann et al., 2014). Dagegen postulierte Nospert (2008), bei stationärer psychosomatischer Rehabilitation zeige reine Verlängerung ohne neue inhaltliche Impulse wenig Effekt. Er begründete dies mit der deutlichen Abflachung der Symptomreduktion nach einem erhöhten Zuwachs in der ersten Behandlungsphase. Kardorff et al. (2021) betonten die Bedeutung der individuellen Situation zu Reha-Beginn bzgl. Rückkehr zur Arbeit. Sie fanden unterschiedliche Bedarfslagen zu Reha-Beginn auf einer idealtypischen Verlaufskurve, aus deren Einfluss auf Nutzung und Beurteilung der Maßnahme sie personalisiertes Case-Management ableiteten.

Die vorliegende Studie sollte untersuchen, ob Verlängerung einer psychosomatischen Rehabilitation um ein oder zwei Wochen zu besserem Erfolg bzgl. Symptomreduktion und erwerbsbezogener Leistungsfähigkeit führte und inwiefern sich erfolgreiche Rehabilitanden von weniger erfolgreichen unterschieden.

- (H1) Versicherte, die eine 4-, 5- oder 6-wöchige Rehabilitation durchlaufen, unterscheiden sich nicht im Rückgang der psychischen und somatoformen Beschwerden (PSB).
- (H2) Versicherte, die eine 4-, 5- oder 6-wöchige psychosomatische Rehabilitation durchlaufen, unterscheiden sich nicht in den AU-Zeiten vor Reha.
- (H3) Versicherte, die eine 4-, 5- oder 6-wöchige psychosomatische Rehabilitation durchlaufen, unterscheiden sich nicht in Beiträgen/Beitragszeiten ein bis drei Jahre nach Reha.
- (H4) Versicherte (AU vor Reha weniger 3 Monate vs. mehr als 3 Monate) unterscheiden sich bezüglich PSB bei Aufnahme und Entlassung.
- (H5) Versicherte, die vor Reha-Beginn weniger als 3 Monate AU waren weisen ein bis drei Jahre nach Reha mehr Beitragszeiten auf als Versicherte, die vor Reha-Beginn mehr als 3 Monate AU waren.

Methoden

Ausgewertet wurden Beiträge und Beitragszeiten ein Jahr vor Reha-Beginn, ein bis drei Jahre nach Reha sowie prä/post Werte psychischer und somatoformer Beschwerden (Hamburger Module A) aus der Basisdokumentation von 1866 DRV-Versicherten (VS), die 2016 eine psychosomatische Rehabilitation im Reha-Zentrum-Oberharz absolvierten. Es wurden multiple hierarchische Regression (H1, H4), X2-Test (H2), 1-faktorielle (H5) und multivariate MANOVA (H3) mit geplanten Kontrasten, T-Tests mit Bonferroni-Korrektur gerechnet. Für Symptomschwere zu Reha-Beginn wurde kontrolliert. Unter Voraussetzung vollständiger Daten auf den relevanten Dimensionen wurden 1623 Datensätze analysiert.

Ergebnisse

Maßnahmenverlängerung um eine ($\beta = -0.06$, $p < .001$) bzw. zwei Wochen ($\beta = -0.08$, $p < .001$) zeigte bei statistischer Kontrolle für PSB (T1) marginalen Effekt von 0,6 % Varianzerklärung auf Symptomreduktion (H1) aber nicht auf Beiträge/Beitragszeiten (H3).

Tab. 1::Hierarchische Regressionen (N = 1623) für PSB bei Entlassung (Hypothese 4).

Modell	Prädiktor	Psychische und somatoforme Beschwerden bei Entlassung				
		B	SE B	β	R ²	ΔR^2
Regression						
1	PSB prä	0.77	0.02	0.74***	0.553	0.553***
2	D1	-0.34	0.09	-0.06**	0.559	0.006***
	D2	-0.49	0.11	-0.08***		
3	PSB prä	0.78	0.02	0.76***	0.576	0.017***
	AUvor	0.67	0.09	0.14***		
	PSB prä	0.74	0.02	0.72***		
	D1	-0.34	0.09	-0.06***		
4	D2	-0.48	0.11	-0.08***	0.578	0.002*
	D1*PSB prä	-0.08	0.04	-0.09*		
	D2*PSB prä	-0.10	0.05	-0.08		
	AUvor	0.68	0.09	0.14***		
	PSB prä	0.78	0.03	0.76***		
	D1	0.02	0.19	0.00		
	D2	-0.10	0.25	-0.02		

Anmerkungen. AUvor = AU vor Reha (0 = weniger als 3 Monate, 1 = mehr als 3 Monate); PSB prä = psychische und somatoforme Beschwerden bei Aufnahme; D1 = 4 vs. 5-wöchige Reha; D2 = 4 vs. 6-wöchige Reha; D1*PSB prä = differentielle Treatmenteffekte bei 5-wöchiger Reha; D2*PSB prä = differentielle Treatmenteffekte bei 6-wöchiger Reha; * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Obwohl VS mit kürzerer AU weniger Symptome zu Reha-Beginn und mehr Symptomreduktion zeigten (H4), wurden diese gleich häufig verlängert wie VS mit längerer AU ($X^2(2) = 3.77$, $p = .15$).

Tab. 2: Mittelwerte und Standardabweichungen (N=1623) für versicherungspflichtige Beiträge und Beitragszeiten als Funktion der AU vor Reha (Hypothese 5)

Beitrag	AU vor Reha < 3 Mo (1)		AU vor Reha > 3 Mo (2)		Post hoc
	M	SD	M	SD	
B 2017	9.66	4.36	5.86	5.37	1 > 2
Z 2017	11.01	3.09	9.95	4.02	1 > 2
B 2018	8.21	5.30	5.56	5.61	1 > 2
Z 2018	10.33	3.58	7.99	4.90	1 > 2
B 2019	8.28	5.27	5.94	5.64	1 > 2
Z 2019	10.47	3.80	8.12	5.36	1 > 2

Anmerkungen. $n_{AU < 3 \text{ Monate}} = 863$, $n_{AU > 3 \text{ Monate}} = 760$. B = versicherungspflichtige Beschäftigungsmonate. Z = Summe Versicherungszeiten in Monaten. 1-seitig, $\alpha < .001$

Kürzere AU vor Reha (< 3 Monate) erklärte 17 % Varianz in Symptomreduktion PSB ($\Delta F(1,1618) = 64.99$, $p < .000$) bei Entlassung (Tab. 1). VS mit kürzerer AU, wiesen mehr Beiträge/Beitragszeiten ein, zwei und drei Jahre nach Reha auf als VS mit längerer AU. Sowohl der Overall-Befund der 1-faktoriellen MANOVA für die kombinierten abhängigen Variablen mit dem 2-fach gestuften Faktor AU vor Reha (< 3 Monate vs. > 3 Monate) und Versicherungspflichtige Beschäftigung/Versicherungszeiten 2017, 2018, 2019 als abhängige Variablen ergab statistische Signifikanz ($F(6,1682) = 52.33$, Wilk's $\Lambda < .001$, $\eta^2 = .16$), ebenso alle Post-hoc durchgeführten 1-faktoriellen ANOVAs zwischen AU vor Reha und den Kriterien und alle Kontraste (Tab. 2).

Diskussion und Fazit

Die Studie bestätigte einerseits, dass eine einfache Verlängerung der Maßnahme wenig Effekt auf Reha-Erfolg hat (Nosper, 2008) und andererseits die Wichtigkeit der Bedarfslage der VS zum Aufnahmezeitpunkt (Kardorff et al, 2021), indem mehr Reha-Erfolg mit weniger AU vor Reha einherging.

Der Aufnahmezeitpunkt ist bedeutsam. Um Reha-Erfolg zu steigern, sollte eine frühe Aufnahme der VS in die psychosomatische Rehabilitation möglichst innerhalb der ersten drei Monate ihrer Arbeitsunfähigkeit erfolgen.

Literatur

- Altmann, U., Steffanowski, A., Wittmann, W. W., Kramer, D., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Steyer, R., Strauß, B. (2014). Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 64(5). 181–191.
- Kardorff, E. von, Meschnig, A., & Klaus, S. (2021). Nutzungsformen psychosomatischer Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 60(4). 263–271.
- Nosper, M. (2008). Die Dauer psychosomatischer Rehabilitation - Regelungen, Einflussfaktoren und Empfehlungen. *Die Rehabilitation*, 47(1). 8–13.
- Oster, J., Müller, G., & Wietersheim, J. von (2009). "Wer profitiert?"- Patientenmerkmale als Erfolgsprädiktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48(2). 95–102.
- Rische, H. (2004). Welchen Nutzen hat die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung? *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 67, 200–205.

Sozialmedizinisches Outcome und Reha-Zufriedenheit bei sozialen Milieus in der Psychosomatischen Rehabilitation

Henrika Kleineberg-Massuthe¹; Lilia Papst¹; Markus Bassler²; Volker Köllner¹

¹ Charité – Universitätsmedizin Berlin; ² Rehazentrum Oberharz

Hintergrund und Zielstellung

Patient:innen der Psychosomatischen Rehabilitation sind unterschiedlich schwer beeinträchtigt und profitieren ungleich von der Behandlung (Oster et al., 2009; Hofreuter-Gätgens et al., 2016). Ungeklärt ist der Einfluss des sozialen Milieus hierauf. Mit dem Sinus-Modell, das über soziale Lage und Grundorientierung zehn Milieus für die Bundesrepublik Deutschland beschreibt, wurden Unterschiede im sozialmedizinischen Outcome und in der Reha-Zufriedenheit der Patient:innen analysiert.

Methoden

In zwei psychosomatischen Reha-Zentren (je n = 1000) wurde zu Rehabilitationsbeginn (T0) der Sinus-Milieuindikator Deutschland 10/2018 (standardisierter Fragebogen) zur Bestimmung der sozialen Milieus der Patient:innen erhoben. Sozialmedizinische Parameter wurden durch das Behandlungsteam zu Entlassung (T1) dokumentiert. Der zeitliche Umfang des Leistungsvermögens (> 6h, 3-6h, < 3h) nach absolvierter Rehabilitation für die letzte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (n = 1987) sowie für den allgemeinen Arbeitsmarkt (n = 1988) wurden mittels Chi-Quadrat-Test analysiert. Zu T1 wurde zudem ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Reha-Zufriedenheit erhoben. Für das Item „Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen?“ (Reha-Zentrum Seehof, Skala von 0 – hat mir gar nicht gefallen bis 10 – hat mir sehr gefallen, n = 944) bzw. das Item „Gesamtbeurteilung der Reha“ (Reha-Zentrum Oberharz, Skala von 0 – sehr schlecht bis 10 – ausgezeichnet, n = 874) wurden einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt.

Ergebnisse

Sozialmedizinisches Outcome

Es bestand ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Milieu und dem zeitlichen Umfang des Leistungsvermögens für die letzte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, $\chi^2(18) = 70.45$, $p < .001$, Cramér's V = .13, kleiner Effekt. Die standardisierten Residuen waren in zwei Fällen in der Kategorie 3-6h und in fünf Fällen in der Kategorie < 3h signifikant, d.h. insbesondere diese Kategorie trug signifikant zum Zusammenhang bei. Bei sozioökonomisch Privilegierteren (Konservativ-etabliertes Milieu, Liberal-intellektuelles Milieu, Milieu der Performer) fanden sich in der Kategorie < 3h signifikant weniger Patient:innen als erwartet, bei benachteiligten Milieus (Traditionelles Milieu, Prekäres Milieu) hingegen mehr.

Es fand sich auch eine signifikante Assoziation zwischen dem Milieu und dem zeitlichen Umfang des Leistungsvermögens für den allgemeinen Arbeitsmarkt, $\chi^2(18) = 63.89$, $p < .001$, Cramér's V = .13, kleiner Effekt. Die standardisierten Residuen waren in einem Fall in der Kategorie 3-6h und in vier Fällen in der Kategorie < 3h signifikant, sodass besonders letztere signifikant zum Ergebnis beitrug. Es zeigte sich ein Verhältnis zwischen privilegierten und benachteiligten Milieus wie beim ersten Outcome-Parameter.

Reha-Zufriedenheit

Seehof: Es gab einen signifikanten Effekt des Milieus auf die Beurteilung der Rehabilitation, Welch $F(9, 273.42) = 3.03$, $p = .002$, $\eta^2 = .03$, kleiner Effekt. Im Games-Howell-Post-hoc-Test zeigten sich drei signifikante Gruppenunterschiede: zwischen Liberal-intellektuellem und Traditionellem ($p = .027$) bzw. Prekärem Milieu ($p < .001$) sowie zwischen Sozial-ökologischem und Prekärem Milieu ($p = .034$).

Oberharz: Die Milieus unterschieden sich signifikant in ihrer Beurteilung, Welch $F(9, 267.47) = 4.07$, $p < .001$, $\eta^2 = .04$, kleiner Effekt. Im Games-Howell-Post-hoc-Test zeigten sich vier signifikante Gruppenunterschiede: zwischen Prekärem und Konservativ-etabliertem ($p < .001$) bzw. Liberal-intellektuellem ($p = .006$) bzw. Expeditivem Milieu ($p = .027$) sowie zwischen Hedonistischem und Konservativ-etabliertem Milieu ($p = .020$).

Diskussion und Fazit

Das soziale Milieu klärte einen signifikanten Teil der Unterschiede im sozialmedizinischen Outcome und in der Reha-Zufriedenheit auf. Sozioökonomisch privilegierte Milieus profitierten mitunter mehr, zeigten also seltener ein sehr geringes Leistungsvermögen für eine Arbeitstätigkeit und häufiger eine größere Zufriedenheit mit dem Aufenthalt. Insbesondere für die Milieus der Mitte und die der Oberschicht lässt sich jedoch von einem vergleichbaren Reha-Erfolg hinsichtlich der untersuchten Parameter ausgehen. Um noch bestehende Ungleichheiten auszugleichen, sollten benachteiligte Milieus (Traditionelles, Prekäres und Hedonistisches Milieu) besonders berücksichtigt werden, z.B. durch Anpassung der Reha-Dauer, intensiviertere Therapiepläne oder verstärkten Fokus auf die Reha-Nachsorge.

Literatur

- Hofreuter-Gätgens, K., Deck, R., von dem Knesebeck, O. (2016). Soziale Ungleichheit und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen. *Die Rehabilitation*, 55. 374-380.
- Oster, J., Müller, G., von Wietersheim, J. (2009). „Wer profitiert?“ – Patientenmerkmale als Erfolgsprädiktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48. 95-102.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung

Spielt die Branche eine Rolle für die Inklusionsbereitschaft gegenüber körperlich behinderten und psychisch erkrankten Menschen?

Veneta Slavchova; Lena Jager; Almuth Schmidt; Viktoria Arling

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Mit dem Bundesteinhabegesetz wird die Teilhabe und Selbstbestimmung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen gestärkt (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2019). Empirische Studien zeigen aber, dass die Inklusionsbereitschaft gesunder Menschen gegenüber gesundheitlich beeinträchtigten Bewerbern im Personalkontext nicht

uneingeschränkt gegeben ist: Befragte begegneten körperlich behinderten Bewerbern in fiktiven Personalentscheidungen mit Bedenken (z.B. Ausfälle, Leistungseinbußen) (Slavchova & Arling, 2018); psychisch erkrankten Bewerbern wurde eine geringe Belastbarkeit, Motivation, Zuverlässigkeit und Sozialkompetenz zugeschrieben (Slavchova et al., 2017). Verschiedene Studien geben im Vergleich zueinander Hinweis darauf, dass psychisch erkrankte Menschen ungünstiger bewertet werden als körperlich behinderte Menschen (vgl. z.B. Slavchova et al., 2017; Dalgin & Bellini, 2008).

Im Sinne der Person-Umwelt-Passung kann ein wesentlicher Faktor für die Inklusionsbereitschaft von Personalern die jeweilige Branche bzw. konkrete Berufstätigkeit darstellen (vgl. Nota et al., 2013). Hintergrund entsprechender Überlegungen ist, dass Tätigkeiten in einigen Branchen möglicherweise mit einem höheren Stress- bzw. (körperlichen) Belastungserleben einhergehen und so einer Berufsausübung entgegenstehen können. Ziel dieser Studie war es daher, zu überprüfen, ob Bewerber mit einer körperlichen Behinderung bzw. psychischen Erkrankung in verschiedenen Berufsbranchen eine unterschiedlich hohe Inklusionsbereitschaft erfahren.

Methoden

Im Rahmen einer Online-Studie wurden die Befragten gebeten, in vier fiktiven Szenarien mit Stellenbeschreibungen aus verschiedenen Berufsbranchen (Bürokaufmann, Dolmetscher, Küchenhilfe, Altenpfleger) eine Personalauswahlentscheidung zwischen einem gesundheitlich eingeschränkten und einem gesunden Bewerber in einem mittelständischen Unternehmen zu treffen. Die vier Branchen unterschieden sich bezüglich der Anzahl der notwendigen Sozialkontakte und des Stresslevels. Abgesehen davon wurden die Stellenbeschreibungen mit Blick auf andere Merkmale (z.B. Unternehmensgröße, Qualifikation) weitgehend konstant gehalten. Alle Teilnehmer waren angehalten jedes der vier Szenarien nacheinander zu bearbeiten, um den Effekt der Branche auf die Inklusionsbereitschaft erfassbar zu machen. Um eine differenzierte Betrachtung von psychisch erkrankten (depressiven) und körperlich behinderten (sehbehinderten) Bewerbern zu ermöglichen, wurde die Studie in zwei Teilstudien untergliedert (körperlich/ psychisch).

Es nahmen 110 Befragte (91 weiblich, 19 männlich) an der Teilstudie teil, in der zwischen einem gesunden und einem sehbehinderten Bewerber entschieden werden sollte. 100 Teilnehmer (77 weiblich, 23 männlich) bearbeiteten die Szenarien, in denen sich eine depressive Person in Konkurrenz zu einer gesunden Person bewarb. Beide Gruppen waren bzgl. des Alters vergleichbar (körperlich: AM = 27.23 Jahre, SD = 10.94 Jahre; psychisch: AM = 28.05 Jahre, SD = 10.47 Jahre).

Ergebnisse

Die Inklusionsbereitschaft ist gegenüber dem körperlich behinderten Bewerber insgesamt größer ausgeprägt als für den psychisch erkrankten Bewerber (vgl. Abbildung 1). Für den sehbehinderten Bewerber gilt, dass sich ein differenzierter Effekt in Abhängigkeit von der Branche zeigte: In körperlich anspruchsvollen Berufen mit einem größeren Bedarf an visueller Rückkopplung (Küchenhilfe, Altenpflege) wurde der gesunde Kontrahent deutlich öfter ausgewählt. Demgegenüber war das Auswahlverhalten in Berufen, in denen Hilfsmittel einen größeren kompensatorischen Effekt haben können, nahezu ausgewogen. Der psychisch

erkrankte Bewerber wurde im Vergleich dazu unabhängig von den vier Branche relativ selten gewählt. An dieser Stelle setzte sich der gesunde Konkurrent weitaus häufiger durch.

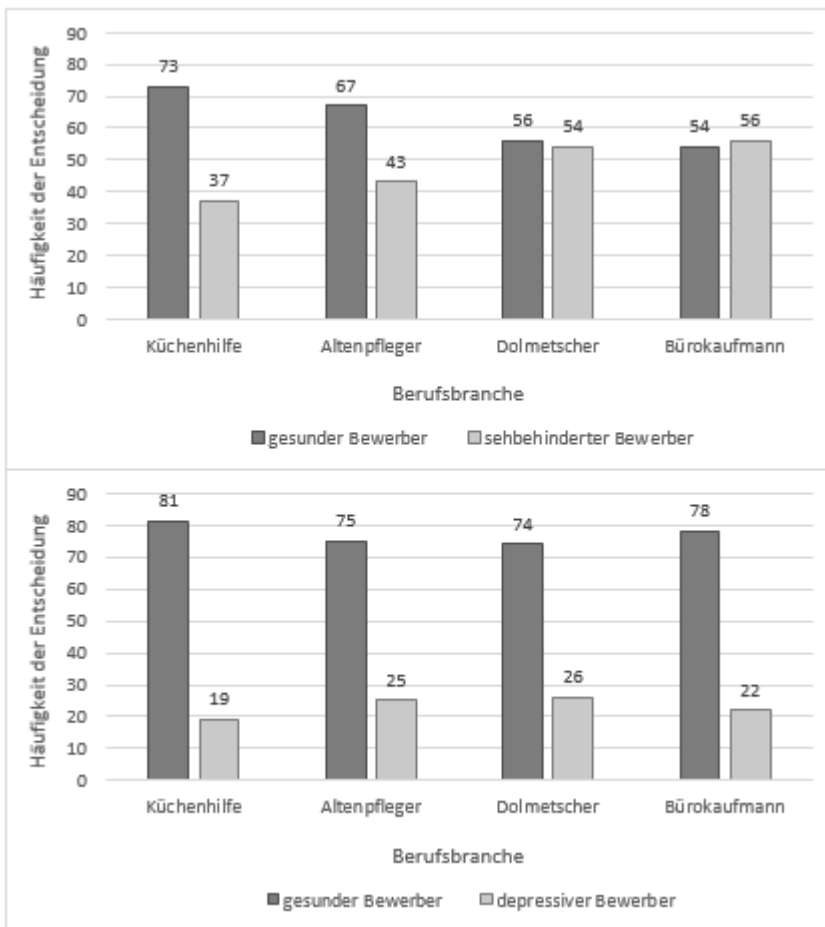


Abb. 1: Auswahlentscheidungen zwischen gesundem und sehbehindertem Bewerber (oben) bzw. gesundem und depressivem Bewerber (unten).

Diskussion und Fazit

Die Branche an sich stellt für den körperlich behinderten Bewerber einen inklusionsrelevanten Faktor dar. Das Ergebnis lässt sich dadurch erklären, dass die Person-Umwelt-Passung für einen sehbehinderten Bewerber auf der Position einer kaufmännischen Tätigkeit bzw. dem Beruf des Dolmetschers durchaus hoch sein kann. Bzgl. der Anstellung als Küchenhilfe bzw. Altenpfleger fehlt den Befragten mutmaßlicher Weise eine Vorstellung davon, ob die entsprechende Tätigkeit grundsätzlich mit der körperlichen Beeinträchtigung bewältigbar ist. Daher sollten Bewerber selbst aktiv berufsrelevante Informationen darüber vermitteln, wie die Person-Umwelt-Passung aus ihrer Sicht gewährleistet werden kann (z.B. Hilfsmittel).

Das Fehlen von Informationen kann ebenfalls erklären, warum sich in keiner der vier Branchen Vorteile für den psychisch erkrankten Bewerber zeigen. Das Berufsfeld allein lässt keinen Rückschluss darüber zu, inwiefern die psychisch beeinträchtigte Person die beruflichen Anforderungen zuverlässig bewältigen kann. Daher können Informationen über die individuelle Beeinträchtigung Personalentscheidern einen wesentlichen Hinweis geben, ob die Person-Umwelt-Passung bei der jeweiligen Position gelingen kann.

Literatur

- Dalgin, R. S. & Bellini, J. (2008). Invisible disability disclosure in an employment interview: Impact on employers' hiring decisions and view of employability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 52, 1. 6-15.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (2019). Die wichtigsten Änderungen im SGB IX – Bundesteilhabegesetz Kompakt (4. Aufl.). URL: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_grundlagen/pdfs/BTHG%C3%84nderungenSGBIX.web.pdf, Abruf: 28.09.2021.
- Nota, L., Santilli, S., Ginevra, M. C. & Soresi, S. (2013). Employer attitudes towards the work inclusion of people with disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27, 6. 511-520.
- Slavchova, V., & Arling, V. (2018). Bedenken und Ängste gegenüber der Personaleinstellung körperlich behinderter Menschen in Abhängigkeit von der Behinderungsform. *DRV-Schriften*, Bd 112. 183-185.
- Slavchova, V., Spijkers, W. & Arling, V. (2017). Zuschreibungen in Bezug auf die Personaleinstellung von behinderten Bewerbern: Körperliche und psychische Erkrankungen im Vergleich. *DRV-Schriften*, Bd 111. 221-223.

Versorgungsverläufe von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf Basis administrativer Paneldaten der Deutschen Rentenversicherung Bund

Christian Hetzel¹; Sebastian Klaus²; Alexander Meschnig²; Ernst von Kardorff²

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

Hintergrund und Zielstellung

Die Inanspruchnahme von psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationsleistungen nimmt seit Jahren zu und die Leistungen der Rentenversicherung sind ein wichtiges Glied in der Behandlungskette (DRV Bund, 2014a, 2014b, 2019). Problematisch ist, dass bei Versicherten, die wegen einer psychischen Störung einer Rehabilitation bedürfen, die Erkrankung oft schon chronifiziert ist. Diese Situation stellt die Anbieter von Leistungen zur medizinische Rehabilitation (LMR) und von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) vor besondere Herausforderungen, insbesondere wenn im Vorfeld keine angemessenen ambulanten psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsangebote in Anspruch genommen wurden. Auf Basis administrativer Paneldaten der Deutschen Rentenversicherung Bund sollen typische Versorgungs- und Beitragsverläufe von Personen mit psychischen Erkrankungen identifiziert und bezüglich des Übergangs in Arbeit (Return To Work, RTW) analysiert werden.

Methoden

Datenbasis ist die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) der DRV Bund von 2010 bis 2018. In der Untersuchungsstichprobe (n=97 833 Personen, n=174 457 Leistungsepisoden) wurden

Personen mit Rehabilitationsleistungen in 2017 und einer F3- oder F4-Diagnose eingeschlossen; ausgeschlossen wurden insbesondere Personen mit Rehabilitationsleistungen in 2018, in der Annahme, dass in 2017 dann ein (temporäres) Ende einer möglichen Leistungskette vorlag. Auf Basis der personen- und monatspezifischen Statuszustände bezüglich Rehabilitationsleistungen, Rentengeschehen und Erwerbstatus gruppieren wir theoretisch in Haupt- und Untergruppen unter Berücksichtigung von Diagnosen. Die Deskription erfolgte u.a. mittels sequenzanalytischer Techniken (Gabadinho et al. 2019), z.B. Darstellung von Repräsentanten. Für ausgewählte Untergruppen prognostizierten wir mittels logistischer Regression das Return to work (RTW) in 2018 und ermittelten anhand des Youden-Index (bootstrap n=250) die Prognosegruppen. Das RTW wurde operationalisiert als Zeitraumbetrachtung in Verbindung mit einem erzielten Mindestentgelt. Prädiktoren waren Merkmale der Soziodemografie, der Erwerbsbiografie, der Reha- und Rentenbiografie, des Kontextes (z.B. Arbeitsmarkt), der allgemeinen Diskontinuität (z.B. Entropie der individuellen Sequenzen) und der Hinweis auf unbeobachtete Heterogenität (z.B. lange Dauer von erster Sozialleistung zu erster Rehaleistung).

Ergebnisse

Es wurden acht disjunkte Hauptgruppen identifiziert, darunter:

- Personen, die ab 2017 eine Erwerbsminderungsrente (EMR) (Hauptdiagnose F3 oder F4) beziehen (n=21 529);
- Personen mit mindestens einer LTA bis 2017 (Haupt- oder Nebendiagnose F3 oder F4) aber ohne bewilligte Erwerbsminderungsrente (n=2 610);
- Personen mit mindestens einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation in 2017 (Hauptdiagnose F3 oder F4) (n=39 849).

Diese drei Hauptgruppen wurden in Untergruppen insbesondere nach Menge und Art der Leistungen (EMR: bewilligt bzw. nicht bewilligt; LTA: Qualifizierungs-, Integrationsleistungen bzw. sonstige LTA; LMR: psychosomatische, normale bzw. sonstige medizinische Rehabilitation) disjunkt binnendifferenziert. Die Prognosemodelle zeigten akzeptable Modellgüten ($0.3 < R^2 \text{ Nagelkerke} < 0.5$), exemplarisch für die Untergruppe der Personen, die eine Integrationsleistung und ggf. weitere Leistungen bezogen haben: $R^2=0.367$, $AUC=0.793$, $n=366$ (davon $n=39$ false negative, $n=48$ false positive). Aus den individuellen Sequenzen abgeleitete Prädiktoren (z.B. Entropie, Dauer) prognostizierten teils signifikant das RTW.

Diskussion und Fazit

Die Gruppierungen erfolgten anhand theoretischer Kriterien. Grundlage dafür waren empirisch fundierte Gruppierungen und inhaltliche Diskussionen innerhalb der Autorengruppe und mit Experten. Die gefundene Lösung schließt alternative Gruppierungen und Granularitäten nicht aus. Die Ergebnisse sind eine Basis, „interessante“ Personen für Primärdatenerhebungen auszuwählen. Das Design ist entsprechend angelegt. Dies ermöglicht es vertiefte Erkenntnisse zu bislang unbeobachteter Heterogenität (z.B. Leistungen anderer Träger, Passung von Krankheits- und Leistungsverlauf, Bewertungen) zu gewinnen. Insbesondere bei Personen, bei denen die statistischen Modelle zu Fehlprognosen führten, sollen so die Prognosen verbessert werden.

Literatur

- DRV Bund (2014a). Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Berlin. Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund.
- DRV Bund (2014b). Psychische Komorbidität - Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Berlin. Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund.
- DRV Bund (2019). Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik, Reha-Bericht 2019. Berlin. Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund.
- Gabadinho, A., Ritschard, G., Müller, N. S. & Studer, M. (2011). Analyzing and Visualizing State Sequences in R with TraMineR. *Journal of Statistical Software*, 40(4). <https://doi.org/10.18637/jss.v040.i04>

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Welche Bedeutung haben das subjektive Krankheits- und Behandlungskonzept als Prädiktoren der Patient:innenzufriedenheit in der Psychosomatischen Rehabilitation?

Franziska Kessemeier¹; Rieka von der Warth¹; Jürgen Bengel¹; Matthias Rudolph²; Manuela Glattacker¹

¹ Albert-Ludwigs-Universität Freiburg;

² Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Mittelrhein-Klinik

Hintergrund und Zielstellung

Die Patient:innenzufriedenheit ist ein wichtiges Qualitätskriterium der medizinischen Rehabilitation, das sowohl mit dem Reha-Erfolg im Sinne einer Symptomreduktion als auch mit sozialmedizinischen Parametern zusammenhängt. Prädiktoren zur Vorhersage verschiedener Operationalisierungen des Reha-Erfolgs sind patientenbezogene Voraussetzungen, wie z.B. die Erwerbshistorie (Kessemeier et al., 2018), sowie krankheitsbezogene und prozessbezogene Parameter (Nübling et al., 2017; Oster et al., 2009). Neben diesen eher unveränderbaren Voraussetzungen ist es sinnvoll, weitere Prädiktoren zu identifizieren, die als Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung der (psycho)therapeutischen Behandlung in der psychosomatischen Rehabilitation dienen können. In diesem Kontext haben sich kognitive Variablen wie das subjektive Krankheitskonzept in der psychosomatischen Rehabilitation (Glattacker et al., 2013) sowie das Behandlungskonzept und die Erfüllung von Erwartungen an die Behandlung im Akut-Setting als relevante Prädiktoren erwiesen (Gehrlach & Güntert, 2015). Fragestellung des vorliegenden Beitrags ist, ob das subjektive Krankheits- und Behandlungskonzept der:des Rehabilitand:in sowie erfüllte Erwartungen an die Behandlung einen Einfluss auf die Patient:innenzufriedenheit in der psychosomatischen Rehabilitation haben.

Methoden

Zur Prüfung der Fragestellung werden drei hierarchische blockweise Regressionsanalysen gerechnet. Als feste Prädiktoren werden dabei (Block 1) Alter, Geschlecht, (Block 2) Diagnosegruppe, (Block 3) Arbeitsbelastung (SIBAR) und (Block 4) zur Abbildung der Symptomschwere die Skala Psychisches Wohlbefinden (HEALTH-49) in das Modell aufgenommen. Zusätzlich werden im fünften Block (1) das subjektive Krankheitskonzept (IPQ-R), (2) das subjektive Behandlungskonzept (RTBQ-Psych) und (3) die Erwartungserfüllung (operationalisiert als Differenz von RTBQ-Psych zum Entlassungszeitpunkt und RTBQ-Psych bei Aufnahme) als Prädiktoren aufgenommen. Der primäre Endpunkt ist die Gesamtskala des Zuf-8.

Ergebnisse

Für die Analysen standen vollständige Daten von n=126 Rehabilitand:innen zur Verfügung. Diese waren im Durchschnitt M=50,8 (SD=9,7) Jahre alt und 50,4% waren männlich. Der Mittelwert des ZUF-8 lag bei 21,87 (SD=4,65; Range: 8 [sehr unzufrieden] bis 32 [sehr zufrieden]), was insgesamt auf eine hohe Zufriedenheit hindeutet. Die Ergebnisse der hierarchischen (blockweisen) Regressionsanalysen sind in Tab. 1 dargestellt.

Tab. 1: Ergebnisse der hierarchischen blockweisen Regressionsanalysen.

Modell	5	β	Modell	5	β	Modell	5	β
Krankheitskonzept			Behandlungskonzept			Erwartungserfüllung		
Geschlecht		-0,16	Geschlecht		0,032	Geschlecht		0,048
Alter		-0,29	Alter		-0,101	Alter		-0,014
Diagnose		0,109	Diagnose		0,074	Diagnose		0,123
Berufliche Belastung		0,034	Berufliche Belastung		0,037	Berufliche Belastung		0,001
Psychisches Wohlbefinden		0,040	Psychisches Wohlbefinden		0,021	Psychisches Wohlbefinden		0,067
IPQ-R Identität		-0,017	Ergebniserwartungen		0,084	Ergebniserwartungen		0,319*
IPQ-R Zeitverlauf		-0,74	Erwartungen Freizeit und Kontakte		-0,010	Erwartungen Freizeit und Kontakte		-0,036
IPQ-R Zyklisches Auftreten		0,103	Erwartungen Partizipation und Therapiegestaltung		-0,085	Erwartungen Partizipation und Therapiegestaltung		0,251*
IPQ-R Konsequenzen		-0,112	Befürchtungen		-0,273*	Befürchtungen		-0,130*
IPQ-R Persönliche Kontrolle		0,197	Erwartungen Information		0,101	Erwartungen Information		0,095
IPQ-R Behandlungskontrolle		-0,024	Notwendigkeit der Reha		0,021	Notwendigkeit der Reha		0,193*
IPQ-R Kohärenz		0,225*						
IPQ-R Emotionale Repräsentation		-0,069						
F(13;112)=2,138; p=0,017)			F(11;114)=1,380; p=0,192			F(11;114)=13,079; p<0,001		

Anmerkung: *p<0,05; β = standardisierte Koeffizienten Beta.

Nach Aufnahme der ersten 4 Blöcke ins Regressionsmodell liegt die aufgeklärte Varianz bei $R^2_{\text{korr}}=0,011$ ($R^2=0,050$; $R=0,224$). Durch Hinzunahme der Prädiktoren in Block 5 steigt R^2_{korr} (1) durch das subjektive Krankheitskonzept auf $R^2_{\text{korr}}=0,106$ ($R^2=0,199$, $R=0,446$) (2) durch das subjektives Behandlungskonzept auf $R^2_{\text{korr}}=0,032$ ($R=0,343$; $R^2=0,118$) und (3) durch die Erwartungserfüllung auf $R^2_{\text{korr}}=0,515$ ($R^2=0,558$; $R=0,747$).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass das subjektive Krankheitskonzept zu Reha-Beginn die Patient:innenzufriedenheit zu Reha-Ende prädiziert. Besonders relevant ist dabei das Kohärenzgefühl, also die Verstehbarkeit der eigenen Erkrankung. Durch das subjektive Behandlungskonzept zu Behandlungsbeginn konnte die Zufriedenheit nicht signifikant prädiziert werden. Betrachtet man jedoch die behandlungsbezogene Erwartungserfüllung, finden sich hohe Zusammenhänge mit der Patient:innenzufriedenheit. Besonders relevant waren die Erwartungserfüllung bzgl. der Reha-Ergebnisse, der Therapiegestaltung, von Befürchtungen und bzgl. Einstellungen zur Notwendigkeit der Rehabilitation. Sowohl das subjektive Krankheitskonzept als auch die Behandlungserwartung scheinen demnach ein lohnenswerter Ansatz für (psycho)therapeutische Interventionen in der psychosomatischen Rehabilitation zu sein. Die Exploration des subjektiven Krankheitskonzeptes und der Behandlungserwartung bietet eine Möglichkeit, das komplexe Gefüge aus krankheits- und behandlungsbezogenen Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen besser zu verstehen, als für die Rehabilitand:innen ggf. funktionales Krankheitsmanagement zu würdigen und für die Behandlung zu nutzen.

Literatur

- Gehrlach, C., Güntert, B. (2015). Erwartungen & Patientenzufriedenheit im Krankenhaus: Konstruktion und Anwendung einer erwartungsbasierten Erfahrungstypologie und deren Nutzung im Rahmen des Qualitäts- und Erwartungsmanagements. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 109(8), 585–593. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2013.09.013>
- Glattacker, M., Heyduck, K., Meffert, C. (2013). Illness beliefs and treatment beliefs as predictors of short and middle term outcome in depression. *Journal of Health Psychology*, 18, 139–152. <https://doi.org/10.1177/1359105311433907>
- Kessemeier, F., Stöckler, C., Petermann, F., Bassler, M., Pfeiffer, W., & Kobelt, A. (2018). Die Bedeutung von Arbeitsmotivation für den Reha-Erfolg. *Die Rehabilitation*, 57(04), 256–264. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118196>
- Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., ... Toepler, E. (2017). Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation: Zum Zusammenhang zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen. *Die Rehabilitation*, 56(01), 22–30. <https://doi.org/10.1055/s-0042-118580>
- Oster, J., Müller, G., von Wietersheim, J. (2009). Wer profitiert? Patientenmerkmale als Erfolgsprädiktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 48, 95–102. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1214411>

Financial distress – Prognostische Aussagekraft des Tumorstadiums beim Lungenkarzinom (BC)

Ulf Seifart; Bianca Klawitter

Deutsche Rentenversicherung Hessen

Hintergrund und Zielstellung

Aufgrund immer effektiverer Therapien überleben immer mehr Patientinnen und Patienten (Pat.) ihre Krebserkrankung (Malvezzi et al., 2017). Diese Longterm Survivor sind zwar häufig vom Tumor geheilt, aber nicht gesund, sondern leiden unter einer Vielzahl von Nebenwirkungen. Eine mögliche ist die finanzielle Toxizität der Therapie bzw. der Erkrankung, also das reduzierte Einkommen nach der Behandlung bzw. der Diagnose einer Tumorerkrankung. Dieser sogenannte financial distress ist häufig durch eine reduzierte Leistungsfähigkeit und somit einer Reduktion oder Aufgabe der beruflichen Tätigkeit bedingt. Daten aus 2014 zeigen, dass nach dem Therapieende die Beschäftigungsquote von Pat. mit einem Lungenkarzinom auf 38,8% absank. Dies liegt deutlich unter der Beschäftigungsquote der Allgemeinbevölkerung (Kim et al., 2014). Bedeutsame Einflussfaktoren sind hier die Motivation der Betroffenen, die Bedingungen am Arbeitsplatz, Alter, Schwere der Arbeit, Höhe des Schulabschlusses, aber auch die Intensität der Therapie (Mehnert, 2010) Zusätzlich besteht bei Pat. mit einem Lungenkarzinom der komplizierende Umstand, dass das Lungenkrebsrisiko invers mit Ausbildung und Einkommen korreliert ist. Studien zeigen, dass in der Bevölkerungsgruppe mit niedrigem Einkommen und schlechter Ausbildung die Inzidenz des Lungenkarzinoms in der Gruppe mit hohem sozioökonomischem Status höher ist (Mao et al., 2003). Dies ist teilweise die Folge einer häufigeren bzw. höheren beruflichen Exposition gegenüber Kanzerogenen. Möglicherweise trägt auch die höhere Prävalenz des Rauchens bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status zu ihrem höheren Lungenkrebsrisiko bei.

Somit ist davon auszugehen, dass Pat. mit einem Lungenkarzinom aufgrund des sozioökonomischen Status, als auch der intensiven Therapie besonders von einem financial distress betroffen sein können.

Bisher ungeklärt ist hierbei die Frage, wie hoch der financial distress bei Pat. mit einem BC ist und ob dieser vom Tumorstadium abhängig ist.

Aus diesem Grunde führten wir die vorliegende Untersuchung durch.

Methoden

Alle Pat., die in den Jahren 2015-2018 zur Rehabilitation aufgrund eines Lungenkarzinoms in der Klinik Sonnenblick aufgenommen wurden und noch erwerbstätig waren wurden in die Studie eingeschlossen. Bei allen Pat. erfolgten die Erfassung des Tumorstadiums und die anonyme Analyse der Einkommensverhältnisse anhand des Rentenversicherungskontos 2 Monate vor der Erkrankung sowie 1 bzw. 2 Jahre nach der Erstdiagnose.

Die Studie erhielt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Universitätsklinik Marburg

Ergebnisse

191 Pat. mit einem durchschnittlichen Alter von 59 Jahren, konnten in die Studie aufgenommen werden, wovon 30,4% weiblich waren. 27% der Pat litten unter einem Platenepithel-, 51% an einem Adenokarzinom, 8% eine andere Histologie des NSCLC aufwiesen. 22% der Pat. waren einem Kleinzelligen Lungenkarzinom erkrankt.

Tab. 1: Gehaltsverlust nach Tumorstadium

Anzahl Pat	Ø Verlust 1. Jahr	Ø Verlust 2. Jahr
Alle 191	19%	23%
I 69	17%	21%
II 38	18%	18%
III 49	25%	29%
IV 28	17%	28%

Diskussion und Fazit

Das von uns untersuchte Patientenkollektiv zeigt einen durchschnittlichen Gehaltsverlust von 23%. Entgegen der Annahme, dass palliative Pat. eher von einem financial distress betroffen seien, zeigen unsere Daten, dass es keine relevanten Unterschiede zwischen den einzelnen Tumorstadien gibt. Somit sollte diese Problemstellung bei allen Pat. mit einem Lungenkarzinom bedacht werden.

Ursächlich für den finanziellen Verlust der Pat. sind nach unseren Analysen das teilweise oder vollständige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, wobei 22% der Patienten nach 2 Jahren bereits verstorben sind. 1/3 der Patienten erhält eine Erwerbsminderungsrente und nur 29% sind wieder voll erwerbsfähig.

Literatur

Kim, Yun, Chang et al. (2014). Employment status and work- related difficulties in lung cancer survivors compared with the general population. Ann Surg Nov. DOI: 10.1097/SLA.0b013e318291db9d

Malvezzi et al (2017). Ann Oncol 28: 1017-1023.

Mao Y et al. (2003). Physical Activity and the Risk of Lung cancer in Canada. American Journal of Epidemiology, Vol. 158, No.6.

Mehnert, A. (2010). Employment and work-related issues in cancer survivors, Department of Medical Psychology, University Medical Center Hamburg, Review in oncology Hermatolgy.

Komplikationen in der frühen Rehabilitationsphase nach radikaler Zystektomie: Ein Vergleich zwischen Ileum Conduit und Neoblase

Marius Cristian Butea-Bocu¹; Mayumi Götte²; Henning Bahlburg²; Florian Roghmann²; Joachim Noldus²; Guido Müller¹

¹ Urologisches Kompetenzzentrum für die Rehabilitation (UKR) der Kliniken Hartenstein;

² Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne

Hintergrund und Zielstellung

Komplikationen nach radikaler Zystektomie (RZE) mit Anlage eines Ileum Conduits (IC) oder einer Neoblase (NB) stellen nach wie vor eine Herausforderung dar. In der Literatur werden die Gesamtkomplikationsrate mit 49-78%, die Rate an schwerwiegenden Komplikationen mit 13-24% sowie die stationäre Wiederaufnahmerate innerhalb von 90 Tagen nach der Operation mit 26-30% angegeben (Djaladat et al., 2017; Roghmann et al., 2014; Shabsigh et al., 2009). Das Ziel dieser Studie war es, in einem aktuellen Kollektiv postoperative Komplikationen, die bis zum Ende der stationären Anschlussrehabilitation (AR) auftreten, zu evaluieren.

Methoden

Prospektiv wurden Patienten mit einem Urothelkarzinom der Harnblase nach RZE und IC- oder NB-Anlage von 04/2018 bis 12/2019 mit Beginn der stationären uro-onkologischen AR in die Studie eingeschlossen. Postoperative Komplikationen wurden bis zum Ende der AR erfasst. Gemäß Clavien-Dindo-Klassifikation (CDC) wurde zwischen low- (CDC 1-2, LG) und high-grade (CDC 3-5, HG) Komplikationen unterschieden. Unter Berücksichtigung aktueller methodischer Entwicklungen, wie Roboter-assistierte Chirurgie und neoadjuvante Chemotherapie, wurden Regressionsanalysen durchgeführt, um unabhängige Prädiktoren für Komplikationen zu identifizieren.

Ergebnisse

Von 842 Patienten erhielten 447 (53,1%) ein IC und 395 (46,9%) eine NB. IC-Patienten waren im Median signifikant älter als NB-Patienten (73 Jahre (IQR 67–78) vs. 64 Jahre (IQR 58–69), $p < 0,001$). Eine NB-Anlage erfolgte bei 52,3% der Männer gegenüber 23,9% der Frauen. HG-Komplikationen traten häufiger bereits vor Beginn der AHB auf (25,5% vs. 5,7%; $p < 0,001$), während ein hoher Prozentsatz von LG-Komplikationen erst während der AHB evident wird (77,8 vs. 89,0% %; $p < 0,001$). Am häufigsten waren urogenitale (60,9%), infektiöse (54,0%) und gastrointestinale Komplikationen (49,2%). Patienten mit einer NB sind signifikant häufiger von urogenitalen Komplikationen, Infekten, thromboembolischen Komplikationen und einer metabolischen Azidose betroffen als die Patienten mit einem IC. Es zeigten sich keine Unterschiede in der Rate an HG-Komplikationen zwischen IC vs. NB (26,8% vs. 31,6%, $p = 0,126$). Die multivariate logistische Regressionsanalyse identifizierte die NB (OR 21,520; 95% CI 4,827-95,938; $p < 0,001$), ein Alter ≥ 70 Jahre (OR 2,522; 95% CI 1,112-5,719; $p = 0,027$) und einen höheren Body-Mass-Index (OR 1,153; 95% CI 1,038-1,280; $p = 0,008$) als unabhängige Prädiktoren für das Auftreten von Komplikationen jeglichen Schweregrades. Die NB (OR 1,448; 95% CI 1,018-2,058; $p = 0,039$) und ein Charlson Comorbidity Index ≥ 2 (OR 1,999; 95% CI 1,340-2,981; $p = 0,001$) wurden als unabhängige Risikofaktoren für das

Auftreten von HG-Komplikationen identifiziert. Das Geschlecht, die OP-Technik und eine neoadjuvante Chemotherapie beeinflussten in der multivariaten Regressionsanalyse das Auftreten von postoperativen Komplikationen nicht. Aufgrund von Komplikationen mussten 9,4% der Patienten in eine Akutklinik verlegt werden.

Diskussion und Fazit

Die RZE mit IC- oder NB-Anlage stellt nach wie vor ein Verfahren mit einer hohen Komplikationsrate dar. HG-Komplikationen treten postoperativ meist innerhalb von 4 Wochen auf. Ein hoher Anteil therapiebedürftiger LG-Komplikationen wird jedoch erst nach Entlassung aus der Primärklinik evident. Risikofaktoren für das Auftreten von postoperativen Komplikationen sind die NB, ein Alter ≥ 70 Jahre, ein höherer Body-Mass-Index und ein Charlson Comorbidity Index ≥ 2 . Die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Komplikationen während der fachspezifischen stationären AR führt zu einem signifikanten Rückgang notwendiger Wiederaufnahmen in eine akut-stationäre Krankenhausbehandlung.

Literatur

- Djaladat H, Katebian B, Bazargani ST, Miranda G, Cai J, Schuckman AK, et al. (2017). 90-Day complication rate in patients undergoing radical cystectomy with enhanced recovery protocol: a prospective cohort study. *World journal of urology*. 35(6). 907-11.
- Roghmam F, Trinh QD, Braun K, von Bodman C, Brock M, Noldus J, et al. (2014). Standardized assessment of complications in a contemporary series of European patients undergoing radical cystectomy. *International journal of urology : official journal of the Japanese Urological Association*. 21(2). 143-9.
- Shabsigh A, Korets R, Vora KC, Brooks CM, Cronin AM, Savage C, et al. (2009). Defining early morbidity of radical cystectomy for patients with bladder cancer using a standardized reporting methodology. *Eur Urol*. 55(1). 164-74.

Förderung: Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen (ARGE)

Kontinenzverbesserung nach radikaler Prostatektomie in der uro-onkologischen Rehabilitation: Intensiviertes Kontinenztraining bei ausgeprägter Inkontinenz und der Einfluss auf die seelische Belastung

Jürgen Wagner; Jana Bohro; Jens Leiendecker

MediClin Staufenburg Klinik

Hintergrund und Zielstellung

Die radikale Prostatektomie bei Prostatakarzinom ist eine der häufigsten uro-onkologischen Operationen und geht meist mit funktionellen Einschränkungen wie Harninkontinenz (HIK), erektiler Dysfunktion und weiteren körperlichen, seelischen, sozialen und beruflichen Einschränkungen einher (Rick, 2015). Eigene Voruntersuchungen an ca. 1600 Patienten mit unterschiedlichen Tumorstadien und Operationsmethoden ergaben in der Rehabilitation einen signifikanten Rückgang der Harninkontinenz (HIK) um 30-40% während des

Aufenthaltes (Wagner, 2019). Davon wiesen 36%, insbesondere ältere Patienten, eine initiale Harninkontinenz von >500ml/24h auf. Ein signifikanter Anteil verblieb mit noch deutlicher HIK bei Entlassung. Wir untersuchten daher die Hypothese, ob in dieser Gruppe durch ein intensiviertes Kontinenztraining in Einzeltherapie auf 2x/Woche ein stärkerer Rückgang der HIK erreicht werden kann. Patienten mit geringerer HIK erhielten eine Standardtherapie. Zusätzlich untersuchten wir an 180 Rehabilitanden nach Prostatektomie mittels psychometrischer Assessments, ob die seelische Belastung auch hinsichtlich der HIK in der Rehabilitation gebessert werden kann.

Methoden

An einer fortlaufenden, inkontinenten Patientenkohorte (n=1571) in der Anschlußheilbehandlung (AHB) nach operativer Prostatektomie wurden sowohl klinische und histologische Daten als auch die Inkontinenz in der Aufnahmewoche und am Ende der Entlasswoche im Zeitraum von 06/2019 bis 05/2021 ermittelt. Die Inkontinenz wurde mittels eines geschulten Vorlagen-(PAD)-Tests erfasst, gesplittet in 2 Phasen von 7-19 Uhr (Tag) und 19 bis 7 Uhr (Nacht). Die Einwilligung zur Datenerfassung wurde bei allen Patienten eingeholt. Für die statistische Analyse wurde ANOVA verwendet. Patienten, die eine ausgeprägte HIK beklagten, wurden in eine intensivierete Therapiegruppe (s.o.) eingeteilt, während die übrigen Patienten die Standardtherapie erhielten. Mittels FACT G und FACT P Test wurde der Effekt der Rehabilitation auf die seelische Belastung und HIK untersucht.

Ergebnisse

Das mittlere Alter aller prostatektomierten Patienten lag bei 66,3 Jahren. 47,5% lagen im Bereich von 60-69 Jahren 33,9% zwischen 70-79 Jahren, 17,4% waren jünger als 59 Jahre und 1,1 % über 80 Jahre. Die initiale Tages-Inkontinenz der Patienten betrug 503,6 ml/24h (Tag: 337,6, Nacht: 165,9 ml) und bei Entlassung 314,2 ml/24h (Tag: 215,8ml, Nacht: 98,5 ml), ein Rückgang von -37,5% (Tag: -36,1%; Nacht: -40,6%). 519 Patienten wiesen bei Aufnahme eine HIK von >500 ml/24 Std. auf (33%), 101-500 ml/24 Std: 28% und 0-100 ml/24 Std.: 39%. In der ersten Gruppe mit starker HIK betrug der MW des PAD-Tests bei Aufnahme 1114 ml/24Std. und bei Entlassung 714 ml/24Std (-36%), in der mittleren Gruppe lag der Rückgang bei 39% und bei 40,9% in der Gruppe mit der geringsten Harninkontinenz.

Während der Rehabilitation zeigten die psychometrischen Assessments einen deutlichen Rückgang des Krankheitsgefühls (-43,6%), der Belastung durch Nebenwirkungen der Therapie (-53,8%) und der Schmerzen (-39,6). Schwierigkeiten beim Wasserlassen wiesen eine Rückgang von -38,5% auf, häufigeres Wasserlassen (-26%) und Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) (-27,1%). In der Gruppe der Patienten mit ausgeprägter HIK zeigten sich ebenfalls signifikante Rückgänge bezüglich Schwierigkeiten beim Wasserlassen von -24,5%, häufigerem Wasserlassen von -20,7% und Einschränkungen der ADL von -20,3%.

Diskussion und Fazit

Ein Drittel der Patienten weist bei Aufnahme noch eine ausgeprägte HIK von über 500 ml/24 h auf. Über ein Liter mittlerer Harnverlust pro 24Std. steigert die Belastung der Patienten deutlich. Dennoch erreichen auch diese Patienten einen signifikanten Rückgang der HIK während der stationären Rehabilitation, der in der Relation vergleichbar ist zu Patienten mit

geringeren Ausgangsharnverlusten. Dies weist darauf hin, daß die Ausgangsbedingungen im OP-Gebiet nicht ausschlaggebend sind für den Rückgang der HIK. Eine weitere Intensivierung des Einzelkontinenztrainings, um bei Patienten eine bessere Umsetzung oder ein verbessertes Ansprechen des Schließmuskels zu erreichen, zeigt jedoch keinen steigernden Effekt. Dies zeigt, daß der übliche Umfang der Kontinenztherapie ausreicht, um den notwendigen Trainingseffekt zu erzielen. Ein Begleiteffekt der Rehabilitation ist, daß allgemeine (Krankheitsgefühl, Schwäche, Schmerzen) und prostatektomiespezifische Beschwerden sich deutlich rückläufig zeigen. Parallel zum Rückgang der HIK kommt es zu einem Rückgang der seelischen Belastung durch den Harnverlust. Dies ist auch der Fall bei Patienten, die bei Aufnahme noch eine ausgeprägte Harninkontinenz aufweisen.

Zusammenfassend zeigt sich, daß es in der Rehabilitation zu einem signifikanten Rückgang der Harninkontinenz, aber auch der psychischen und weiteren therapiespezifischen Beschwerden der Patienten kommt, unabhängig von der Ausgangsharninkontinenz. Durch eine weitere Intensivierung des Einzelkontinenztrainings ist keine weitere signifikante Verbesserung zu erreichen.

Literatur

- Borrusch H., Müller G., Otto U. (2011). Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie. Haben ältere Patienten ein erhöhtes Risiko? *Urologe* 50(4), 457-461.
- Müller C., Zermann D.H. (2013). Ergebnisqualität der urologischen Anschlussrehabilitation nach radikaler Prostatektomie. *J. Urol. Urogynäkol.* 20(2), 7-12.
- Rick O., Böckmann J., Dauelsberg T., Kämpfer W., Otto U. (2015). Standard für die Rehabilitation von Patienten mit Prostatakarzinom – ein multidisziplinärer Konsens. *GMS Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin*, Vol. 4. 1-20.
- Wagner, J., Bohro, J., Leiendecker, J. (2019). Kontinenzverbesserung nach radikaler Prostatektomie in der uro-onkologischen Rehabilitation. *DRV-Schriften Band 117 · 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium*, 343-345.

Rehabilitationsprozesse von Brustkrebsüberlebenden verstehen: Eine Grounded Theory über konfligierende Anforderungen, Bewältigung und Anpassungen

Kati Hiltrop¹; Paula Heidkamp¹; Clara Breidenbach²; Christoph Kowalski²; Nicole Ernstmann¹

¹ Forschungsstelle für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung,
Universitätsklinikum Bonn; ² Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Hintergrund und Zielstellung

Mit über 70.000 Neuerkrankungen pro Jahr ist Brustkrebs eine der häufigsten Krebsarten in Deutschland (Robert Koch-Institut, 2016). Eine 5-Jahres-Überlebensrate von 88% bei weiblichen Betroffenen verdeutlicht die Relevanz von Wissen zu Langzeitfolgen der Erkrankung und Therapie (Robert Koch-Institut, 2016). Vor dem Hintergrund von sinkenden bzw. stagnierenden Inanspruchnahmeraten der onkologischen Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018), ist es von Bedeutung zu verstehen, wie Entscheidungen

bezüglich der Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen getroffen werden, um Barrieren identifizieren und reduzieren zu können. Hierbei hilft die Untersuchung der Lebensrealität von Betroffenen, da Entscheidungen zur Rehabilitation unter Berücksichtigung der individuellen Lebensbedingungen getroffen werden. Die vorliegende Studie zielt auf die Exploration von Rehabilitationsprozessen von Langzeitüberlebenden von Brustkrebs ab, um den stagnierenden bzw. sinkenden Trend der Rehabilitationsinanspruchnahme und die langfristige Entwicklung der Erwerbstätigkeit zu verstehen. Es wurden die Ursachen, Kontexte und Konsequenzen, unter denen Entscheidungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation getroffen werden, analysiert.

Methoden

Im Rahmen des von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten mixed-methods B-CARE Projektes (Breast cancer patients' return to work) wurden Daten von ehemaligen Brustkrebspatientinnen 5-6 Jahre nach der Diagnose mittels einer schriftlichen Befragung und leitfadengestützter Interviews erhoben (Hiltrop et al., 2019). Zur Verfügung stehen Befragungsdaten von 184 ehemaligen Brustkrebspatientinnen und Interviewdaten von 26 dieser Teilnehmerinnen. Die qualitative Datenerhebung und –auswertung erfolgte im Sinne der Grounded Theory Methodologie (Corbin und Strauss, 2015).

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der 26 weiblichen Interviewten lag bei 57 Jahren. Die Grounded Theory zeigt auf, dass die Krebserkrankung mehrere Jahre nach der Diagnose noch Teil des Lebens der Befragten war. Die noch bestehenden physischen und psychischen Auswirkungen und damit einhergehende Anforderungen konnten Unvereinbarkeiten zwischen den Lebensbereichen Familie, Arbeit, Freizeit und Haushalt auslösen oder verstärken (Kernkategorie der Grounded Theory). Zur Bewältigung und Reduktion solcher Unvereinbarkeiten wendeten die Interviewten unterschiedliche Strategien an (z. B. Akzeptieren, Stark sein oder Reevaluiieren). Ferner kam es als Konsequenz der Unvereinbarkeiten zu Priorisierungen einzelner Lebensbereiche und Anpassungen, welche häufig zu Lasten der Arbeit und medizinischen Rehabilitation erfolgten. Priorisierungen und Anpassungen stellten somit Barrieren für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen dar und konnten das Auftreten von finanziell benachteiligenden beruflichen Veränderungen erläutern (z. B. frühzeitiger Renteneintritt). Jüngere, kinderlose Interviewte hatten eine Tendenz den Lebensbereich der Arbeit zu priorisieren.

Diskussion und Fazit

Anhaltende physische und psychische Auswirkungen der Brustkrebserkrankung und Therapie konnten die Leistungsfähigkeit einschränken und führten folglich bei vielen Befragten zu einer Priorisierung von einzelnen Lebensbereichen. Die Ergebnisse unterstreichen den Bedarf nach personalisierten langzeitlichen Unterstützungsangeboten. Um die Vereinbarkeit von Lebensbereichen zu erhöhen und die Priorisierung einzelner Lebensbereiche zu vermeiden, sollten Unterstützungsmaßnahmen auch die Familie oder Arbeitgebende einbeziehen.

Literatur

- Corbin, Juliet M.; Strauss, Anselm L. (2015). Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory. 4th edition. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Boston: Sage.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2018). Reha-Bericht 2018. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Hg. v. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin.
- Hiltrop, Kati; Heidkamp, Paula; Kowalski, Christoph; Ernstmann, Nicole (2019). Breast cancer patients' return to work (B-CARE): Protocol of a longitudinal mixed-methods study aiming to explore medical and occupational rehabilitation of patients with breast cancer in Germany. In: BMJ open 9 (12), : e033533. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-033533.
- Robert Koch-Institut (2016). Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Berlin.

Interessenkonflikt: CKO und CB sind Mitarbeitende der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Rückkehr zur Arbeit nach radikaler Zystektomie und Harnableitung aufgrund eines Urothelkarzinoms der Harnblase

Guido Müller¹; Marius Cristian Butea-Bocu¹; Henning Bahlburg²; Tabea Hellmann²; Fabian Schuster²; Florian Roghmann²; Joachim Noldus²

¹ Urologisches Kompetenzzentrum für die Rehabilitation (UKR) der Kliniken Hartenstein;

² Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne

Hintergrund und Zielstellung

Die berufliche Wiedereingliederung ist ein wesentliches Ziel der Rehabilitation. Für Patienten im erwerbsfähigen Alter ist die berufliche Reintegration oftmals von zentraler Bedeutung für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung und eine möglichst umfassende Wiedereingliederung in das familiäre und soziale Umfeld. Das Urothelkarzinom der Harnblase ist mit etwa 30.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland nach dem Prostatakarzinom die zweithäufigste urologische Tumorerkrankung (Robert-Koch-Institut, 2016). Wir haben uns die Frage gestellt, inwieweit es auch nach dem uroonkologischen Maximal Eingriff, der radikalen Zystektomie (RZE) und Harnableitung in Form eines Ileum Conduits (IC) oder einer orthotopen Ileum Neoblase (NB), möglich ist, Patienten erfolgreich in das Berufsleben zu reintegrieren.

Methoden

Im Rahmen einer prospektiven Versorgungsforschungsstudie wurden 230 präoperativ berufstätige Patienten von 04/2018 bis 12/2019 nach RZE und IC- oder NB-Anlage aufgrund eines Urothelkarzinoms der Harnblase mit Beginn der Anschlussrehabilitation (AR) in die Studie eingeschlossen. 6 und 12 Monate nach der Entlassung aus der AR wurde die Rückkehr

zur Arbeit evaluiert. Multivariate logistische Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um unabhängige Prädiktoren für die Rückkehr zur Arbeit zu identifizieren.

Ergebnisse

Präoperativ waren 206 Patienten in Vollzeit und 24 Patienten in Teilzeit berufstätig. Zur Harnableitung erhielten 179 Patienten (77,8%) eine NB und 51 Patienten (22,2%) ein IC. Patienten mit einer NB waren im Median etwas jünger als IC-Patienten (58 Jahre (IQR 55–61) vs. 61 Jahre (IQR 57–62); $p=0,099$). Die Patienten mit einem IC hatten im Vergleich zu NB-Patienten signifikant häufiger lokal fortgeschrittene Tumorstadien ($\geq pT3$: 43,1% vs. 22,9%; $p < 0,001$) und häufiger Lymphknotenmetastasen (23,5% vs. 12,8%; $p < 0,001$). Am Ende der AR bestand bei 77,4% der Patienten eine subjektiv positive Erwerbsprognose (NB 82,1% vs. IC 60,8%; $p < 0,001$). Einen Rücklauf der postalischen Nachbefragung erhielten wir 6 Monate nach der AR von 185 Patienten (80,4%). Hiervon waren 154 Patienten (NB 125 vs. IC 29) wieder erwerbstätig (83,2%) - 133 Patienten in Vollzeit und 21 Patienten in Teilzeit. Positiver Prädiktor für die Rückkehr zur Arbeit 6 Monate nach der AR war ein niedriges Tumorstadium. Ein niedriger sozioökonomischer Status hingegen wurde als negativer Prädiktor identifiziert. 12 Monate nach der AR konnten von 156 Patienten (67,8%) Informationen zum Erwerbsstatus erhalten werden: 119 Patienten (NB 101 vs. IC 18) waren erwerbstätig (76,3%) - 101 Patienten in Vollzeit und 18 Patienten in Teilzeit. Positive Prädiktoren waren ein Alter unter 60 Jahren und ein niedriges Tumorstadium ($\leq pT2$). Eine Lymphknotenmetastasierung hingegen wurde als negativer Prädiktor identifiziert. Die Form der Harnableitung, die OP-Technik (offen vs. Roboter-assistiert laparoskopisch) und das Geschlecht beeinflussten in der multivariaten Regressionsanalyse die Rückkehr zur Arbeit nicht.

Diskussion und Fazit

Nach der radikal-chirurgischen Therapie eines Harnblasenkarzinoms soll gemäß der „S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms“ den Patienten eine AR empfohlen werden. Zielsetzung der AR sind u.a. die Beseitigung von postoperativen Funktionsstörungen, die Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit und die psychische Stabilisierung der Patienten, um die Lebensqualität zu verbessern und so eine rasche Wiederbefähigung zur Teilhabe am normalen gesellschaftlichen, sozialen und beruflichen Leben zu ermöglichen (Deutsche Krebsgesellschaft, 2020). Die vorliegende Untersuchung konnte darstellen, dass Patienten auch nach RZE und Anlage von IC oder NB nach einer fachspezifischen, stationären, uroonkologischen Rehabilitationsbehandlung in einem hohen Prozentsatz wieder erfolgreich in das Erwerbsleben reintegriert werden können. Die Patienten werden nochmals nach 2 Jahren postalisch nachbefragt.

Literatur

Deutsche Krebsgesellschaft (2020). S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms, Langversion 2.0. AWMF-Registrierungsnummer 032/038OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/harnblasenkarzinom>, Abruf: 27.07.2020

Robert-Koch-Institut (2016). Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016

Förderung: Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen (ARGE)

Welchen Einfluss haben Merkmale der Krebstherapie auf die Inanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation?

Silke Jankowiak¹; Rainer Kaluscha¹; Thomas Widmann²; Lena Tepohl¹

¹ IFR Ulm; ² Asklepios Klinik Triberg

Hintergrund und Zielstellung

Die Diagnose Krebs greift zumeist abrupt und nachhaltig in die Lebenswelt Betroffener und deren Angehöriger ein. Sowohl die Erkrankung als auch die Therapien (z.B. Operation, Bestrahlung, Chemo-Therapie) führen zu starken körperlichen und seelischen Belastungen der Betroffenen. Bei der Rekonvaleszenz und der Bewältigung der Erkrankung kann eine onkologische Rehabilitation unterstützen (Bartsch, 2002). Allerdings ist weitgehend unklar, nach welchen Kriterien in der Versorgungspraxis eine onkologische Rehabilitation empfohlen oder in Anspruch genommen wird.

Hier sollen daher untersucht werden, ob Merkmale der primären Krebstherapie die Inanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen beeinflussen.

Methoden

Anhand bereits vorhandener sektorenübergreifender Daten (Kaluscha et al., 2016) erfolgte eine retrospektive Analyse hinsichtlich der Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen. In die Analysen wurden gemeinsame Versicherte der AOK und DRV BW bzw. DRV Bund eingeschlossen, die im Jahr 2004 krebsfrei waren und bei denen zwischen 2005 und 2009 bösartige Neubildungen an Brustdrüse (Mamma), Prostata oder Dickdarm (Kolon) aufgetreten waren. Die Identifikation der Patienten/innen erfolgte sowohl anhand der Diagnose (ICD-10-Kodierungen: C50, C61, C18) als auch anhand des Vorliegens einer einschlägigen primärtherapeutischen Behandlung (Bestrahlung, Chemotherapie, Operation). Ausgeschlossen wurden u.a. Betroffene, bei denen nach Krebsdiagnose keine Primärtherapie durchgeführt wurde (z.B. „watchful waiting“ bei Prostatakarzinom), da dann die Reha-Indikation fraglich ist.

Zur Identifikation von Prädiktoren der Reha-Inanspruchnahme wurden indikationsspezifisch logistische Regressionsmodelle mit der Zielgröße „Krebs-Reha vs. keine Reha“ angepasst.

Folgende Merkmale wurden hinsichtlich ihrer prognostischen Relevanz geprüft:

- soziodemografische Eigenschaften der Patienten (Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit)
- Erwerbsstatus im Jahr vor und während der Primärtherapie (Versichertenart, Rentenstatus, Arbeitsunfähigkeitstage)
- gesundheitliche Ausgangslage im Jahr vor und während der Primärtherapie (Medikation, stationäre und ambulante Behandlungen, Heil- und Hilfsmittel, Pflegestatus, Komorbiditäten)
- Merkmale der Primärtherapie (Dauer, Art, Setting und Kombination der Primärtherapie)

Von den multivariaten Analysen wurden Betroffene, die lediglich eine begleitende onkologiespezifische Behandlung durch niedergelassene Ärzte (Zusatztherapie) und keine primärtherapeutische Behandlung erhalten haben, ausgeschlossen.

Ergebnisse

Es wurden die Daten von 36.926 Betroffenen ausgewertet (Darmkrebs: 23,65%; Brustkrebs: 38,69%; Prostatakrebs: 37,67%). Unter Brustkrebspatientinnen (n=14.286) war der Anteil an Patientinnen, die eine onkologische Rehabilitation durchführten, mit 42,64% am höchsten. Von den 8.733 Darmkrebspatienten/innen nahmen 37,18% eine onkologische Rehabilitation in Anspruch. Bei den 13.907 Prostatakrebspatienten war der Anteil mit 30,70% am geringsten. Über alle drei Indikationsgruppen hinweg sank die Inanspruchnahme bei Pflegebedürftigen sowie Betroffenen mit ausländischer Staatsangehörigkeit (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Effektschätzer für soziodemografische Merkmale sowie für Merkmale der Primärtherapie. Zeichenerklärung Therapiekombination: C=Chemotherapie, h=Antihormontherapie, O=Operation, S=Strahlentherapie, z=Zusatztherapie (onkologiespezifische Behandlung durch niedergelassene Ärzte).

Effekt	Darmkrebs				Brustkrebs				Prostatakrebs				
	Odds-Ratio	95%-Konfidenzintervall		p-Wert	Odds-Ratio	95%-Konfidenzintervall		p-Wert	Odds-Ratio	95%-Konfidenzintervall		p-Wert	
ausländische Staatsangehörigkeit	0,475	0,381	0,593	<,0001	0,435	0,371	0,509	<,0001	0,196	0,159	0,241	0,0051	
Arbeitslosigkeit vs. Beschäftigung	0,493	0,292	0,831	0,0080	0,983	0,702	1,378	0,9227	0,632	0,349	1,146	0,3302	
Pflege vs. keine Pflege	0,390	0,317	0,480	<,0001	0,312	0,248	0,393	<,0001	0,224	0,136	0,369	<,0001	
Therapiekombination (Chemo-, Hormon-, OP, Bestrahlung, Zusatztherapie) (Referenz: NNONN = nur OP)	C	0,871	0,231	3,287	0,8387	0,264	0,146	0,478	<,0001	1,069	0,305	3,743	<,0001
	C+S	7,934	2,181	28,862	0,0017	0,396	0,107	1,466	0,1653	10,334	1,842	57,981	0,1309
	C+S+z	4,546	1,022	20,215	0,0467	2,105	0,706	6,272	0,1815	2,832	0,303	26,449	0,1962
	C+O+z	0,980	0,795	1,208	0,9876	1,312	0,817	2,107	0,2612	0,792	0,412	1,523	0,0123
	C+O+S	0,810	0,626	1,048	0,9867	1,374	0,901	2,095	0,1404	0,153	0,043	0,545	<,0001
	C+O+S+z	0,799	0,563	1,133	0,2074	2,199	1,436	3,366	0,0003	0,644	0,150	2,777	0,0006
	C+h+O+S	-	-	-	-	1,436	1,021	2,020	0,0374	0,242	0,031	1,911	0,3611
	C+h+O+S+z	0,829	0,075	9,216	0,8790	2,432	1,724	3,431	<,0001	0,418	0,089	1,960	0,2278
	C+h+S	-	-	-	-	2,314	0,640	8,365	0,2005	4,214	0,515	34,496	<,0001
	C+h+O+z	-	-	-	-	1,075	0,661	1,748	0,7705	1,596	0,506	5,028	0,0080
	O+z	0,859	0,728	1,013	0,0716	1,330	1,089	1,624	0,0052	1,222	1,041	1,434	0,5554
	O+S	1,392	0,953	2,034	0,0869	1,501	1,171	1,924	0,0014	0,430	0,248	0,746	0,8698
	O+S+z	0,997	0,638	1,556	0,9883	1,548	1,185	2,023	0,0013	0,594	0,316	1,115	0,0024
	S+z	3,295	0,646	16,803	0,1514	0,885	0,458	1,711	0,7160	1,220	0,548	2,717	0,0038
	h+O	-	-	-	-	1,456	1,139	1,861	0,0027	1,041	0,854	1,267	0,1783
	h+O+z	-	-	-	-	1,407	1,046	1,891	0,0239	0,744	0,549	1,007	0,2688
	h+O+S	0,191	0,019	1,956	0,1632	1,851	1,479	2,317	<,0001	0,520	0,296	0,914	0,1124
h+O+S+z	0,069	0,002	2,287	0,1344	1,863	1,480	2,345	<,0001	0,549	0,303	0,992	0,6258	
Setting der Primärtherapie (Referenz: ambulant & stationär)	ausschl, stat,	-	-	-	-	1,242	1,008	1,530	0,0418	-	-	-	
	ausschl, amb,	-	-	-	-	0,500	0,365	0,684	<,0001	-	-	-	
stationäre operative Primärtherapie	5,758	1,723	19,239	0,0045	-	-	-	-	14,149	8740	22,907	0,0143	
ambulante Chemotherapie	-	-	-	-	1,286	1,015	1,630	0,0369	-	-	-	-	
ambulante Strahlentherapie	-	-	-	-	-	-	-	-	2,074	1,282	3,355	0,0027	

Im Vergleich zu Betroffenen, die lediglich operiert wurden, stieg bei Betroffenen mit Kombinationen verschiedener primärtherapeutischer Maßnahmen die Rehabilitationsinanspruchnahme (vgl. Tab. 1). Insbesondere Darmkrebspatient/innen, die chemo- und strahlentherapeutisch behandelt wurden, gingen achtmal häufiger in Reha. Bei Prostatakrebspatienten erwiesen sich einige Therapiekombinationen, insbesondere die Kombination Operation + Chemo- + Strahlentherapie, als hinderlich für die Inanspruchnahme.

Eine stationäre operative Primärtherapie allein erhöht bereits die Inanspruchnahme deutlich. So nahmen Prostatakrebspatienten bereits rund 14mal häufiger eine Rehabilitation in Anspruch, wenn diese stationär operiert wurden (vgl. Tab. 1). Erhielten Darmkrebspatienten/innen im Vorfeld der Primärtherapie eine Bluttransfusion, halbierte sich die Inanspruchnahme (vgl. Tab. 2), während Bluttransfusionen sich bei

Prostatakrebspatienten hingegen förderlich auswirkten. Ebenso stieg die Inanspruchnahme über alle drei Indikationen hinweg, wenn eine stationäre psychosoziale, psychosomatische und neuropsychologische Therapie während der Primärtherapie erfolgte oder Vorerfahrungen mit Rehabilitationsmaßnahmen bestanden (vgl. Tab. 2).

Tab. 2: Effektschätzer für weitere ausgewählte Behandlungsmerkmale.

Effekt	Darmkrebs				Brustkrebs				Prostatakrebs			
	Odds-Ratio	95%-Konfidenzintervall		p-Wert	Odds-Ratio	95%-Konfidenzintervall		p-Wert	Odds-Ratio	95%-Konfidenzintervall		p-Wert
Blut-/Plasmatransfusion vor der Primärtherapie	0,509	0,348	0,747	0,0005	-	-	-	-	-	-	-	-
Blut-/Plasmatransfusion während der Primärtherapie	-	-	-	-	-	-	-	-	1,243	1,053	1,467	0,0265
stat. psychosoz., psychosom. und neuropsycholog. Therapie während der Primärtherapie	3,043	2,305	4,019	<,0001	1,497	1,216	1,842	0,0001	2,714	2,106	3,496	0,0055
stat. Operation am Lymphgewebe während der Primärtherapie	1,557	1,095	2,214	0,0137	1,304	1,200	1,417	<,0001	-	-	-	-
stat. Schmerztherapie während der Primärtherapie	-	-	-	-	1,693	1,071	2,676	0,0243	1,589	1,316	1,918	0,1738
Funktionsorientierte physikalische Monotherapie während der Primärtherapie	-	-	-	-	-	-	-	-	1,741	1,055	2,873	0,6930
Versorgung mit einer Brustprothese (Heil-/Hilfsmittel) während der Primärtherapie	-	-	-	-	1,714	1,476	1,990	<,0001	-	-	-	-
Versorgung mit Inkontinenzhilfen (Heil-/Hilfsmittel) während der Primärtherapie	-	-	-	-	1,714	1,476	1,990	<,0001	1,891	1,402	2,551	<,0001
Reha-Inanspruchnahme vor der Primärtherapie (aufgrund anderer Erkrankung)	1,250	1,072	1,457	0,0044	1,563	1,368	1,787	<,0001	-	-	-	-

Während einige Erkrankungen mit einer erhöhten Inanspruchnahme verbunden waren, bspw. Neuralgie bei Brustkrebsbetroffenen oder andere Prostataerkrankungen, gingen andere Krankheiten, bspw. obstruktive Uropathie und Refluxuropathie oder sonstige Krankheiten des Harnsystems mit einer geringeren Inanspruchnahme einher.

Mit einem c-Wert von 0,785 bzw. 0,889 war die Vorhersagegüte einer onkologischen Rehabilitation bei Brust- und Prostatakrebs gut bzw. sehr gut. Die Prognosegüte des Modells bei Darmkrebs war mit einem c-Wert von 0,697 allerdings nur knapp befriedigend.

Diskussion und Fazit

Bei Betrachtung der prognostisch relevanten Behandlungsmerkmale ergeben sich Hinweise darauf, dass Patienten mit einer komplexeren Primärtherapie und damit vermutlich einer höheren Fallschwere eher eine onkologische Rehabilitation durchführen und somit eine bedarfsorientierte Inanspruchnahme erfolgt.

Ebenso wie in anderen Untersuchungen hatten Personen mit Pflege bzw. Migrationshintergrund einen schlechteren Zugang zur Rehabilitation.

Während bei Betroffenen mit Brust- und Prostatakrebs eine gute Vorhersage gelang, kann die Inanspruchnahme bei Darmkrebspatienten/innen nur teilweise aus den Routinedaten erklärt werden. Hier scheinen vor allem Faktoren außerhalb der Routinedaten die Entscheidung für oder gegen eine Rehabilitation beeinflussen.

Literatur

Bartsch H.H. (2002). Was kann die Rehabilitation onkologischer Patienten nach kurativer und palliativer Therapie leisten? *Onkologie* 2002, 25(suppl 1), S. 54-59.

Kaluscha R., Jankowiak S., Dannenmaier J., Ritter S., Schilf S., Krischak G. (2016). Identifizierung von potentiellen Reha-Unteranspruchnehmern mittels sektorenübergreifender Analysen von Routinedaten. *DRV-Schriften Band 109* (Tagungsband des 25. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums), S. 113-115.

Förderung: Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg förderte die Studie mit Forschungsmitteln und stellte ebenso wie die AOK Baden-Württemberg und die Deutsche Rentenversicherung Bund dankenswerterweise anonymisierte Routinedaten zur Verfügung.

Anforderungen an Traumarehabilitationszentren

Stefan Simmel

BG Unfallklinik Murnau

Hintergrund und Zielstellung

Das aktuelle Weißbuch Schwerverletztenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) sieht sechs Phasen für die orthopädisch-unfallchirurgische Rehabilitation Schwerverletzter vor (DGUV, 2021):

- Phase A: Akutbehandlung
- Phase B: Frührehabilitation während der Akutbehandlung
- Phase C: Postakute Rehabilitation
- Phase D: Anschlussrehabilitation (z.B. AR, AHB, BGSW)
- Phase E: Weiterführende Rehabilitation (z.B. Rehabilitation zur beruflichen Wiedereingliederung, Schmerzrehabilitation)
- Phase F: Nachsorge bei bleibenden oder langfristigen Unfallfolgen.

Zur Umsetzung dieses Phasenmodells sind spezialisierte Einrichtungen erforderlich, die insbesondere für die Phase C spezielle Anforderungen hinsichtlich ihrer Infrastruktur, Personal und Organisation erfüllen müssen.

Auf Vorschlag des DGU-Vorstandes hat eine Arbeitsgruppe einen Anforderungskatalog erarbeitet, der als Vorbereitung für eine mögliche Aufnahme spezialisierter TraumaRehaZentren (TRZ) in die bestehenden TraumaNetzwerke DGU® dienen soll.

Methoden

Basierend auf Vorarbeiten des Arbeitskreises Traumarehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und den Anforderungen an Rehabilitationseinrichtungen für die berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung (BGSW) nach Arbeitsunfällen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) hat eine interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe mit Mitgliedern der DGOU Sektion Rehabilitation, der Deutschen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPMR), der Akademie der Unfallchirurgie (AUC) und der DGU Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung (NIS) im Rahmen mehrerer Webmeetings zwischen Dezember 2020 und Juni 2021 die Anforderungen erarbeitet (Simmel et al., 2018). Die jeweils erarbeiteten Entwürfe wurden vor dem nächsten Treffen den Teilnehmern zur Kommentierung zugesandt. Die Rückmeldungen wurden in die jeweilige neue Version eingearbeitet, diese diente dann als Diskussionsgrundlage.

Ergebnisse

Als Ergebnis wurden personelle, sachliche und organisatorische Voraussetzungen, Prozessanforderungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung beschrieben, die über die BGSW-Anforderungen hinausgehen (Simmel et al., 2021):

Erwartet werden von Ärzten und Therapeuten Qualifikationen im Bereich der Technischen Orthopädie und Hilfsmittelversorgung sowie Erfahrungen in arbeitsplatzbezogener Diagnostik und Therapie. Therapeuten müssen Erfahrungen in der Handtherapie und in der Schmerztherapie nachweisen können. Es muss eine angemessene Anzahl Klinischer Psychologen mit Master-/Diplom-Abschluss Psychologie und weiteren spezifischen Qualifikationen zur leitliniengerechten Diagnostik und Therapie von typischen psychischen Störungen nach Unfällen vorhanden sein. Gerade für das oft noch pflege- bzw. hilfsbedürftige Patientengut ist eine aktivierend-therapeutische Pflege entscheidend. Die Pflegekräfte benötigen Erfahrungen in der Wundbehandlung und der Schmerztherapie. Alle medizinischen Fachgebiete müssen zeitnah für Konsile zur Verfügung stehen. Eine Vorstellung im Notfall muss jederzeit möglich sein. Für die postakute Rehabilitation wurden für alle Bereiche Personal-/Patientenschlüssel als Mindestanforderung festgelegt.

Die räumliche und apparative Ausstattung der Rehabilitationseinrichtung muss so bemessen und beschaffen sein, dass das jeweilige indikationsspezifische Rehabilitationskonzept umgesetzt werden kann. Gefordert werden ein durchgehend besetzter Pflegestützpunkt und die behindertengerechte Ausstattung aller Patientenzimmer im Bereich der Phase C-Station. Spezielle Pflege- und Überwachungsmittel müssen im Bedarfsfall bei Aufnahme des Patienten zur Verfügung stehen. Erforderliche Therapiemittel und -infrastruktur wie Möglichkeiten zum Lokomotions- und Terraintraining, ein Bewegungsbad mit Lifter, Übungsauto sowie Übungsküche und -bad werden vorausgesetzt.

Eine enge Kooperation mit den Traumazentren soll eine rasche Übernahme geeigneter Patienten innerhalb von 5 Werktagen (Richtwert) nach Vorliegen der Kostenübernahme ermöglichen. Aus konzeptionellen, qualitätssichernden und wirtschaftlichen Erwägungen wird die Behandlung von mindestens 50 Rehabilitanden der Phase C jährlich vorausgesetzt. Im Rahmen von Fallbesprechungen sollen insbesondere Komplikationen und irregulär verlaufende Heilverläufe aufgearbeitet werden.

Diskussion und Fazit

Die oben beschriebenen Anforderungen müssen spezialisierte TraumaRehaZentren erfüllen, um zukünftig in die Traumanetzwerke DGU® integriert zu werden. Ziel ist das Vermeiden von Reha-Löchern und Schnittstellenproblemen auf dem oft langwierigen Weg des Schwerverletzten zurück in den Alltag und das Berufsleben. Die hierfür erforderlichen Investitionen müssen jedoch finanziert werden, um einen Anreiz für geeignete Rehabilitationseinrichtungen zu schaffen.

Die Traumarehabilitation ist keine Einbahnstraße. Nur die enge Kooperation und gegenseitige Wertschätzung zwischen Akutklinik und TRZ wird zu einer wesentlichen Verbesserung der Versorgung und Rehabilitation schwerverletzter Patienten führen. Deshalb müssen auch auf Seiten des verlegenden Traumazentrums bzw. Traumanetzwerks Voraussetzungen erfüllt werden, wie die (eigentlich selbstverständliche) Übermittlung eines Entlassungsbriefes und

der relevanten Bildgebung vor Verlegung, oder die Klärung der Kostenübernahme durch den zuständigen Kostenträger.

Literatur

- DGUV (2021). Weißbuch Schwerverletztenversorgung
<https://www.dgu-online.de/q-s/schwerverletzte/weissbuchschwerverletztenversorgung.html> (letzter Zugriff: 15.10.2021)
- Simmel S, Bork H, Eckhardt R, et al. (2021). Anforderungen an Traumarehabilitationszentren - Postakute Rehabilitation (Phase C) nach schwerer Unfallverletzung. Unfallchirurg, published online 30.09.2021.
- Simmel S, Müller WD, Bork H, et al. (2018). Anforderungen an Einrichtungen der Phase C der Traumarehabilitation - Überregionale Traumarehabilitationszentren in der postakuten Rehabilitation. Phys Med Rehab Kuror; 28: 282-286.

Beratung zu Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige – Evaluationsergebnisse aus einem Landesprojekt in NRW

Friederike Otto; Deborah Leddin
Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

In Nordrhein-Westfalen (NRW) leben etwa 965.000 pflegebedürftige Menschen (IT.NRW, 2019). 82,5% von ihnen werden von Angehörigen allein oder mit Unterstützung eines Pflegedienstes zu Hause versorgt. Seit 2012 können Pflegende eine zielgruppenspezifische Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen nach §§ 23/40 SGB V in Anspruch nehmen, um ihre Pflegefähigkeit zu erhalten. Für erwerbstätige Pflegende, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist, kann die Gesetzliche Rentenversicherung die Kosten übernehmen. Einige Rehakliniken haben spezifische Therapiekonzepte für Pflegende entwickelt.

Zur Förderung der Inanspruchnahme der stationären Maßnahmen hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW 2019 das Landesprojekt „Zeit und Erholung für pflegende Angehörige in NRW – Kurberatung für pflegenden Angehörige“ ins Leben gerufen. 120 Kurberater*innen wurden für die doppelte Prozesskette geschult, d.h. für die Beratung Pflegenden zur Findung des geeigneten Gesundheitsangebots und zur Beratung in Bezug auf die Versorgung der pflegebedürftigen Person während der Maßnahme.

Aus dem Projekt werden Ergebnisse zu folgenden Fragen berichtet:

1. Welche Pflegenden kontaktieren eine Kurberatungsstelle der Freien Wohlfahrt?
2. Welche gesundheitlichen Beschwerden und welche belastenden Kontextfaktoren haben Pflegende im Erwerbsalter im Vergleich zu älteren Pflegenden?
3. Welche Form der Betreuung wird für die pflegebedürftige Person während der Maßnahme gewünscht?

Methoden

Ausgewertet wurden pseudonymisierte Daten aus Selbstauskunftsbögen der Pflegenden aus dem Antragsverfahren und Fragebögen, die die Pflegenden am Ende der Beratung ausgefüllt hatten (zusammenhängende Stichprobe). Die Gesundheitsbeschwerden und Kontextfaktoren wurden über Itembatterien erfasst, die auf Grundlage einer früheren Studie entwickelt wurden (Otto, de Wall, 2019). In Bezug auf die Gesundheitsbeschwerden sollten die Pflegenden jeweils angeben, ob diese seit Jahren, seit Monaten, seit Wochen oder gar nicht bestanden. Berechnet wurde der Anteil der Pflegenden mit Beschwerden, die seit Jahren oder seit Monaten bestanden. Kontextfaktoren wurden mit dem Antwortformat „liegt vor“ vs. „liegt nicht vor“ abgefragt. Die Auswertung erfolgte deskriptiv. Subgruppenvergleiche wurden mittels Chi-Quadrat-Tests (zweiseitig) durchgeführt.

Ergebnisse

Zwischen Januar 2020 und Juli 2021 nahmen 1051 pflegende Angehörige eine Kurberatung in Anspruch, 838 Pflegende (67,0%) stellten einen Vorsorge- oder Reha-Antrag. Von N=388 Pflegenden lagen Selbstauskunftsbögen und Fragebögen vor (Stichprobe). 85,9% der Teilnehmenden waren Frauen. 238 Pflegende (61,3%) waren im Erwerbssalter (32-65 Jahre), 150 Personen waren 66-94 Jahre alt.

Von den Personen im Erwerbssalter waren 72,2% (169) erwerbstätig. Die Veränderung oder Aufgabe der Erwerbstätigkeit war für die Hälfte der Befragten im Erwerbssalter in der Pflegesituation begründet.

Am häufigsten waren die Pflegenden beider Altersgruppen von Rückenschmerzen, Erschöpfung und Schlafstörungen betroffen. Die Pflegenden im Erwerbssalter waren von allen gesundheitlichen Beschwerden prozentual häufiger seit Monaten oder Jahren betroffen als die älteren Pflegenden. Bei sechs von zehn Beschwerden waren die Unterschiede statistisch signifikant (Tab. 1).

Bei den belastenden Kontextfaktoren wurde die psychische Anforderung durch die Pflege in beiden Altersgruppen am häufigsten genannt. Von den meisten Kontextfaktoren waren die Pflegenden im Erwerbssalter häufiger betroffen, insbesondere von ständigem Zeitdruck und der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Für die älteren Pflegenden stellte die körperliche Anforderung signifikant häufiger eine Belastung dar (Tab. 2).

In Bezug auf die Versorgung der pflegebedürftigen Person während der stationären Maßnahme unterschieden sich die Pflegenden im Erwerbssalter und die älteren Pflegenden. 72,4% der Pflegenden im Erwerbssalter wollten die Maßnahme allein antreten, 21,4% in Begleitung des Pflegebedürftigen. Dagegen wünschten 35,2% der älteren Pflegenden allein zu reisen und 62,1% eine Maßnahme in Begleitung des Pflegebedürftigen.

Für die pflegebedürftigen Personen, die nicht als Begleitperson an der Maßnahme teilnehmen, sollte die Versorgung überwiegend durch andere Personen in der Häuslichkeit sichergestellt werden.

Tab. 1 Gesundheitsbeschwerden der Pflegenden seit Monaten oder Jahren

	Pflegende im Alter von 32-65 Jahren (in %)	Pflegende im Alter von 66-94 Jahren (in %)	p
Rücken- und Gelenkbeschwerden	83,2	70,7	.005
Erschöpfung	81,9	76,0	n. s.
Schlafstörungen	79,0	70,7	n. s.
Ständige Müdigkeit	76,1	60,7	.001
Niedergeschlagenheit	66,0	64,7	n. s.
Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit	57,1	38,7	.001
Gereiztheit	58,0	54,7	n. s.
Unruhe und Angst	58,8	47,3	.028
Lustlosigkeit	55,9	41,3	.007
Kopfschmerzen	39,5	20,7	<.001

Tab. 2 Belastende Kontextfaktoren der Pflegenden

	Pflegende im Alter von 32-65 Jahren (in %)	Pflegende im Alter von 66-94 Jahren (in %)	p
Psychische Anforderung durch die Pflege	92,9	91,9	n. s.
Ständiger Zeitdruck	84,5	59,7	<.001
Vereinbarkeit von Pflege, Beruf, Familie	79,4	16,1	<.001
Überforderungssituation	76,9	68,9	n. s.
Soziale Isolation	55,5	63,1	n. s.
Mangelnde Unterstützung im Alltag	51,7	37,6	.009
Familiäre Probleme	49,2	23,5	<.001
Körperliche Anforderung durch die Pflege	48,3	63,8	.003
Bewältigung von Alltagsproblemen	47,1	50,0	n. s.
Tod eines nahen Angehörigen	37,8	26,4	.026
Probleme am Arbeitsplatz	26,9	-	-
Finanzielle Sorgen	23,5	6,7	<.001
Schwierige Wohnverhältnisse	17,2	23,5	n. s.

Diskussion und Fazit

Die Mehrfachbelastung durch Pflege, Familie und Beruf kann mit einer hohen psychischen und physischen Belastung einhergehen. In der Stichprobe der Pflegenden, die eine Kurberatungsstelle aufgesucht haben, waren die Pflegenden im Erwerbsalter durchschnittlich höher belastet als die älteren Pflegenden. Die psychische Belastung war bei fast allen Pflegenden stark ausgeprägt.

Mit der demografischen Entwicklung steigt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen, während die Zahl der professionell Pflegenden abnimmt. Schon jetzt werden Pflegeleistungen überwiegend von nahen Angehörigen erbracht. Stationären Vorsorge- und Reha-Maßnahmen sind neben Unterstützungsangeboten im Alltag und betrieblichen Entlastungsangeboten ein zunehmend wichtiges Element im Versorgungsnetz zum Erhalt der Pflegefähigkeit und damit auch der Erwerbsfähigkeit.

Vorsorge- und Reha-Kliniken sollten sich künftig auf die Zielgruppe der Pflegenden einstellen, wobei die Unterbringung der pflegebedürftigen Person sichergestellt werden muss.

Literatur

Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen. <https://www.it.nrw/nrw-zahl-der-pflegebeduerftigen-stieg-zwei-jahren-um-255-prozent-101693>. Abruf 26.10.21.
Otto F, de Wall S (2019). Stationäre Versorgung für Pflegende demenziell erkrankter Angehöriger. ZfA 2019;95(11). DOI 10.3238/zfa.2019.0462-0467.

Förderung: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Nordrhein-Westfalen

Mandate der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation und ihre Konflikte (SWIMMER-Projekt)

Tobias Knoop¹; Nadja Scheiblich¹; Stephan Dettmers²; Thorsten Meyer¹

¹ Universität Bielefeld; ² Fachhochschule Kiel

Hintergrund und Zielstellung

Sozialarbeiter*innen stehen in ihrer Praxis vor der Herausforderung, mehr oder weniger explizite Beauftragungen ohne genaue Handlungsanweisungen, sog. Mandate, miteinander zu verhandeln. Staub-Bernasconi (2019) differenziert drei Akteursgruppen als Mandatgeber*innen: Gesellschaft bzw. hier Reha-Träger im Namen der Gesellschaft, Rehabilitand*innen und Professionelle. Identitäts-, Loyalitäts-, Rollen- und Handlungskonflikte können entstehen. Das SWIMMER (Sozialarbeiterische Wirkmechanismen in der medizinischen Rehabilitation, Förderer GfR NRW) -Projekt soll zur Aufklärung der ausgeprägten Variation der Inanspruchnahme und Ausgestaltung sozialarbeiterischer Praxis sowie inkonsistenter Ergebnisse zu deren Wirksamkeit (Knoop et al., 2019) beitragen. In diesem Zuge wurde auch untersucht, welche Rolle das o.g. Tripelmandat in der rehabilitativen Praxis der Sozialdienste spielt und wie der Umgang mit möglichen Konflikten die Ausgestaltung dieser Praxis beeinflusst.

Methoden

In zwei Erhebungsphasen fanden in zehn Rehabilitationseinrichtungen in NRW Leitfadeninterviews mit Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes und Leitungspersonen der Einrichtungen statt. Zudem wurden teilnehmende Beobachtungen des Arbeitsalltages der Sozialarbeiter*innen durchgeführt und Beratungsgespräche aufgezeichnet. Bei der Auswahl der Einrichtungen der ersten Erhebungsphase wurde im Sinne des maximum-variation Samplings auf ein breites Spektrum an Schwerpunktindikationen, Organisationsformen und Angeboten geachtet. Für die zweite Erhebungsphase wurden aufbauend auf der Datenauswertung der ersten Erhebungsphase weitere Einschlusskriterien entwickelt (theoretisches Sampling). Die Auswertung wurde angelehnt an die Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1991) vorgenommen, gearbeitet wurde mit der Software MAXQDA. Das Material wurde offen kodiert und induktiv Kategorien entwickelt, die vergleichbare Phänomene zusammenfassen. Zusätzliche deduktive Kategorien, die sich aus den Leitfäden und Unterfragestellungen ergaben, ergänzten das Kategoriensystem. Der permanente Vergleich von Phänomenen und Fällen führte zur weiteren Ausdifferenzierung der Kategorien. Nach der

zweiten Erhebungsphase werden entlang des Kodierparadigmas der Grounded Theory die Beziehungen der einzelnen Kategorien zueinander herausgearbeitet und Schlüsselkategorien bestimmt.

Ergebnisse

In der ersten Erhebungsphase (September 2020 – April 2021) konnten Daten in k=6 Reha-Einrichtungen erhoben werden. Es ergaben sich n=29 Interviews (mittlere Dauer der n=21 Interviews mit Sozialarbeiter*innen m=79,2 Minuten (min.); n=8 Interviews mit Leistungspersonen m=46,3 min.), n=32 Beobachtungsprotokolle (beobachtete Situationen: Einzelgespräche, Sprechstunden, Gruppentermine und Dienstbesprechungen) und n=10 aufgezeichnete Beratungsgespräche (m=27,1 min.). Kardiologie (k=5) und Orthopädie (k=4) waren die häufigsten Indikationsschwerpunkte der eingeschlossenen Einrichtungen. Die Einrichtungen waren zum Großteil stationär (k=4) und verfügten überwiegend über einen MBOR-Schwerpunkt (k=4).

Hinweise auf die Mandate konnten aus den Äußerungen der Befragten direkt entnommen und/ oder aus den Interviews, Protokollen und Mitschnitten der Beratungsgespräche rekonstruiert werden. Tabelle 1 zeigt beispielhaft Indikatoren der drei Mandate.

Tab. 1: Indikatoren der Mandate

Mandat	(i.V. der) Gesellschaft	Profession	Rehabilitand*in
Text- stelle	[...] wir bekommen ja den Auftrag von den Ärzten, wo auch schon angegeben ist, soll eine Wiedereingliederung gemacht werden? Oder soll vielleicht/ sollen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben befürwortet werden und erklärt werden. (Quelle: Einrichtung E3, Interview Sozialarbeiter*in C: Zeilen 187-191)	Es gibt teilweise Leute, die sind 40, die gehen dann in Rente und die haben da'n Problem mit, was ich auch nachvollziehen kann. (.) Einfach so den Status der toughen Arbeitnehmerin zur (.) sehr eingeschränkten erwerbsgeminderten Person, das ist auch was, was man irgendwie nachbesprechen sollte. (E2, B: 646-651)	Der Rehabilitand(R1) soll arbeitsunfähig aus der Rehabilitationseinrichtung entlassen werden und bekommt für seine letzte Tätigkeit die Beurteilung, dass er diese nur noch unter 3 Stunden ausführen kann. R1 fragt sich nun, wie es weitergehen könne. (E3, Beobachtungsprotokoll TB1, NA: 324-332)
Text- stelle	Sozialarbeiterin A. rät R6, sich eine Krankschreibung von ihrem Orthopäden ausstellen zu lassen. Dies solle sie solange tun, bis sie die 78 Wochen Krankengeld voll ausgeschöpft hat. R6 fragt sich jedoch, ob ihre Krankenkasse dies so einfach hinnehmen werde. (E1, TB1, NA: 424-426)	Nachdem die weitere Perspektive (hier: Kündigung auf ärztlichen Rat, TK/NA) von R1 geklärt ist, fragt B. nach, ob sich dieser schon Gedanken gemacht hat, wie er sich von dem Unternehmen verabschieden möchte. Sie merkt an, dass sie glaubt, dass es für ihn wichtig wäre, einen guten Abschied zu haben. R1 stimmt ihr zu. [...] Frau B. schlägt daraufhin vor, dass sie einen erneuten Termin für ein Beratungsgespräch diese Woche machen. (E3, TB1 NA: 348-352)	I: [...] wenn es jetzt diese unterschiedlichen Verständnisse (des beruflichen Ziels, NA/TK) gibt [...] Reden da die Rehabilitanden nochmal mit den Ärzten oder machen Sie das? [...] B: (.) (Schmalzt) Also das kann durchaus sein, dass das beide Seiten nochmal/ also der Rehabilitand und auch wir. Auf jeden Fall reden wir nochmal auch mit den Ärzten, ne? Sowieso. (.) [...] Also in den entsprechenden Teams oder eben telefonisch mit den Ärzten. Oder man geht auch hin (.) und spricht mit denen. [...] Entscheiden tut's letztendlich der Patient. (..) Wenn der nicht will, (..) man kann ihn nicht zwingen. (E3, C: 249-268)

Aus der Auswertung ergaben sich für den Alltag der Sozialarbeiter*innen u.a. folgende Aufgaben: Erschließung sozialer/ beruflicher Teilhabeperspektiven und die elementare Absicherung der Rehabilitand*innen. Die o.g. Konflikte im Zuge des Tripelmandats treten häufig bei der Erledigung dieser Aufgaben auf, jedoch insbesondere bei der beruflichen Teilhabe (Tab.1). Das Mandat der Klient*innen dominierte in der dokumentierten Arbeit der Sozialdienste und prägte die Vorgehensweise (Anwaltschaftlichkeit, Fürsorge/Paternalismus, Bruch mit Routinen) maßgeblich. Das Mandat der Gesellschaft wird auf unterschiedlichen Wegen in der Praxis der Sozialdienste vermittelt. Im interprofessionellen Austausch vermitteln insbesondere die Sozialmediziner*innen durch die sozialmedizinische Begutachtung das Mandat der Gesellschaft. Im Konfliktfall treten diese als Protagonist*innen der „Gegenseite“ auf. Soweit nachvollziehbar argumentieren die Sozialarbeiter*innen im Sinne ihres professionellen Mandats fachlich v.a. auf Grundlage der Berufserfahrung und/oder ihres Selbstverständnisses als Fachkraft der Sozialen Arbeit. Schwierigkeiten ergeben sich bei der evidenzbasierten Argumentation für das eigene Vorgehen.

Diskussion und Fazit

Der in der Rehabilitation häufige Zielkonflikt im Rahmen der beruflichen Rückkehr (Nagl & Farin, 2012) stellt sich als ein Kristallisationspunkt des Tripelmandats in der Arbeit der Sozialdienste heraus. Die von den Sozialarbeiter*innen verfolgten Strategien unterscheiden sich voneinander. In einem nächsten Schritt sollte analysiert werden, inwieweit z.B. Merkmale des Sozialdienstes bzw. der Sozialarbeiter*innen die Wahl und Ausübung der Strategien beeinflussen. Erste Erklärungsansätze für die Überbetonung des Mandats der Klient*innen könnten die restriktiven zeitlichen Rahmenbedingungen, die unzureichende Einbindung in den Reha-Prozess oder Unterschiede in der Berufsbiografie der Mitarbeiter*innen sein.

Literatur

- Knoop, T., Dettmers, S. & Meyer, T. (2019). Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. DRV Schriften, Bd. 117: 83-84, Berlin: Eigenverlag.
- Nagl, M., & Farin, E. (2012). Congruence or discrepancy? Comparing patients' health valuations and physicians' treatment goals for rehabilitation for patients with chronic conditions. *International journal of rehabilitation research*, 35(1), 26–35.
- Staub-Bernasconi, S. (2019). Menschenwürde - Menschenrechte - Soziale Arbeit: Die Menschenrechte Vom Kopf Auf Die Füße Stellen. Leverkusen-Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques* (1. printing). Newbury Park, Calif.: Sage.

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

Mediziner:innen mit ausländischem Abschluss in deutschen Rehabilitationseinrichtungen – Lessons learned aus zwei Studien

Eva Jansen¹; Manuela Marquardt¹; Patricia Hänel²

¹ Charité – Universitätsmedizin Berlin; ² Alice Salomon Hochschule Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Nationale und internationale Literatur zeigt, dass die berufliche Integration von migrierten Ärzt:innen in Rehabilitationskliniken eine große Herausforderung darstellt (zusammengefasst in Körner & Quaschnig 2021).

Der vorliegende Beitrag synthetisiert die Ergebnisse aus zwei Studien des Forschungsstranges der DRV zu Mediziner:innen mit ausländischem Abschluss als „Lessons learned“ und gibt einen Ausblick auf ein anschließendes, aktuelles laufendes Forschungsvorhaben.

Die qualitative Interviewstudie „Ärztinnen und Ärzte in Migration – Integration in deutschen Reha-Einrichtungen (ÄiM-R) (2016-2018, DRV) zeigte die Herausforderungen bei der Einarbeitung von und Zusammenarbeit mit migrierten Ärzt:innen in Rehabilitationseinrichtungen (Hänel et al., 2018, Jansen et al., 2018, Jansen & Hänel 2021).

Das Projekt „Strukturierte Transition und Integration in der Rehabilitation“ (STIR) (2019-2020) entwickelte partizipativ mit vier Rehabilitationskliniken in Deutschland verschiedene Maßnahmen zur strukturierten Transition und beruflichen Integration migrierter Ärzt:innen (Jansen & Hänel 2022).

Im November 2021 startete ein drittes Forschungsprojekt „MaAquant“, welches zum Ziel hat, einen quantitativen Überblick über die Anzahl, geographische Verteilung und weitere Merkmale von Mediziner:innen mit ausländischem Abschluss im deutschen Rehabilitationssystem zu erlangen.

Methoden

In ÄiM-R wurden leitfadengestützte Interviews mit 56 ÄiM und Personen aus ihrem Arbeitskontext durchgeführt. Diese wurden im Anschluss nach Braun und Clarke thematisch analysiert. In STIR wurde gemeinsam mit einer Steuerungsgruppe aus vier Testkliniken Maßnahmen ausgewählt und in den jeweiligen Kliniken implementiert.

Das Forschungsprojekt MaAquant erhebt Daten zur Anzahl und der Verteilung der Mediziner:innen mit ausländischem Abschluss über das Bundesgebiet, sowie zu ihren spezifischen Merkmalen (sozio- und berufsbiographisch, migrations- und integrationsbezogen) im Rahmen einer hybriden Einrichtung- und Mediziner:innenbefragung. Darüber hinaus sollen Faktoren, die sich auf die Absicht zum Berufsverbleib in der Rehabilitation (retention intention) auswirken, aufgefunden gemacht werden. Die Einrichtungsbefragung erfolgt postalisch über die Verwaltungen aller Kliniken der Fachabteilungen aus der DRV-QS-Datenbank. Diese rekrutieren intern die Mediziner:innen mit ausländischem Abschluss.

Ergebnisse

Zwei Schwerpunkte kristallisierten sich im Analyseprozess von ÄiM-R heraus:

Erstens ist die Rehabilitation in Deutschland ein sehr spezifischer Arbeitsort, der sich stark von der akutmedizinisch-ärztlichen Tätigkeit unterscheidet. Herausfordernd für Medi-

ziner:innen mit ausländischem Abschluss in Rehabilitationskliniken sind die im Vergleich zur Akutklinik aufwändigeren bürokratischen Prozesse und Aufgaben sowie eine umfangreichere und durch rechtliche Vorgaben strukturierte Dokumentation. Der zweite Schwerpunkt dieses Projektes betraf die soziale Integration. Die Ergebnisse unserer Untersuchung zeigten große Schwierigkeiten für Mediziner:innen mit ausländischem Abschluss am Arbeitsplatz und in der lokalen Bevölkerung Kontakte zu knüpfen, die über professionelle Beziehungen hinausgehen. In dem Projekt STIR wurden Maßnahmen partizipativ mit den Kliniken ausgewählt und getestet. Zu den ausgewählten Maßnahmen gehören ein Kurzfilm, eine Website, Führungskräfte trainings, interkulturelle Trainings, ein Peersupporting Programm und ein Gesprächsleitfaden für Startgespräche. Es zeigt sich, dass alle getesteten Maßnahmen im klinischen Alltag gut umsetzbar sind und von den Teilnehmer:innen akzeptiert und für nützlich empfunden werden.

Diskussion und Fazit

Um professionelle Integrationsbemühungen in Zukunft zielgerichteter einsetzen zu können sind quantitative Daten zu Mediziner:innen mit ausländischem Abschluss in den verschiedenen Regionen in Deutschland notwendig. Das Projekt MaAquant erhebt Querschnittsdaten, die das Phänomen „Ärzt:innen mit ausländischem Abschluss im deutschen Rehabilitationssystem“ beschreiben und dessen Ausmaß abschätzen. So lassen sich spezifische Einarbeitungskonzepte und Aufgabenprofile für unterschiedliche Zielgruppen entwickeln und damit vor allem zur Gewinnung oder speziellen Förderung derjenigen, die längerfristig bleiben. Darüber hinaus können auf Basis dieser Ergebnisse Aussagen zur Rolle des Rehabilitationssystems bei der Integration von migrierten Mediziner:innen ins deutsche Gesundheitssystem getroffen werden.

Literatur

- Hänel P, Fölske L, Muschalla B, Jansen, E (2018). Herausforderungen und Chancen der sozialen Anbindung von migrierten Ärztinnen und Ärzten in der stationären Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*; 104: 236–246.
- Jansen E, Hänel P. (2021). Integration migrierter Ärzt*innen in die deutsche „Gesundheitsversorgung“ am Beispiel von Rehabilitationskliniken. In: *Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien*. Bern: Hogrefe; 207–212.
- Jansen E, Hänel P (2022). Welche Maßnahmen helfen bei der beruflichen Integration von migrierten Ärzt*innen in Rehabilitationskliniken? Gewonnene Erkenntnisse aus einer Machbarkeitsstudie. *Rehabilitation*, in print.
- Jansen E, Hänel P, Klingler C (2018). Rehabilitation-specific challenges and advantages in the integration of migrant physicians in Germany: a multiperspective qualitative interview study in rehabilitative settings. *Public Health* 2018. doi:10.1016/j.puhe.2018.03.017.
- Körner M, Quaschnig K. (2021). Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund in der Rehabilitation – Handlungsempfehlungen für das Diversitätsmanagement. *Die Rehabilitation*. doi:10.1055/a-1200-7209.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Pflegefachliche und ärztliche Unsicherheiten bei Prüfung der Rehabilitationsindikation im Kontext der Pflegebegutachtung

*André Golla¹; Anja Bieber¹; Wilfried Mau¹; Susanne Saal¹; Andrea Kimmel²;
Katrin Breuninger²*

¹ Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ; ² Medizinischer Dienst Bund

Hintergrund und Zielstellung

Medizinische Dienste prüfen bei Pflegebegutachtungen obligatorisch, ob eine Rehabilitationsindikation vorliegt und können auf diese Weise einen niedrigschwelligen Rehabilitationszugang initiieren (MDS & GKV 2001). Diese Prüfung stellt einen komplexen Entscheidungsprozess dar, bei dem pflegefachliche (pGA) und ärztliche Gutachterinnen bzw. Gutachter (äGA) der Medizinischen Dienste involviert sind. PGA prüfen und dokumentieren bei der Pflegebedürftigkeitsprüfung nach einem standardisierten Schema, ob Bedarf, Fähigkeit und realistische Ziele für eine medizinische Rehabilitationsleistung vorliegen. Trifft dies zu, bewerten äGA die pflegefachlichen Befunde und entscheiden über das Bestehen einer Rehabilitationsindikation sowie bei Bestätigung über die Art der Rehabilitationsleistung in Form einer Rehabilitationsempfehlung.

In diesem zweistufigen gutachterlichen Abwägungs- und Entscheidungsprozess sind auf mehreren Ebenen Unsicherheiten zu erwarten, da das Vorliegen einer Rehabilitationsindikation von verschiedenen Umständen abhängig ist und sich oftmals auf einem Kontinuum zwischen einem eindeutigen „ja“ und „nein“ abbildet. Zu gutachterlichen Entscheidungsunsicherheiten liegen bislang kaum qualitative und quantitative Daten vor. Von daher wurde untersucht, welche Entscheidungsheuristiken im Begutachtungsprozess durch pGA und äGA von Medizinischen Diensten bei der Feststellung einer Rehabilitationsindikation herangezogen werden und welche Unsicherheiten damit einhergehen.

Methoden

Die Fragestellung wird im Rahmen der REHA-Post-Studie bearbeitet (Laufzeit: 03/21 – 08/22; gefördert durch den GKV-Spitzenverband im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI). In einem ersten qualitativen Studienschritt wurden dazu explorative, leitfadengestützte Interviews durchgeführt, um das Spektrum an individuellen Unsicherheitsfaktoren aus Sicht von pGA und äGA zu identifizieren. Die Gewinnung von Interviewteilnehmenden erfolgte in sechs Medizinischen Diensten, die unter Berücksichtigung der unterschiedlichen geriatrischen Versorgungsstrukturen in den Bundesländern, den Umsetzungsbesonderheiten des optimierten Begutachtungsstandards (MDK & GKV, 2021) sowie den Anteilen abgegebener Rehabilitationsempfehlungen im Sinne eines Samplings ausgewählt wurden. Mit insgesamt 12 pGA und 6 äGA konnten im Mai-Juni 2021 telefonische Interviews realisiert werden. Für die Interviewdurchführung wurden im Vorfeld für pGA und äGA je ein Interviewleitfaden entwickelt, die sich an den jeweiligen Prozessaufgaben beider Befragungsgruppen orientierte und die Methoden des Lauten Denkens sowie problemzentrierter Interviews miteinander verknüpften. Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und anschließend mittels der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) in

MAXQDA ausgewertet, wobei der Datenerhebungs- und Auswertungsprozess iterativ gestaltet war.

Ergebnisse

In den Interviewdaten ließen sich sowohl Entscheidungsunsicherheiten identifizieren, die in engem Zusammenhang mit der Versichertencharakteristik und einzelnen Rehabilitationskriterien (Bedürftigkeit, Fähigkeit, Ziel und Prognose) stehen, als auch Unsicherheiten, die eher dem Gutachter:innenprofil und den bestehenden Kontextfaktoren, z.B. allgemeine Verfahrens- bzw. Prüfbedingungen oder Versorgungssituation im Einzugsbereich der Versicherten zuzuordnen sind und den Entscheidungsprozess im Ganzen beeinflussen.

PGA verknüpften rehabilitationsbezogene Entscheidungsunsicherheiten u.a. mit einer uneindeutigen Erkrankungssituation (z.B. Diagnosezeitpunkt, Beeinträchtigungszeitraum), Unklarheiten zur ambulanten Versorgung und speziellen Krankheitsbildern (z.B. psychische/kognitive Erkrankung, Adipositas). Entscheidungskonflikte können z.B. aber auch entstehen, wenn Versicherte oder Angehörige sich in der Begutachtungssituation gegen eine Rehabilitation positionieren, ein vorhandenes Vorgutachten zu einer deutlich anderen rehabilitationsbezogenen Einschätzung kommt oder passende Rehabilitationsangebote für die Versicherten nicht verfügbar sind (z.B. mobile Rehabilitation).

Da die äGA nach Aktenlage entscheiden, sind sie im Wesentlichen von der pflegfachlichen Dokumentation abhängig. In diesem Zusammenhang können ärztliche Entscheidungsunsicherheiten u.a. durch mangelnde entscheidungsrelevante Informationen im Gutachten (z.B. medizinische Informationen/Diagnostik, Erfolge laufender Heilmitteltherapien, Versorgungs- und Krankheitsverlauf, Gewichtung der versichertenseitigen Einschränkungen) oder Diskrepanzen zwischen Gutachten-beschreibungen und pflegfachlicher Einschätzung (z.B. positive Reha-Fähigkeit trotz hohem Beeinträchtigungs-ausmaß laut Gutachten) entstehen. Auch aus ärztlicher Sicht waren rehabilitationsbezogene Entscheidungsprozesse bei psychischen Krankheitsbildern mit Unsicherheiten assoziiert.

Durch beide Professionsgruppen wurde zudem verdeutlicht, dass das eigene rehabilitative Verständnis/Wissen, die Kommunikation im zweistufigen Verfahren sowie die Umsetzung der Begutachtungsrichtlinien teilweise zu Entscheidungsunsicherheiten führen.

Diskussion und Fazit

Mit den Interviews wurden verschiedene gutachterliche Unsicherheitsfaktoren identifiziert, die im Rehabilitationszugang über die Pflegebegutachtungen auftreten. Neben Hinweisen zu versichertenseitigen Konstellationen, die in der Praxis mit Entscheidungsschwierigkeiten einhergehen, geben die Interviews auch Einblicke in das gutachterliche Rehabilitationsverständnis sowie das Spannungsfeld zwischen Richtlinienvorgaben und deren praktischer Umsetzung. Zudem werden neben den wahrgenommenen Unsicherheiten auch die zugrundeliegenden Ursachen oder Gründe durch die Interviewteilnehmenden thematisiert (z.B. Informationsdefizite durch fehlende Möglichkeiten zur Einholung oder Nutzung ergänzender Informationsquellen, u.a. aufgrund verfahrensbedingter Vorgaben oder verfügbaren Zeitfenstern usw.). Somit fördern die Ergebnisse ein komplexes Verständnis für die gutachterlichen Herausforderungen bei der Prüfung der Rehabilitationsindikation. In einem weiteren Studienschritt wird auf Basis dieser Erkenntnisse ein schriftlicher Fragebogen entwickelt und in den Medizinischen Diensten begutachtungsbegleitend implementiert, um die

Gewichtung der Unsicherheitsaspekte quantitativ abbilden zu können und gezielte Handlungsempfehlungen zu erstellen.

Literatur

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

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen & GKV-Spitzenverband (2021). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (3. Aufl.). Zugriff online unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/BRi_Pflege_210930.pdf, Abruf: 29.10.202.

Förderung: GKV-Spitzenverband

Praktischer Handlungsbedarf in der Psychosomatischen und Orthopädischen Rehabilitation aus der Sicht von Betroffenen und Mitarbeitenden in der Rehabilitation

Lisa Ann Baumann¹; Anja Gieseler¹; Natalie Schüz²; Aike Hessel²; Anna Levke Brütt¹

¹ Carl von Ossietzky Universität; ² Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Hintergrund und Zielstellung

Um die Rehabilitationspraxis zukünftig besser an den Bedürfnissen der Rehabilitand*innen auszurichten, sollten diese sowie Mitarbeitende in der Rehabilitation vermehrt in die Gestaltung der Rehabilitation mit einbezogen werden (Kirschning et al., 2013; Brütt et al., 2016). Um frühzeitig Probleme in der Rehabilitationspraxis zu erkennen und diesen entgegenzuwirken, können Rehabilitand*innen und Mitarbeitende bereits bei der Bestimmung zentraler Handlungsfelder beteiligt werden (Kirschning et al., 2013). Innerhalb des Projektes ReHaFe wurden daher gemeinsam mit Rehabilitand*innen und Mitarbeitenden im Bereich der Orthopädischen und Psychosomatischen Rehabilitation relevante Handlungsfelder für diese Bereiche identifiziert und priorisiert.

Methoden

Das Projekt gliederte sich in zwei Studienphasen. Innerhalb der ersten Studienphase wurden 3872 ehemalige Rehabilitand*innen (Psychosomatische oder Orthopädische Rehabilitation im Jahr 2019), 235 Mitarbeitende aus drei Rehabilitationskliniken und 31 Mitarbeitende aus sozialmedizinischen und rehabilitationsstrategischen Bereichen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen (DRV OL-HB) zur Studienteilnahme eingeladen. Mittels einer explorativen schriftlichen Befragung (Papier- und Onlinefragebogen) wurde der aus Sicht der Studienteilnehmenden bestehende Handlungsbedarf in der Rehabilitation erhoben. Anschließend wurden die Rückmeldungen der Teilnehmenden qualitativ anhand eines induktiv entwickelten Kategorien-Systems ausgewertet. Aus den übergeordneten Kategorien wurden vom Forschungsteam praktische Handlungsfelder formuliert.

Innerhalb der zweiten Studienphase wurden diese Handlungsfelder priorisiert. Hierzu wurden parallel ein Priorisierungsworkshop sowie eine zweistufige Delphi-Befragung durchgeführt. Rehabilitand*innen aus der ersten Studienphase, welche zur Teilnahme an der zweiten Studienphase ein-gewilligt hatten (n=184), wurden randomisiert einem der beiden Verfahren zugeteilt (32 dem Workshop, 152 der Delphi-Befragung). Zur Delphi-Befragung wurden erneut 239 Mitarbeitende aus den drei Rehabilitations-Kliniken und 37 Mitarbeitende aus sozialmedizinischen und rehabilitationsstrategischen Bereichen der DRV OL-HB eingeladen. Die Listen mit den priorisierten Handlungsfeldern wurden abschließend miteinander verglichen.

Ergebnisse

An der ersten Studienphase beteiligten sich 217 Rehabilitand*innen (Rücklaufquote 5,7%), 32 Klinik-Mitarbeitende (13,6 %) und 13 Mitarbeitende der DRV OL-HB (41,9 %). Innerhalb der zweiten Studienphase nahmen 75 Rehabilitand*innen (51,4%), 33 Klinik-Mitarbeitende (13,8%) und 8 Mitarbeitende der DRV OL-HB (21,6%) an beiden Erhebungswellen der Delphi-Befragung teil. 11 Rehabilitand*innen (35,5%) beteiligten sich am Priorisierungsworkshop.

Die befragten Rehabilitand*innen waren in der ersten Studienphase etwas häufiger männlich und in der zweiten häufiger weiblich. In beiden Phasen waren sie zum Großteil zwischen 50 und 59 Jahre alt und hatten meist einen Haupt- oder Realschulabschluss. Am Priorisierungs-Workshop nahmen mehr Rehabilitand*innen mit Abitur teil. Die Mitarbeitenden der Kliniken waren häufiger weiblich, meist zwischen 45 und 69 Jahre alt und größtenteils als Sozialarbeiter*in oder im therapeutischen Dienst tätig. Die Mitarbeitenden der DRV OL-HB waren ebenfalls häufiger weiblich und größtenteils zwischen 45 und 69 Jahre alt.

Innerhalb der ersten Studienphase wurden 20 praktische Handlungsfelder formuliert, welche ein breites Themenspektrum abdeckten (bspw. Beantragung/Vorbereitung einer Rehabilitation, Aus-gestaltung des Rehabilitations-Aufenthaltes oder die Nachsorge). Aus der anschließenden Priorisierung dieser Themen wurde deutlich, dass die Studienteilnehmenden, unabhängig von der gewählten Priorisierungsmethode, den größten Handlungsbedarf in der Weiterentwicklung eines ganzheitlichen Rehabilitations-Ansatzes sehen (jeweils Rang 1). Die Workshopteilnehmenden sahen weiterhin großen Handlungsbedarf bei der Eingangsuntersuchung zu Beginn einer Rehabilitation (Rang 2) sowie bei der Beteiligung von Patient*innen an der Gestaltung ihrer Rehabilitation (Rang 3). Für die Teilnehmenden der Delphi-Befragung waren die individuellere Ausgestaltung (Rang 2) sowie die Vorbereitung (Rang 3) der Rehabilitation weitere relevante Handlungsfelder. Die erstellten Rankings innerhalb der beiden Methoden wiesen Überlappungen auf. Insgesamt unterschieden sich die Top 10 nur in 2 Handlungsfeldern sowie der Position der Handlungsfelder innerhalb der Top 10 voneinander.

Diskussion und Fazit

Obwohl die Rehabilitation auf dem bio-psycho-sozialen Modell aufbaut, welches für einen ganzheitlichen Behandlungsansatz steht, sahen die Studienteilnehmenden hier den größten Handlungsbedarf. Was in der Theorie bereits Konsens ist, scheint somit in der Praxis nicht vollends umgesetzt. In der Gesamtsicht fokussieren die priorisierten Handlungsfelder deutlich den Wunsch nach stärker individualisierten rehabilitativen Interventionen sowie einer

vermehrten Aufklärung und Beteiligung der Rehabilitand*innen über und in ihrer Rehabilitation.

Die Priorisierung der einzelnen Themen wies zwischen den zur Priorisierung genutzten Methoden Ähnlichkeiten auf. Dies hebt die Relevanz dieser hoch priorisierten Themen hervor. Es wurde jedoch auch deutlich, dass es Unterschiede in den Rangplätzen der Themen gibt. Eine zu starre Fokussierung bei der Auswahl zukünftiger Handlungsfelder auf die exakte Reihenfolge der Themen erscheint somit nicht zielführend. Vielmehr sollten die hoch priorisierten Themen als ein Überblick über den wichtigsten Handlungsbedarf in der Rehabilitation genutzt werden.

In einem abschließenden Schritt werden die priorisierten Handlungsfelder gemeinsam mit der DRV OL-HB und den kooperierenden Reha-Kliniken diskutiert, um Strategien zur Bearbeitung und Umsetzung der Handlungsfelder zu entwickeln.

Literatur

- Brütt, A. L., Buschmann-Steinhage, R., Kirschning, S., Wegscheider, K. (2016). Teilhabeforschung - Bedeutung, Konzepte, Zielsetzung und Methoden. Bundesgesundheitsbl, 59. 1068–1074.
- Cowan, K., Oliver, S. (2020). The James Lind Alliance Guidebook. URL: www.JLAGuidebook.org, Abruf: 04.11.2020.
- Kirschning, S., Matzat, J., Buschmann-Steinhage, R. (2013). Partizipative Rehabilitationsforschung. Präz Gesundheitsf, 8. 191-199.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Differenzen in der Bewertung des medizinisch-psychiatrischen Rehabilitationserfolgs bei Anwendung verschiedener Patient Reported Outcomes

Birgit Senft; Daniela Fischer-Hansal; Alexandra Schosser
Zentren für seelische Gesundheit BBRZMED

Hintergrund und Zielstellung

Die Bewertung des Rehabilitationserfolgs erfolgt häufig anhand von Effektgrößen für Patient-Reported-Outcomes, auch wenn diese Vorgehensweise aufgrund meist fehlender Kontrollgruppen durchaus kritisch gesehen werden kann. In Meta-Analysen werden Effekte bei hinreichender Studienqualität verglichen, wobei unterschiedliche Assessments z.B. zur Veränderungsmessung der Symptombelastung eingesetzt werden. Screening-Skalen sind aufgrund der Testökonomie beliebt und ermöglichen die Erfassung mehrerer interessierender und relevanter Aspekte.

In der (ambulanten) medizinisch psychiatrischen Rehabilitation in Österreich wird die Kurzversion des Brief Symptom Inventory - BSI-18 (Franke et al., 2010) breit eingesetzt. Aufgrund des hohen Anteils von (überwiegend chronisch) depressiven Rehabilitanden wird in den Zentren für seelische Gesundheit der BBRZ MED zusätzlich das Beck Depressions-Inventar – BDI-II (Hautzinger et al., 2006) für die Evaluation genutzt. Im BDI-II wurden schon mehrfach höhere Effektgrößen ermittelt als im BSI-18 (Helbig et al., 2017; Jagsch, 2015). Im stationären Setting einer Rehabilitationseinrichtung zeigen sich diese Unterschiede jedoch nicht. Zielsetzung der Analyse ist ein Vergleich der Effektgrößen von BDI-II und BSI-18 in der ambulanten Rehabilitation und eine Diskussion der Unterschiede.

Methoden

Die Befragung der Rehabilitanden erfolgte schriftlich bei Aufnahme und Entlassung mittels BDI-II und BSI-18. Von N=5304 Rehabilitanden der Jahre 2014 bis 2021 wurden jene 3731 Fälle (70,3%) einbezogen, für die Aufnahme- und Entlassungswerte für beide Verfahren vorlagen. Im BDI-II (21 Items) wurden Fälle mit mehr als acht fehlenden Werten, und in der Skala Depressivität im BSI-18 (6 Items) Fälle mit mehr als einem fehlenden Wert aus der Analyse ausgeschlossen. Die Effektgrößen wurden mittels Effect-size-Calculator (Durham University) berechnet, die Analyse mit SPSS 27 durchgeführt.

Ergebnisse

Die Reliabilität, gemessen an Cronbach's Alpha war für beide Verfahren hinreichend und betrug für den BDI-II bei Aufnahme $\alpha=0,898$ und bei Entlassung $\alpha=0,923$. Die Reliabilität für die kürzere Skala Depressivität im BSI-18 lag bei Aufnahme bei $\alpha=0,846$ und bei Entlassung bei $\alpha=0,871$. Bei Aufnahme korrelierten die Werte vom BDI-II und der Skala Depressivität mit $r(\text{Pearson})=0,758$ und bei Entlassung mit $r(\text{Pearson})=0,762$. Unter den Rehabilitanden, die bei

Aufnahme im BDI-II im Bereich einer leichten, mittleren oder schweren depressiven Symptomatik liegen, fallen etliche auf, die in der Skala Depressivität im BSI-18 niedriger, in einigen Fällen aber auch höher scoren (Abbildung 1).

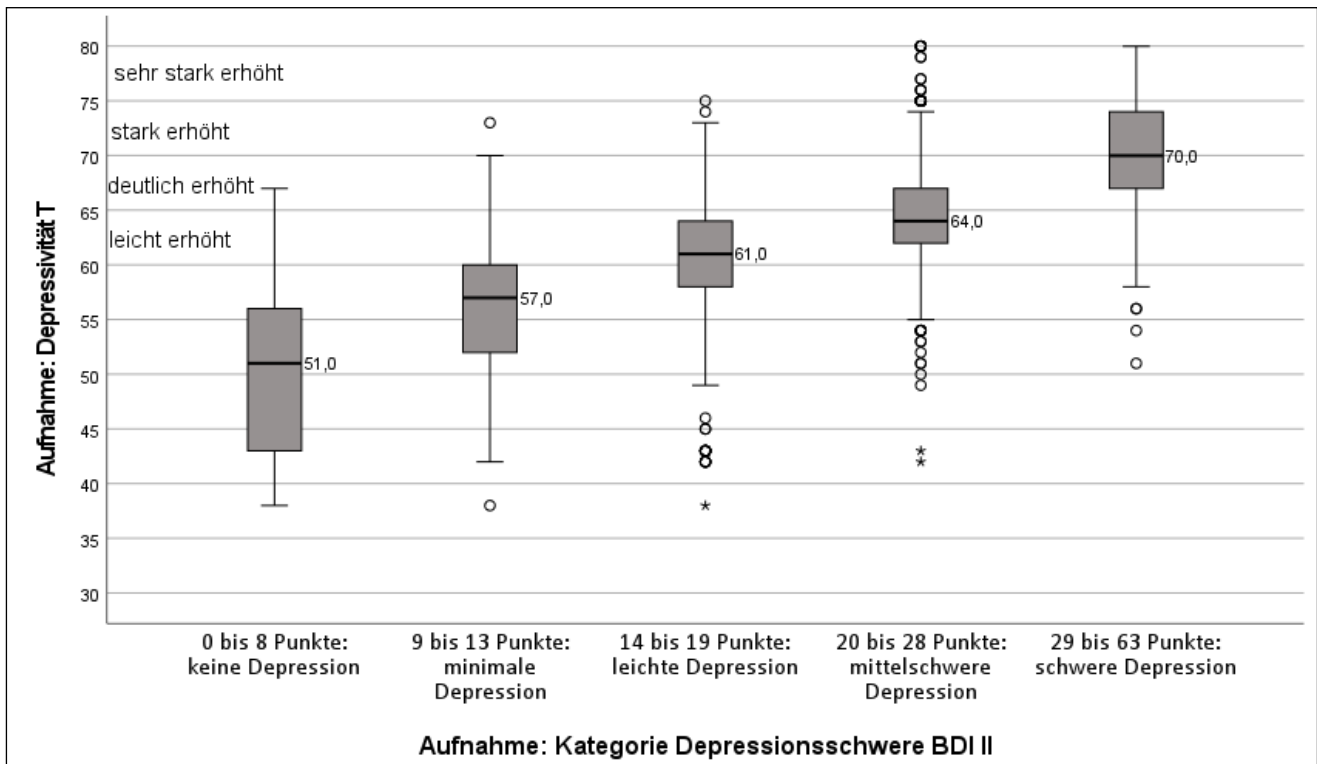


Abb. 1: BDI-II

Mit beiden Verfahren wurde eine signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik gemessen, die jedoch im BDI-II mit einer Effektgröße von $d = 0,66$ [KI: 0,61 – 0,70] deutlich stärker ausfiel als in der Skala Depressivität mit einer Effektgröße von $d = 0,42$ [KI: 0,37 – 0,46].

Diskussion und Fazit

Die beiden verwendeten Verfahren verfügen über eine zufriedenstellende Reliabilität und von einer hinreichenden Veränderungssensitivität wird ausgegangen. Der Wertebereich im BDI-II ist aufgrund der höheren Item-Anzahl größer und die Item-Skalierung weist vier Stufen auf, während im BSI-18 eine fünfstufige Skalierung verwendet wird. Die Unterschiede in den Effektgrößen sind in dieser Einrichtung stabil und deutlich und werden zur Diskussion gestellt. Verschiedene Berechnungsmethoden liefern zudem deutlich unterschiedliche Effektgrößen. Im Zuge von Meta-Analysen sollten mögliche systematische Effekte durch unterschiedliche Assessments und methodische Herangehensweisen beachtet werden.

Literatur

- Durham University. Effect Size Calculator, Durham University. Verfügbar unter <http://www.cemcentre.org/evidence-based-education/effect-size-calculator>
- Franke, G. H., Jäger, S., Morfeld, M., Salewski, C., Reimer, J., Rensing, A. et al. (2010). Eignet sich das BSI-18 zur Erfassung der psychischen Belastung von nierentransplantierten Patienten? *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 19, 30–37.
- Hautzinger, M., Keller F. & Kühner, C. (2006). BDI-II Beck Depressions-Inventar Revision. Manual. Frankfurt: Harcourt Test Services.

Helbig, F., Pixa, A., Bühringer, G. & Hoyer, J. (2017). Wirksamkeit ambulanter Verhaltenstherapie bei Substanzstörungen und abhängigen Verhaltensweisen - Evaluation einer Spezialambulanz. *Verhaltenstherapie*, 27 (1), 7–14. <https://doi.org/10.1159/000455660>

Jagsch, R. (2015). Evaluierung des arbeitsbezogenen Therapieerfolgs der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen des Projekts "fit2work" (Universität Wien, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter https://www.boep.or.at/download/615abefa3c15c85ec400008e/4._F_rderjahr_Endbericht_Evaluierung.pdf

Implementierung eines routinemäßigen elektronischen Lebensqualitäts-Assessment in der stationären Rehabilitation für Kinder und Jugendliche – Lessons learned

David Riedl¹; Gabriele Sanio²; Gerhard Rumpold¹; Bernhard Holzner¹; Thomas Licht²; Alain Nickels²; Gustav Fischmeister³

¹ Medizinische Universität Innsbruck; ² Rehabilitationszentrum St. Veit im Pongau;

³ Kinder Jugend Reha Leuwaldhof

Hintergrund und Zielstellung

Die elektronische Erhebung von Patient Reported Outcomes (ePRO), d.h. Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustandes und der Lebensqualität durch die betroffenen Patient*innen selbst, stellt in der onkologischen Routine eine wichtig Ergänzung zu traditionellen klinischen Outcome-Parametern dar. Während die Verwendung von ePROs in der Behandlung von Erwachsenen bereits einen zentralen Stellenwert einnimmt, ist ihre Verwendung bei Kindern und Jugendlichen noch deutlich seltener verbreitet (Riedl & Rothmund et al., 2020). In der pädiatrischen Rehabilitation können durch ePRO Erhebungen die Perspektive der Kinder und Eltern berücksichtigt werden was sowohl zur verbesserten Krankheits-Verarbeitung und Symptomkontrolle beitragen kann als auch wertvolle Hinweise für die Evaluation von Rehabilitationsangeboten liefern (Fischmeister et al., 2021; Meryk et al., 2021). Nichtsdestotrotz stellt die Implementierung von ePROs in klinische Routine in der pädiatrischen Rehabilitation häufig eine große Herausforderung dar. Das Ziel der vorliegenden Studie war daher die Implementierung eines routinemäßigen ePROs im pädiatrischen Rehabilitationszentrum „Leuwaldhof“ (Österreich) darzustellen.

Methoden

Auf Basis des Replicating Effective Programs (REP) Modells wurde eine schrittweise Implementierungsstrategie für das ePRO Assessment entworfen. Um eine möglichst effektive und reibungslose Implementierung zu garantieren, wurden von Anfang an alle relevanten InteressensvertreterInnen in den Prozess der ePRO-Implementierungsstrategie mit einbezogen. Themen wie der Zweck der Datenerhebung, die Auswahl der Erhebungsinstrumente, die Integration in den klinischen Routineablauf sowie die schrittweise Implementierung der Routine-Erhebung wurden vor Eröffnung des neuen

Rehabilitationszentrums in mehreren Treffen vor Ort diskutiert und der Fortschritt der Implementierung im ersten Jahr laufend evaluiert. Für die elektronische Datenerhebung wurde auf Basis der etablierten Software „Computer-based Health Evaluation System“ (CHES) eine spezifische eHealth App namens "Life App" entwickelt.

Ergebnisse

In Phase 1 (‘Precondition-Phase’) fand im Frühjahr 2018 vor der Eröffnung des Rehabilitationszentrums eine Kick-Off Veranstaltung aller Interessensgruppen statt, in dem die Rahmenbedingungen für die ePRO Erhebung definiert wurden. In Phase 2 (‘Pre-Implementationsphase’) wurden kurz vor der Eröffnung das konkrete Erhebungsverfahren festgelegt. Mit der Eröffnung des Rehabilitationszentrums im Juni 2018 begann Phase 3 (‘Implementierung’) in der im ersten Jahr im Abstand von etwa zwei Monaten regelmäßige wechselseitige Trainingseinheiten und Prozessevaluationen durchgeführt wurden. Auf Basis der fortlaufenden Team-Evaluationen wurde das Erhebungsverfahren angepasst und weitere Schulungen der Mitarbeiter*innen durchgeführt. Im Übergang zu Phase 4 (‘Maintenance & Evolution’) wurde die Zufriedenheit mit der ePRO Erhebung in einem Sample von n=25 Patient*innen und Angehörige sowie n=11 Mitarbeiter*innen schriftlich evaluiert.

Die Befragung ergab eine hohe Zufriedenheit mit der Routineerhebung (Patient*innen/Angehörige: 92.0%; Mitarbeiter*innen: 82.8%). Der Großteil der Mitarbeiter*innen (81.9%) gab an von den laufenden Schulungen profitiert zu haben. Die von Patient*innen/Angehörigen am häufigsten genannten Probleme waren fehlende Zeit (28.0%), fehlende Motivation (28.0%), Unsicherheit im Umgang mit Tablet / Internet (20.0%) und mangelnde Sprachkenntnisse (12.0%). Im Gegensatz dazu gaben die Mitarbeiter*innen als zentralstes Hindernis fehlende Sprachkenntnisse (72.7%) sowie motivationale Probleme (45.5%) der Patient*innen/Angehörigen an. Zusätzlich wurde angemerkt, dass eine Erhebung zu Ressourcen und Bewältigungsstrategien sinnvoll wäre.

Diskussion und Fazit

Das elektronische Routinemonitoring konnte erfolgreich in der klinische Routine der stationären pädiatrischen Rehabilitation „Leuwaldhof“ integriert werden. Auf Basis der erhobenen ePRO-Daten erfolgt eine fortlaufende Evaluierung und Qualitätskontrolle der angebotenen Leistungen. Zusätzlich können die Ergebnisse der Rehabilitation auf Grundlage der graphischen Ergebnisdarstellung sowohl mit den Patient*innen als auch den Angehörigen besprochen werden. Unsere Studie zeigt, dass fortlaufende Prozessevaluationen und individuell zugeschnittene Trainings notwendig sind um einen möglichst reibungslosen Ablauf der ePRO Erhebungen in der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung zu ermöglichen.

Literatur

- Fischmeister, G., Riedl, D., Sanio, G., Bogendorfer, T., Holzner, B., Rumpold, G., Nickels, A., Licht, T., Sperl, W. (2021). Rehabilitation for children and adolescents after cancer: importance and implementation in Austria. *memo* 14, 278–283. <https://doi.org/10.1007/s12254-021-00729-x>.
- Meryk, A., Kropshofer, G., Hetzer, B., Riedl, D., Lehmann, J., Rumpold, G., Haid, A., Holzner, B., Crazzolara, R. (2021). Implementation of daily patient-reported outcome measurements to support children with cancer. *Pediatr Blood Cancer*, 68(11):e29279. doi: 10.1002/pbc.29279. Epub 2021 Aug 12. PMID: 34383360.

Riedl, D., Rothmund, M., Darlington, A.S., Sodergren, S., Crazzolara, R., de Rojas, T.; EORTC Quality of Life Group (2021). Rare use of patient-reported outcomes in childhood cancer clinical trials - a systematic review of clinical trial registries. *Eur J Cancer*, 152:90-99. doi: 10.1016/j.ejca.2021.04.023. Epub 2021 Jun 2. PMID: 34090144.

Oncological Rehabilitation Improves Quality of Life, Distress and Somatic Symptoms: Analysis of Twenty-one Tumor Entities

Thomas Licht¹; Alain Nickels¹; Gabriele Sanio¹; Jens Lehmann²; Gerhard Rumpold²; Bernhard Holzner²; David Riedl²

¹ Rehabilitationszentrum St. Veit im Pongau; ² Medizinische Universität Innsbruck

Hintergrund und Zielstellung

The goal of our investigation was to determine the effect of inpatient oncological rehabilitation on health-related quality of life (HRQOL), psychological distress and somatic symptoms with the use of routinely collected, electronic patient-reported outcomes (ePRO). Thereby, we were able to analyze the efficacy of rehabilitation in 21 different tumor entities.

Methoden

ePRO were assessed as a part of clinical routine procedures. Cancer survivors were provided with an access code together with the invitation to the rehabilitation. It enabled them to complete questionnaires and submit them online prior to admission. The standard HRQOL instrument of the European Organization for Research and Treatment of Cancer, QLQ-C30, and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were utilized. Baseline assessment (T0) was used to evaluate specific deficiencies that constituted the need for oncological rehabilitation. These informations were imported into the clinical information system and used to assemble an individually tailored individual rehabilitative program. Rehabilitants underwent a three-week inpatient rehabilitation, integrating physical, psycho-oncological and educative components. Rehabilitants completed questionnaires again by the end of rehabilitation (T1). In case of repeated admissions, only the first stay was included to avoid bias. Data was gathered and analyzed with the Computer-Based Health Evaluation System (CHES).¹ The study had been submitted to the Ethics Commission of the state of Salzburg (no. 415-EP/73/451-2014). Changes of psychological distress, symptoms and HRQOL were determined using repeated measures analysis of variance (ANOVA). Partial eta-squared (η^2) was calculated to estimate the effect size of the mean differences with respect to psychological distress, symptoms and HRQOL.

Ergebnisse

Out of 5,912 rehabilitants, 4,401 (74.4%) were evaluable, having completed both questionnaires at T0 and T1. At T0, HRQOL was lower than in general population, while levels of anxiety, depression and all symptom scores were higher.^{2,3} HRQOL was particularly low in lung, liver and bladder cancer survivors. Patients with lung, thyroid or brain cancers showed high levels of anxiety and depression. Elevated anxiety was also noticed in breast, uterus and ovary cancer. Patients with liver, bladder, head/neck, or prostate cancer displayed high levels

of depression. Fatigue, sleeping disorders and pain were the most prominent symptoms among the rehabilitants. Fatigue was most noticeable in lung, liver, esophagus, bladder cancer, and myeloma. Insomnia was common with highest levels in breast, ovarian and thyroid cancer. Esophageal, ovarian and lung cancer patients were severely pain-stricken. Esophageal and lung cancer patients suffered from dyspnea. Ovarian and lung cancer patients reported constipation while diarrhea was common in stomach, esophagus, rectum, colon and pancreatic cancer. By the end of the rehabilitation (T1), HRQOL was highly significantly improved with large effect sizes (η^2) in all rehabilitants and in each investigated cancer entity. Depression was reduced with large effect sizes in all cancer types. Reduction of anxiety showed also large effect sizes in all cancers except for medium size in gastric cancer. Interestingly, by T1 anxiety was lowered to the range of the normal population, and depression was diminished even below this level. All symptom scores were decreased in the whole group. Fatigue was ameliorated with generally large effect sizes in patients of all cancers, most remarkably in survivors of gastric, lung, uterine cancer, myeloma and malignant lymphomas. Pain and appetite loss were significantly reduced in all but two cancer entities. Dyspnea was improved in gastric, ovarian, testicular, thyroid cancer, lymphoma and myeloma patients. All other symptoms including gastrointestinal complaints were reduced in most tumor entities. Worsening of symptoms was not noted. In addition, financial worries were reduced in the majority of patients. Of note, there was no close association between psychological distress and somatic symptoms.

Diskussion und Fazit

Psychological distress and fatigue are common among cancer survivors. Routinely recorded ePRO data are useful to investigate the specific needs of cancer survivors. Oncological rehabilitation can significantly alleviate most symptoms in each of 21 investigated cancer entities, and is highly effective in improving HRQOL of cancer survivors. The identification of the specific needs according to the underlying malignant diseases may help design more specific rehabilitation programs.

Literatur

Holzner B et al. (2012). BMC Med Inform Decis Mak 12:126

Lehmann J et al. (2020). Health Qual Life Outcomes 18:275

Hinz A, Brähler E (2011). J Psychosom Res 71:74-78

Outcome Assessments in der orthopädischen Rehabilitation im Vergleich zu Vorgaben in Österreich

Lisa Hofmann¹; Silvia Lechner²; Michael J. Fischer³; Vincent Grote¹

¹ Ludwig Boltzmann Institute for Rehabilitation Research; ² Rehaklinik Wien Baumgarten;

³ Rehabilitationszentrum Kitzbühel Betriebs-GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Assessments in der orthopädischen Rehabilitation sind Messmethoden, die den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten erheben. Dieser Outcome ist bedeutsam

für die adäquate Behandlung und die Qualität der Rehabilitationsprozesse. Im Rahmen einer Bachelorarbeit werden die Zusammenhänge und Unterschiede der Assessments, die in der orthopädischen stationären Rehabilitation laut Literatur aktuell angewandt werden, und jener, die das medizinische Leistungsprofil in Österreich als verbindlich vorgibt, untersucht.

Methoden

Für das systematische Literaturreview wurden acht Suchstrategien in den Onlinedatenbanken PubMed, Cochrane Library und Web of Science angewandt. Von 154 gefundenen Reviews der letzten sechs Jahre haben sieben Einzelstudien der vier selektierten Reviews den Ein- und Ausschlusskriterien entsprochen. Die Assessments der Studien und die des Leistungsprofils wurden den Kategorien „Krankheitsbezug“, „Erhebungsart“ und „ICF-Bereich“ zugeordnet, um eine einheitliche Grundlage für den Vergleich zu schaffen.

Ergebnisse

Die aktuelle Fachliteratur fokussiert sich auf krankheitsspezifische Assessments (59%), die von Behandlerinnen und Behandlern durchgeführt werden (64%). Das medizinische Leistungsprofil in Österreich weist die häufigsten Nennungen bei den krankheitsspezifischen Assessments (69%) auf, die von Patientinnen und Patienten selbst durchgeführt werden (94%). Bezogen auf die ICF Bereiche werden in der Literatur vor allem die Körperfunktionen (54%) und im Leistungsprofil die Aktivität und Partizipation (63%) genannt. Die Umweltfaktoren und die Körperstruktur finden nur geringe Berücksichtigung.

Diskussion und Fazit

In Bezug auf die Erhebungsart konnte der größte Unterschied zwischen der Literatur und dem Leistungsprofil festgestellt werden. Es wäre sinnvoll, Assessments standardgemäß ICF Bereichen zuzuordnen und dies anhand einer Assessmentdatenbank zu veröffentlichen.

Literatur

Hofmann, L. (2021): Assessment in der orthopädischen stationären Rehabilitation und in der Forschung - Klassifikation von Outcome Assessments im Vergleich zu Vorgaben des österreichischen Leistungsprofils. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, IMC Fachhochschule Krems.

Förderung: Ludwig Boltzmann Institute for Rehabilitation Research

Prä-Post Ergebnismessungen von Patienten und Behandler in der muskuloskelettalen Rehabilitation

Vincent Grote¹; Michael Pirchl¹; Silvia Lechner²; Michael J. Fischer³

¹ Ludwig Boltzmann Institute for Rehabilitation Research; ² Rehaklinik Wien Baumgarten;

³ Rehabilitationszentrum Kitzbühel Betriebs-GmbH

Hintergrund und Zielstellung

In der Rehabilitation werden patientenbezogene Ergebnismessungen (PROMs) und klinisch erhobene Messdaten (CROMs) verwendet, um Gesundheitszustand und Genesung eines Patienten zu bewerten. Die Integration einer elektronischen Erfassung von ePROMs und eCROMs als Goldstandard in der klinischen Routine schafft neue Möglichkeiten und Herausforderungen in den Rehabilitationswissenschaften und klinischer Praxis. Digital erfasste Gesundheitsdaten des Leistungserbringers können einfach in Behandlungspfad und Qualitätssicherung integriert werden. Fachpersonal und Patienten im Rehabilitationsprozess werden unterstützt. Der Einsatz, die Relevanz und Gültigkeit unterschiedlicher Methoden und Ebenen der medizinischen Ergebnisqualität sind umstritten und werden in Fachkreisen häufig diskutiert. Wir vergleichen unterschiedliche Outcome Assessments der Ergebnismessung im Rahmen einer dreiwöchigen stationären muskuloskelettalen Rehabilitation.

Methoden

In Österreich wird eine Rehabilitation der Phase II (WHO) überwiegend stationär durchgeführt. Im Rahmen der medizinischen Dokumentation von Patienten ist eine standardisierte Erhebung von Leistungsindikatoren zu individuellen Rehabilitationsergebnissen obligatorisch. Diese standardisierte und digital erfassten klinischen Daten können genutzt werden, Erfolge und Nachhaltigkeit einer multidisziplinären Rehabilitationsbehandlung zu evaluieren.

Monozentrische Ergebnisse von 4.456 orthopädischen Patienten ($63,5 \pm 12,8$ Jahre; 40,4% männlich) mit Knie-/Hüft-Totalendoprothese, Wirbelsäulen-, Rückenbeschwerden und Verletzungen der Extremitäten werden retrospektiv, zu Beginn (t1) und nach 21 Tagen stationärer Rehabilitation (t2) analysiert. Routinemäßige Ergebnismessungen (ePROMs, eCROMs), Ausgangswerte, Prä-Post-Veränderungen, Effektgrößen und Zusammenhänge werden vorgestellt und verteilungsbasiert bewertet.

Ergebnisse

Bei allen Patientengruppen konnten starke Verbesserungen ($d > 0,70$) in CROMs und mittlere Effektstärken ($d > 0,50$) bei PROMs festgestellt werden. In PROMs zeigen sich bei ca. 15% aller Patienten Verschlechterungen, in CROMs tritt dies nur in Einzelfällen auf.

Die Übereinstimmung zwischen CROMs und PROMs ist gering bis moderat ($r < 0,50$). Frauen, ältere Personen und Patienten mit Übergewicht haben häufig schlechtere Ausgangswerte (t1), die allgemein stärker auf den Rehabilitationsaufenthalt reagieren ($p < 0,01$). Die Korrelation zwischen den Ausgangswerten (t1) und ihren Veränderungen (t2 - t1) zeigt deutlich den stochastischen Einfluss (bei Zufallszahlen mit Normalverteilung: $r = -0,71$) der Ausgangsbedingungen für den primären Outcome (t2) und die zu beobachtende Veränderungen.

Diskussion und Fazit

Nur eine multidimensionale Erfassung von PROMs und CROMs und die integrative Berücksichtigung von Ausgangswerten und Veränderungen liefern robuste und valide Schlussfolgerungen einer Leistungsbewertung in der muskuloskelettalen Rehabilitation. Neben methodischen und praktischen Ansprüchen an Datenerfassung und Datenaufbereitung spielen moderierende Einflussfaktoren wie Personenmerkmale und Ausgangswerte eine entscheidende Rolle. Diese ermöglichen eine valide Bewertung des Rehabilitationsverlaufs, für den einzelnen Patienten, den Behandler und die Kostenträger. Die medizinische Ergebnisqualität bildet dabei die Grundlage, um Behandlungsalternativen zu prüfen und eine empirische Bewertung der Versorgungsmaßnahmen vorzunehmen. Stratifizierte Referenzdaten von routinemäßig erhobenen ePROMs und eCROMs sind erforderlich, um eine patientenzentrierte Versorgung und ein effizientes Qualitätsmanagement zu gewährleisten.

Literatur

Grote, V., Fischer, M.J. (2021): Projekt - Rehabilitation und Gesundheit. URL: <https://www.researchgate.net/project/Rehabilitation-and-Health>, Abruf: 29.10.2021.

Förderung: Ludwig Boltzmann Gesellschaft

Wirksamkeit einer stationären Rehabilitation für Kinder und Jugendliche nach Krebserkrankung – Ergebnisse einer naturalistischen Beobachtungsstudie

Gustav Fischmeister¹; Thomas Licht²; Alain Nickels²; Gabriele Sanio²; Gerhard Rumpold³; Bernhard Holzner³

¹ Kinder Jugend Reha Leuwaldhof;

² Onkologisches Rehabilitationszentrum St. Veit im Pongau;

³ Medizinische Universität Innsbruck

Hintergrund und Zielstellung

Die Überlebensraten in der pädiatrischen Onkologie sind in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen. Dennoch leiden krebskranke Kinder und Jugendliche nach wie vor unter zahlreichen Symptomen und Behandlungsnebenwirkungen. Dazu können Schmerzen, Übelkeit, Müdigkeit, Beeinträchtigungen der körperlichen Aktivität, Schlaflosigkeit oder Veränderungen des Geschmacks oder des Appetits gehören. Nach Beendigung der onkologischen Primärtherapie gehören stellen Rehabilitationsmaßnahmen den Goldstandard zur Wiederherstellung des optimalen körperlichen, sensorischen, intellektuellen, psychologischen und sozialen Funktionsniveaus der Patient*innen dar. Während in der Erwachsenenonkologie die Wirksamkeit stationärer Rehabilitationsmaßnahmen nach Krebserkrankung in zahlreichen Studien nachgewiesen werden (bspw. Licht et al., 2021; Riedl et al., 2017), ist die Studienlage in für Kinder und Jugendliche noch uneindeutig. Das Ziel war

es daher die Wirksamkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme auf die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen nach Krebserkrankung darzustellen.

Methoden

In der Studie wurden die Daten des routinemäßig durchgeführten Lebensqualitäts- und Belastungsscreenings an der stationären pädiatrischen onkologischen Rehabilitationseinrichtung „Leuwaldhof“ analysiert. Alle Patient*innen >5 Jahren sowie die Begleitpersonen beantworteten vor und nach dem stationären Aufenthalt die Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) 4.0 Generic Core Scales sowie das PedsQL 3.0 Cancer Module. Die Wirksamkeit der Behandlung wurde mittels wiederholter Varianzanalysen (repeated measures ANOVA) sowie Effektstärkenberechnung (partielltes Eta Quadrat) ermittelt. Werte von $\eta^2 = 0.01$ wurden als klein, $\eta^2 = 0.06$ als mittelgradig und $\eta^2 = 0.14$ wurden als groß eingestuft.

Ergebnisse

In die Studie konnten insgesamt 98 Kinder nach Krebserkrankung und 124 zugehörige Eltern eingeschlossen werden. Das durchschnittliche Alter der Kinder betrug 11.8 ($\pm 4,0$; Bereich 5-18) Jahre und 58.1 % der Stichprobe waren männlich. Die Lebensqualitätserhebungen der Kinder und Eltern wurden separat evaluiert. Bei den Kindern zeigten sich statistisch signifikante Verbesserungen hinsichtlich der körperlichen ($p < .001$), emotionalen ($p = .005$), schulischen ($p < .001$) sowie psychosozialen Funktionsfähigkeit ($p = .001$) mit jeweils großen Effektstärken. Auf den krebspezifischen Symptomskalen des PedsQL Cancer Modules zeigten sich jedoch keine signifikante Verbesserungen (alle $p > .05$).

Die Eltern schätzen sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Symptome der Kinder zu Beginn der Rehabilitation tendenziell schlechter ein als die Kinder selbst. Hinsichtlich der Symptomveränderung im Laufe der Rehabilitationsbehandlung beobachteten die Eltern jedoch auch eine deutlich stärkere Verbesserung der körperlichen ($p < .001$), emotionalen ($p < .001$), sozialen ($p = .001$), psychosozialen ($p < .001$) und schulischen ($p = .001$) Funktionsfähigkeiten der Kinder als die Kinder selbst. Zusätzlich konnten die Eltern auch eine statistisch signifikante Verbesserung hinsichtlich krebspezifischer Symptome wie Schmerz ($p < .001$), Übelkeit ($p < .001$) sowie behandlungsbezogene ($p = .007$) und generelle Ängste ($p = .002$), beobachten.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass multidisziplinäre stationäre onkologische Rehabilitationsmaßnahmen wesentlich zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen nach Krebserkrankung beitragen. Aufgrund der teilweise unterschiedlichen Einschätzungen der Kinder bzw. ihrer Eltern erscheint eine Einbeziehung des gesamten Familiensystems zur Evaluierung von pädiatrischen Rehabilitationsmaßnahmen sinnvoll.

Literatur

Licht, T., Nickels, A., Rumpold, G., Holzner, B., Riedl, D. (2021). Evaluation by electronic patient-reported outcomes of cancer survivors' needs and the efficacy of inpatient cancer rehabilitation in different tumor entities. *Support Care Cancer*, 29(10):5853-5864.

doi: 10.1007/s00520-021-06123-x. Epub 2021 Mar 23. PMID: 33755805; PMCID: PMC8410699.

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 : Results of a longitudinal observational study. *Wien Klin Wochenschr*, 129(19-20):692-701. doi: 10.1007/s00508-017-1266-z. Epub 2017 Sep 15. PMID: 28916897; PMCID: PMC5630652.

Aktuelle Herausforderungen und Anpassungsstrategien von Leistungserbringern in der beruflichen Rehabilitation – eine gemischt-methodische Analyse

Angela Rauch; Nancy Reims; Anton Nivorozhkin
Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Hintergrund und Zielstellung

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) im Rahmen beruflicher Rehabilitation sind ein zentrales Instrument der Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben. Zu den im Rahmen von LTA angebotenen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen gehören Aus- und Weiterbildungen, aber auch Vorbereitungs- oder Orientierungsmaßnahmen. In Deutschland existiert ein gut ausgebautes Netz unterschiedlichster Anbieter beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen. Ziel dieser Studie war eine systematische Betrachtung dieser Einrichtungen. Ein Schwerpunkt lag dabei auf den Herausforderungen, mit denen sich die Leistungserbringer konfrontiert sehen und die Anpassungsstrategien, mit denen sie diesen begegnen.

Methoden

Die Studie hat einen methodengemischten Ansatz verfolgt. In einem ersten Schritt erfolgte eine Online-Befragung aller Leistungserbringer, die im Jahr 2016 qualifizierende rehabilitationsspezifische Maßnahmen in Kostenträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit durchgeführt haben (Reims et al. 2019). Dies waren 841 Einrichtungen, die sich in Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, Berufliche Trainingszentren, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen, vergleichbare Einrichtungen nach § 51 SGB IX und freie Träger aufteilen.

In einem zweiten Schritt wurden 32 vertiefende Experteninterviews durchgeführt. Die Auswahl der Fälle im qualitativen Studienteil richtete sich nach dem Vorgehen des theoretical samplings, die Analysen nach der dem Kodier-Verfahren der Grounded Theory Methodologie (Strauss und Corbin 1990). Für die hier vorgestellten Analysen wurden sowohl die quantitative Online-Befragung als auch die Experteninterviews genutzt.

Ergebnisse

Die Interviewten benannten unterschiedlichste Herausforderungen, auf die sich ihre Einrichtungen aktuell oder zukünftig einstellen müssen. Diese sind oft abhängig vom jeweiligen Einrichtungskontext und den spezifischen Ressourcen. Die Leistungserbringer entwickeln unterschiedlichste Bewältigungsstrategien, um diesen Herausforderungen zu begegnen, weiterhin die Einrichtungsziele zu erfüllen und ihre Marktposition zu sichern.

So hatte die bis zur Covid-19 Pandemie positive Arbeitsmarktlage mit einer starken Arbeitskräftenachfrage dazu geführt, dass Menschen mit Behinderungen bessere Chancen

auf eine betriebliche Ausbildung hatten und/oder eine schnelle (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt erfolgte. Als Folge hat sich der Teilnehmendenkreis verändert, mit einem sinkenden Anteil von Menschen mit körperlichen Behinderungen hin zu einer steigenden Zahl von Menschen mit psychischen Behinderungen und/oder Mehrfacherkrankungen. Viele Leistungserbringer sahen sich einer steigenden Zahl von Teilnehmenden gegenüber, die zusätzlich zu anderen Einschränkungen psychische Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Auch kommt es vor, dass psychische Erkrankungen erst im Lauf der Maßnahme erkannt werden oder zum Tragen kommen. Die Anpassungsstrategien der Leistungserbringer reichen von Weiterbildung oder Aufstockung des Personals über die vermehrte Zusammenarbeit mit Akteuren, die besondere Expertise im Bereich psychischer Erkrankungen aufweisen, bis hin zu Nachverhandlungen mit den Kostenträgern bezüglich Zusatzbedarfen.

Zudem sehen sich die Leistungserbringer bei gleichzeitig sinkenden Teilnehmendenzahlen mit einer zunehmenden Planungsunsicherheit und einem zunehmenden Preiswettbewerb konfrontiert. Auch der sich schnell verändernde Arbeitsmarkt und die sinkende Nachfrage nach traditionellen Berufen werden von vielen Leistungserbringern als Herausforderung gesehen. Die Reaktionen der Einrichtungen reichen dabei bspw. von einer Verringerung bis hin zum Ausbau des angebotenen Portfolios.

Und wie andere Unternehmen auch finden sie sich in einem Wettbewerb um Fachkräfte wieder. Die Gründe sind hier – neben der guten Arbeitsmarktlage – auch in den teils unsicheren Arbeitsbedingungen zu finden. Um Personal zu halten oder neu zu akquirieren, reichen die Bewältigungsstrategien von finanziellen Anreizen über personalorientierte Zusatzleistungen bis hin zu eigenen Weiterbildungsangeboten.

Diskussion und Fazit

Die Herausforderungen, denen sich die Leistungserbringer gegenübersehen, sind vielfältig. Einerseits erfordern die langfristigen wirtschaftlichen Trends und der technologische Fortschritt Weiterentwicklungs- und Anpassungsmaßnahmen. Andererseits üben die demografischen Entwicklungen und die Veränderungen in der Zusammensetzung der Teilnehmenden einen unmittelbaren Handlungsdruck aus. Die Bewältigung dieser Herausforderungen erfordert, dass die Leistungserbringer auf verschiedene Strategien zurückgreifen. Die Analyse dieser Strategien deutet darauf hin, dass es kein "Patentrezept" gibt, mit dem alle Herausforderungen gleichermaßen bewältigt werden können, aber eine engere Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Kostenträgern und Sozialpartnern den Anpassungsprozess in hohem Maße erleichtern kann.

Literatur

- Reims, N.; Rauch, A.; Tophoven, S.; Jahn, K.; Neumann, K.; Nivorozhkin, A.; Baatz, A.; Reinold, L.; Dony, E. (2019). Perspektive der Leistungserbringer. Modul 4 des Projekts "Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben". Abschlussbericht. BMAS Forschungsbericht 542, Berlin.
- Strauss, A. L.; Corbin, J. (1990). Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques. Thousand Oaks, CA: Sage.

Betriebsorientierte ambulante berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen in Coronazeiten

Hans-Christoph Eichert
Pädagogische Hochschule Heidelberg

Hintergrund und Zielstellung

Das hier untersuchte Integrationsseminar, das Elemente des supported employment (Burns et al., 2007) mit klassischen Rehakonzepten integriert, wurde bereits auf den Rehakolloquien 2013 und 2020 vorgestellt. In diesem Beitrag wird die Entwicklung von Teilnehmer:innenstruktur und Rehabilitationserfolg unter dem Einfluss der Corona-Pandemie in den Blick genommen. Im Mittelpunkt stehen dabei folgende Fragestellungen:

1. Unterscheidet sich die Zusammensetzung der Zugangs- und Abschlussjahrgänge 2018 – 2021 in Abhängigkeit von Corona?
2. Unterscheidet sich der Rehabilitationserfolg der Abschlussjahrgänge coronabedingt?
3. Ist die Teilnahme unter Coronabedingungen ein Prädiktor für den Rehabilitationserfolg?

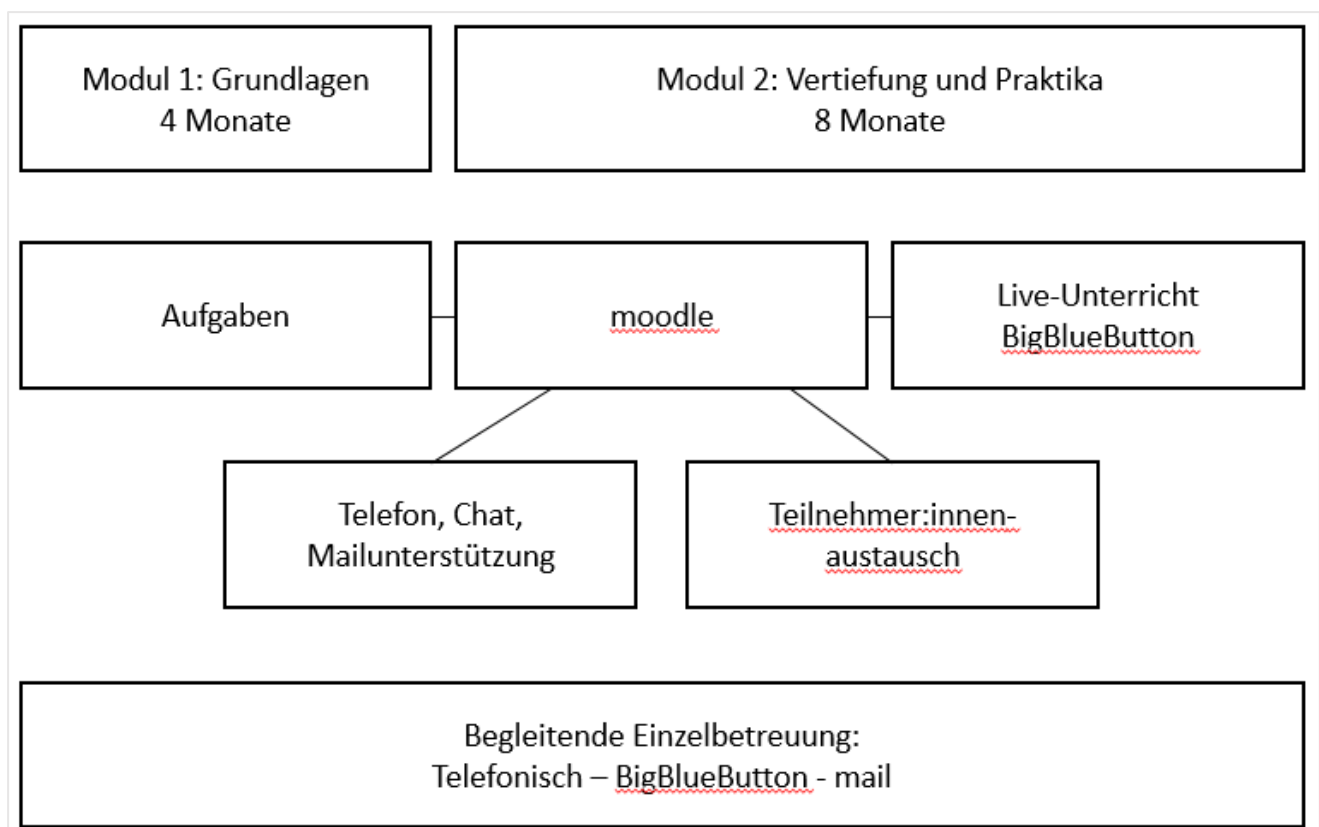


Abb. 1: Konzept und coronabedingte Anpassungen

Das Seminar dauert ein Jahr und besteht aus zwei zeitlich flexiblen Modulen. Modul 1 dauert bis zu vier Monate und dient der Bestandsaufnahme, der Entwicklung einer Berufsperspektive und der Planung des individuellen Seminarverlaufs. Modul 2 dauert bis zu acht Monate und findet vor allem in Form betrieblicher Praktika statt. Während des gesamten Seminars finden wöchentliche Einzelgespräche mit einer Betreuungsperson statt, die für die Entwicklung und

Umsetzung einer Berufsperspektive mit dem/der Teilnehmer:in und für die Akquise entsprechender Praktika zuständig ist. Seit März 2020 wurde das Integrationsseminar unter Coronaschutzbedingungen (AHAL-Regeln) durchgeführt. In den Lock-Down-Monaten März bis Mai 2020 und Dezember 2020 bis Juni 2021 wurde das Seminar mit einem E-Learning-gestützten Onlinesystem (moodle, BigBlueButton) durchgeführt, Einzelgespräche fanden in BigBlueButton oder telefonisch statt. Betriebliche Praktika, die sehr schwer zu finden waren, fanden gleichwohl überwiegend in Präsenz statt.

Methoden

Zur Untersuchung coronabedingter Veränderungen des Rehabilitand:innenzugangs wurden die Zugangsjahrgänge 2018-2019 (ohne Corona) und 2020-2021 (mit Corona) verglichen.

Zur Untersuchung coronabedingter Veränderungen von Teilnehmer:innenstruktur und Rehabilitationserfolg am Maßnahmeende wurden die Abschlussjahrgänge 2018-2019 (ohne Corona) und 2020-2021 (mit Corona) verglichen. Erhoben wurden verschiedene Teilnehmer:innenmerkmale, die Anzahl der Lockdown-Monate und der Rehabilitationserfolg der Absolvent:innen. Veränderungen von Teilnehmer:innenstruktur und Rehabilitationserfolg wurden mit Kreuztabellen bzw. Varianzanalysen untersucht. Prädiktoren des Rehabilitationserfolgs wurden mit einer logistischen Regressionsanalyse ermittelt.

Ergebnisse

Zugangsjahrgänge. Einbezogen wurden 94 Teilnehmer:innen, die das Integrationsseminar im Erhebungszeitraum begonnen haben (2018-2019: 55; 2020-2021: 39). Das Durchschnittsalter lag bei 38,3 Jahren, der Anteil der Frauen bei 53,2%. Über 90% verfügten über Schulabschlüsse und 88% über berufsqualifizierende Abschlüsse. Der Anteil von Teilnehmern:innen mit schwereren affektiven Erkrankungen lag bei 59,6%, etwa ein Drittel war schwerbehindert. Voll belastbar schätzten sich 56,4% ein. 52,1,6% waren langzeitarbeitslos. Wesentliche Unterschiede zwischen den Jahrgängen ergaben sich nicht. Die Struktur des Rehabilitand:innen-Zugangs hat sich im Coronazusammenhang nicht verändert.

Abschlussjahrgänge. Einbezogen wurden 110 Absolvent:innen, die im Erhebungszeitraum ausgeschieden sind (2018-2019: 73; 2020-2021: 37). 30,9% haben mindestens einen Monat lang im online-Modus teilgenommen, die durchschnittliche Online-Monatszahl lag 2020 bei 2,4 und 2021 bei 5,6. Das Durchschnittsalter lag bei 39 Jahren, der Anteil der Frauen bei 55,5%. Fast alle verfügten über Schulabschlüsse, 89,1% über berufsqualifizierende Abschlüsse. 68,2% hatten schwerere affektive Erkrankungen, 23,6% waren schwerbehindert. Voll belastbar schätzten sich 63,6% ein. 48,2% waren langzeitarbeitslos. Wesentliche Unterschiede zwischen den Jahrgängen ergaben sich nicht. Auch die Struktur der Abschlussjahrgänge hat sich im Coronazusammenhang nicht verändert.

Rehabilitationserfolg. Die Maßnahme beendeten insgesamt 52,7% erfolgreich, 33,6% ohne Erfolg und 13,6% brachen aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig ab. Auch beim Rehabilitationserfolg zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Jahrgängen.

Erfolgsprädiktoren. Signifikante Prädiktoren des Rehabilitationserfolgs waren Alter, Dauer der Arbeitslosigkeit, Pünktlichkeit, Teamfähigkeit und Abgrenzungsfähigkeit, sowie tendenziell Teilnahmedauer und Belastbarkeit (Accuracy 0.7455, $\chi^2=37.59$, $p=0.006$, $n=110$,

ES=0.6129). Die einbezogenen Variablen Coronamonate sowie die Arbeitslosenzahlen Bundesweit, NRW und Bonn waren keine signifikanten Prädiktoren.

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend kann man feststellen, dass sich weder die Struktur des Rehabilitand:innenzugangs noch die der Absolvent:innen und der Rehabilitationserfolg unter Coronabedingungen verändert haben. Außerdem waren die Teilnahme unter Coronabedingungen bzw. die Anzahl der Coronamonate keine signifikanten Prädiktoren des Rehabilitationserfolgs. Die kurzfristige Umstellung des Maßnahmekonzepts auf ein E-Learning-gestütztes Online-System und die kontinuierliche Fortsetzung der Einzelgespräche über BigBlueButton dürften wesentlich zu diesem positiven Ergebnis beigetragen haben. Die Erfahrungen mit Digitalkonzepten sollten in jedem Fall in die Weiterentwicklung beruflicher Rehabilitationskonzepte Eingang finden.

Literatur

- Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Rössler W, Tomov T, v Busschbach J, White S, Wiersma D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*; 370. 1146-1152.
- Eichert, HC (2013). Ambulante berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen: Konzept, Teilnehmerstruktur und Rehabilitationserfolg eines beruflichen Integrationsseminars. *DRV-Schriften Bd 101*. 284–286.
- Eichert, HC (2020). Betriebsorientierte ambulante berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen – Ein Update. *DRV-Schriften Bd 120*. 153–155.

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die ambulante berufliche Rehabilitation: Erste Erkenntnisse für die Zukunft

Marie Heide¹; Björn Hagen²; Manfred Otto-Albrecht²; Jana Bauer¹; Mathilde Niehaus¹

¹ Universität zu Köln; ² Fortbildungsakademie der Wirtschaft gGmbH

Hintergrund und Zielstellung

Die berufliche Rehabilitation hat zum Ziel, Menschen mit Beeinträchtigungen die volle Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen und ihnen dabei im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention ein Höchstmaß an Unabhängigkeit und Selbstbestimmung zu gewähren. Der Ausbau ambulanter beruflicher Rehabilitationsangebote, die eine flexible und individuelle Ausrichtung der Leistungserbringung realisieren, ist eine Reaktion auf diese Forderung. Neben der Orientierung an den individuellen Bedingungen der Rehabilitand*innen stehen Betriebsnähe und Vernetzung im Vordergrund der ambulanten beruflichen Rehabilitation. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitand*innen, den betrieblichen Ansprechpartner*innen, den zuständigen Reha-Berater*innen und den Fachkräften der Leistungserbringer.

Vor dem Hintergrund der Entwicklungen im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie stellen sich Fragen nach Herausforderungen, die möglicherweise mit den Veränderungen in der

Zusammenarbeit und der alltäglichen Arbeit einhergehen, sowie nach entstandenen Lösungsansätzen im Umgang mit den Auswirkungen der Pandemie.

Methoden

Unter dem Feldzugang und der Praxisperspektive der Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW) wird eine bundesweite Bestandsaufnahme zu Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie und ihren Auswirkungen auf die ambulante berufliche Rehabilitation durchgeführt. Mittels Onlinefragebogen wurden in der ersten Erhebungsphase im März 2021 Rehakoordinator*innen der FAW-Standorte (N = 30) befragt. Die Auswertung der offenen Antworten erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018).

Ergebnisse

Aus Sicht der Rehakoordinator*innen der FAW-Standorte haben sich für die Einrichtungen der ambulanten beruflichen Rehabilitation Herausforderungen und Lösungsansätze auf drei verschiedenen Ebenen ergeben.

Auf der Organisationsebene wurde einerseits das Krisenmanagement mit der Umsetzung der Hygienevorschriften und dem geforderten schnellen und direkten Handeln als herausfordernd hervorgehoben. Andererseits wurde hinsichtlich der Kommunikation die veränderten Kommunikationswege mit den Kostenträgern, den Betrieben, den Rehabilitand*innen und innerhalb des Teams als herausfordernd benannt. Auf der Personalebene waren die Arbeitsabläufe geprägt von fehlender Planungssicherheit und erhöhten Arbeitsbelastungen durch veränderte Abläufe. Gleichzeitig musste darauf hingewirkt werden, die Motivation der Mitarbeitenden aufrecht zu erhalten. Der fehlende persönliche Austausch mit Kolleg*innen wurde zudem als eine weitere Herausforderung angesehen. Auf der Maßnahmenebene entstanden Herausforderungen einerseits durch die (schnelle) Umstellung auf digitale Angebote, wobei gleichermaßen die Entwicklung einer geeigneten Infrastruktur und digitaler Kompetenzen (Umgang mit Hard- und Software) sowie die didaktische Umsetzung problematisiert wurden. Andererseits wurden Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Rehabilitand*innen benannt. Diese standen in Zusammenhang mit fehlender technischer Ausstattung bei den Rehabilitand*innen zu Hause, dem Umgang mit Unsicherheiten bezüglich der beruflichen Zukunft sowie der Zunahme psychischer Belastungen, wobei auch die Aufrechterhaltung des Kontaktes mit manchen Teilnehmenden zeitweise eine Herausforderung darstellte. Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Betrieben lagen die Probleme vielfach in der Akquise von Praktikumsplätzen, in der zumindest kurzfristig schwierigen Erreichbarkeit und in der zeitweilig geringeren Übernahme von Praktikant*innen.

Den genannten Herausforderungen wurde auf den verschiedenen Ebenen begegnet. Auf der Organisationsebene wurde die Reaktivität durch „kürzere“ digitale Kommunikationswege erhöht und es wurden in Teilen bürokratische Hürden abgebaut. Auf der Personalebene wurde der erhöhten Arbeitsbelastung durch Nutzung neuer (standortübergreifender) Austausch- und Unterstützungsmöglichkeiten entgegengewirkt und es wurden Weiterbildungsangebote zur Stärkung von Teams erweitert. Auf der Maßnahmenebene wurden digitale Kompetenzen ausgebaut sowie individuelle und flexible Möglichkeiten zum Austausch und zur Begleitung gefunden. Außerdem wurde das psychosoziale Beratungsangebot verstärkt.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zum Umgang mit den Auswirkungen der Pandemie in der ambulanten beruflichen Rehabilitation zeigen, dass eine mehrdimensionale Handhabung mit der Problemlage erfolgte. Mit Blick auf die Zukunft sollte den (dauerhaften) Veränderungen auf den verschiedenen Ebenen weiter aktiv begegnet werden. Im Hinblick auf die weitere Nutzung und den Ausbau individueller und flexibler Angebote durch standortübergreifende Online- oder Hybridveranstaltungen ist es wichtig, dass digitale Kompetenzen weiter ausgebaut werden. Gleichzeitig müssen die Bedürfnisse der verschiedenen Zielgruppen berücksichtigt und dazu weiter differenzierte Erkenntnisse generiert werden (DVfR, 2021).

Die übergeordnete Sicht der Reha-Koordinator*innen gibt einen guten Überblick über die Situation seit März 2020. In einem nächsten Schritt ist es wichtig, die Situation mehrperspektivisch zu beleuchten, die Sichtweisen der weiteren Akteursgruppen einzubeziehen und im Hinblick auf die zukünftige ambulante berufliche Rehabilitation auszuwerten.

Literatur

- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (Hrsg.) (2021). Corona-Konsultationsprozess der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation „Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARSCoV-2-Pandemie – Auswirkungen und Herausforderungen“. Abschlussbericht. Sicherung der Teilhabe während und nach der Pandemie: Problemlagen, Herausforderungen, Handlungsoptionen. URL: https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Projektberichte/Konsultationsprozess-Berichte-6-2021/Abschlussbericht_bf.pdf, Abruf: 26.10.2021.
- Kuckartz, U. (2018). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Mitarbeitendenbefragungen als Chance für eine Verbesserung der Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen

Isabell Lülff; Jana Bauer; Veronika Chakraverty; Susanne Groth; Mathilde Niehaus
Universität zu Köln

Hintergrund und Zielstellung

Die durch Deutschland ratifizierte UN-Behindertenrechtskonvention fordert die Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen (MmB) in allen Lebensbereichen einschließlich dem Bereich Erwerbsarbeit. Die Daten des Dritten Teilhabeberichtes der Bundesregierung zeigen allerdings, dass für MmB die Inklusion ins Erwerbsleben nach wie vor erschwert ist (BMAS, 2021). Um für MmB bessere Arbeitsbedingungen zu ermöglichen und zur Optimierung der Zusammenarbeit beizutragen, wurde an einer Hochschule im Jahr 2019/2020 eine Mitarbeitendenbefragung zum Thema „Arbeiten, Zusammenarbeiten und Führen mit Behinderung/gesundheitlicher Beeinträchtigung“ durchgeführt. Ausgehend von dem

theoretischen Modell von Stone und Colella (1996) wird angenommen, dass die individuell wahrgenommene Inklusion (iwl) im Arbeitskontext im Zusammenhang mit dem Vorliegen, der Offenlegung und der Art einer Beeinträchtigung sowie der internen Organisationseinheit steht.

Methoden

Mit den Daten von insgesamt 1.465 Mitarbeitenden einer Hochschule wurde eine Mixed-Methods-Analyse durchgeführt. Zunächst wurde eine quantitative Analyse mit 783 Fällen, davon 260 MmB (33%), zur Prüfung der Annahmen über die iwl umgesetzt. Daran anschließend wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) explorativ Verbesserungsvorschläge aus 391 offenen Antworten herausgearbeitet.

Ergebnisse

Die Analyse zeigt, dass sich unter den MmB ein signifikant geringerer Anteil am Arbeitsplatz inkludiert fühlt (58 %) als unter den Menschen ohne Beeinträchtigungen (MoB; 76 %). Darüber hinaus konnte ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Wahrscheinlichkeit sich inkludiert zu fühlen und der Offenheit im Umgang mit Beeinträchtigungen beobachtet werden (MmB, die gar nicht offen mit ihren Beeinträchtigungen umgehen: 33 % vs. MmB, die sehr offen mit ihren Beeinträchtigungen umgehen: 84 %). Zudem konnte gezeigt werden, dass sich unter den Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (MmpB) im Vergleich zu Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen (MmkB) ein signifikant höherer Anteil nicht inkludiert fühlte (49 % vs. 33 %). Außerdem gingen MmpB signifikant weniger offen mit ihren Beeinträchtigungen um ($M = 2.63$, $SD = .22$) als MmkB ($M = 4.63$, $SD = .19$). MmpB hatten jedoch, kontrolliert für die Offenheit im Umgang mit Beeinträchtigungen, im Schnitt keine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit sich inkludiert zu fühlen als MmkB (61% vs. 60%). Des Weiteren konnten keine signifikanten Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit sich inkludiert zu fühlen zwischen den internen Organisationseinheiten „Verwaltung“ (54%) und „Nicht-Verwaltung“ (63%) gefunden werden.

Aus den offenen Antwortfeldern der Befragung ließen sich konkrete Veränderungsvorschläge unter anderem zur technischen Ausstattung des Arbeitsplatzes, zu Einstellungen gegenüber Nachteilsausgleichen bzw. Anschaffungen für MmB, zur Sensibilisierung von Führungskräften und Kolleg*innen sowie zur Flexibilisierung von Arbeitszeit und -ort, ableiten.

Diskussion und Fazit

Ausgehend von dieser Analyse kann die Annahme aufgestellt werden, dass die Erfüllung der genannten Vorschläge aus den Freitextfeldern die Unterschiede in der iwl zwischen MmB und MoB verringern könnte. Da MmpB weniger offen sind als MmkB – vermutlich, weil sie stärkere Befürchtungen vor negativen Konsequenzen haben – sollte innerhalb der Hochschule insbesondere über psychische Beeinträchtigungen aufgeklärt und für Fragen der psychischen Gesundheit sensibilisiert werden. Den Wünschen der Befragten zur Flexibilisierung von Arbeitszeit und -ort wurde unter den Pandemiebedingungen bereits vielfach entsprochen. Es wird sich zeigen, welche Lösungen nachhaltig Bestand haben. Limitierend muss angemerkt werden, dass die Repräsentativität der Stichprobe fraglich ist und dass das Untersuchungsdesign keine Kausalschlüsse zulässt.

Der bislang wenig genutzte Weg, über eine Mitarbeitendenbefragung die Situation von MmB im Arbeitskontext zu erfassen, bietet neue Chancen zur Verbesserung der iwl von MmB.

Bessere Arbeitsbedingungen für MmB könnten durch einen offeneren Umgang mit dem Thema (psychische) Beeinträchtigungen, eine verbesserte Ausstattung und Haltungen erreicht werden. Zukünftig sollten diese Ergebnisse zur Optimierung der Situation von MmB in der Hochschule und zum Vergleich mit anderen Organisationen genutzt werden.

Literatur

- BMAS (2021). Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung. Bonn, verfügbar unter <http://www.bmas.de> (abgerufen am 20.10.2021).
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim Basel.
- Stone, D. L., & Colella, A. (1996). A model of factors affecting the treatment of disabled individuals in organizations. *Academy of management review*, 21(2), 352-401.

Return-to-Work unter pandemischen Bedingungen. Langfristiger Wandel von gesundheitsförderndem Führungsstil und Case-Management?

Jannis Hergesell; Peter Fauth; Vanessa Uloth; Nina Baur

Technische Universität Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Die Bedingungen für gesundheitsförderndes Führungsverhalten, betriebliches Gesundheitsmanagement sowie sozialprofessionelle Hilfen sind hochgradig abhängig von gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Die Covid-19-Pandemie und mit ihr verbundene Einschränkungen beeinflussen diese Rahmenbedingungen betrieblicher Wiedereingliederungsprozesse massiv. Rekonvaleszent:innen, Arbeitgeber und kooperierende Case-Manager:innen, Jobcoaches oder Mitarbeiter:innen von Integrations-fachdiensten sehen sich möglicherweise nachhaltiger gewandelten Integrationsbedingungen gegenüber.

Diese Änderungen betreffen verschiedenste Ebenen des Return-to-Work (RTW). Es stellt sich nicht nur die Frage, wie sich gesundheitsförderndes Führungsverhalten verändert, wenn Betriebe ihre begrenzten (Integrations)Ressourcen in Krisen neu verteilen müssen. Also mit welchen Strategien Vorgesetzte den zusätzlichen Organisationsaufwand zwischen individuellen gesundheitlichen Bedarfen und neu entstehenden Koordinationsproblemen durch Home-Office, Kurzarbeit und Hygieneauflagen bewältigen. Sondern auch die Frage, ob sich nach eineinhalb Jahren RTW unter Covid-19-Bedingungen schon langfristige Trends zeigen, wie etwa Unterschiede hinsichtlich gesundheitlicher Ungleichheiten (z.B. sozialer Status, Geschlecht, Alter) oder Erkrankungsspezifika (z.B. psychische Erkrankungen) im RTW-Prozess. Schließlich ist zu diskutieren, welche Veränderungen auch in Zukunft den Handlungsspielraum der Reintegrationsakteure prägen werden und welche Reaktionen dies erforderlich macht.

Methoden

Diesen Fragen gehen wir auf Datenbasis von 48 leitfadenstrukturierten Interviews im Rahmen unserer explorativ-qualitativen, von der DRV-Bund geförderten Interviewstudie „Hindernisse

und Potentiale für die Berufstätigkeit bei teilweiser Erwerbsminderung“ nach, die vor und nach der „Coronakrise“ gemäß einer kontrastiven Fallauswahl in der Pflege- und Automobilbranche erhoben und inhaltsanalytisch ausgewertet wurden. Das qualitative Forschungsdesign ermöglichte uns eine flexible Reaktion auf die veränderten Erhebungsbedingungen ab März 2020. Für unseren Beitrag fokussieren wir auf Interviews mit lokalen Vorgesetzten von Rekonvaleszent:innen sowie auf die Wiedereingliederung begleitende Case-Manager:innen, Jobcoaches, Mitarbeiter:innen und betriebsinterne Sozialarbeiter:innen.

Ergebnisse

Betriebe standen und stehen während der Covid-19-Pandemie massiv unter Druck ihre organisationalen Routinen zu restrukturieren. Die Einführung von Hygienemaßnahmen und das Umstellen auf Home-Office stellt innerhalb dieser Reorganisationsprozesse auch die etablierten Verfahren zur (Wieder)Eingliederung in Frage. Zu beobachten ist, dass die sowohl auf formaler (z.B. BEM) als auch informaler (z.B. kollegiale Unterstützung im Arbeitsalltag) Ebene ohnehin begrenzten betrieblichen Ressourcen für (Re)Integration unter Druck stehen (Hergesell, 2021). Es kommt zu einer Neubewertung bzw. „Aufmerksamkeitsökonomie“ des Stellenwertes, den ressourcenintensive Wiedereingliederungsprozesse innerhalb der betrieblichen Prioritäten während der Krise einnehmen. Weiterhin ist festzustellen, dass vor allem durch weniger (oder gar keine) körperliche Kopräsenz am Arbeitsplatz wichtige Schlüsselakteure und Ansprechpartner:innen des RTW im Arbeitsalltag für Rekonvaleszent:innen wegbrechen. Besonders solche Arbeitnehmer:innen erfahren Nachteile, welche vormals von alltäglicher, kollegialer Solidarität, niedrigschwelliger Ansprache von Vorgesetzten (Haubl, 2017) und einem zeitnahen Zugang ihrer sozialprofessionellen Helfer:innen zu den Betrieben profitierten. Dies betrifft besonders Personen mit psychischen Erkrankungen, veränderte RTW-Prozesse haben dementsprechend nicht für alle Rekonvaleszent:innen vergleichbare Folgen.

Vornehmlich lokale Vorgesetzte stehen unter großem Druck Arbeitsroutinen im Alltagsgeschäft während Covid-19 zu restrukturieren. Durch gestörte Routinen und veränderte Abläufe fällt es ihnen schwer, Probleme ihrer Mitarbeiter:innen im RTW frühzeitig zu erkennen und probat zu reagieren. Home-Office und Videokonferenzen erschweren die für die alltägliche Unterstützung so ausschlaggebenden, vertrauensvollen und im Arbeitsalltag „en passant“ vorgenommenen Ansprachen. Wenn also Rekonvaleszent:innen nicht aktiv Unterstützung einfordern, besteht – wie es ein Abteilungsleiter ausdrückt – zunehmend Gefahr „die Stillen“ zu vernachlässigen. Auffallend ist auch, dass Vorgesetzte kritischer prüfen, ob sie in Krisenzeiten ihre knappen Ressourcen in RTW-Prozesse investieren können bzw. ob dies im Sinne des Betriebes ist. Typisch ist, dass besonders als sozial problematisch wahrgenommene Erkrankungen hiervon betroffen sind.

Gerade komplexe Wiedereingliederungsprozesse profitieren von der Unterstützung durch sozialprofessionelle Hilfe. Auch hier lässt sich feststellen, dass die meisten Formen von Case-Management durch die Covid-19-Pandemie erschwert werden. Dies bedeutet vor allem stark eingeschränkte Zugänge zu den Betrieben bzw. den betrieblichen RTW-Akteuren. Vorort in den Betrieben agierende Helfer:innen können zu dem ihre besondere Stärke, die informelle Kontaktaufnahme mit Kolleg:innen und Vorgesetzten, die situativ-flexible Intervention bei

Schwierigkeiten und die Etablierung von Hilfenetzwerken im Arbeitsalltag, durch Kontaktbeschränkungen nur noch sehr begrenzt ausspielen.

Diskussion und Fazit

Gegenwärtig sind vor allem informale Integrationsstrukturen von der Covid-19-Pandemie betroffen. Während fest etablierte Prozesse, wie BEM oder stufenweise Wiedereingliederung, in größeren Betrieben reliabel funktionieren, können KMU ihren sonstigen Vorteil, flexibel auf gesundheitliche Probleme ihrer Mitarbeiter:innen einzugehen und zeitnah Hilfenetzwerke zu aktivieren, in der Krise weniger ausspielen. Es stellt sich die Frage, ob diese informellen „Integrationsnetzwerke“ langfristig beschädigt sind. Weitere Forschung muss klären, ob Vorgesetzte und sozialprofessionelle Helfer:innen als RTW-Schlüsselakteure nach der Pandemie auf eine veränderte Arbeitswelt bzw. Integrationsbedingungen treffen und dementsprechend ihre Wiedereingliederungsinstrumente adaptierten müssen.

Literatur

- Haubl, R. (2017). Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen. In: Ahlsdorf, N./Engelbach, U./Flick, S./Haubl, R./Voswinkel, S. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Bielefeld: transcript, S.145-163.
- Hergesell, J. (2021). „Und dann verzichte ich lieber auf den chronisch Kranken...“ Stay at- und Return to Work in der betrieblichen Praxis. In: Soziale Sicherheit 2021/5: 180-184.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Stadt-Land-Unterschiede in der betrieblichen Gesundheitsförderung – ein Fokus auf KMU in Deutschland

Lara Lindert; Lukas Kühn; Kyung-Eun (Anna) Choi

Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane/Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg

Hintergrund und Zielstellung

Vor dem Hintergrund einer alternden Belegschaft ist die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) für Unternehmen im ländlichen Raum von besonderem Interesse. BGF-Maßnahmen wirken sich positiv auf die Gesundheit von Beschäftigten aus und werden vor allem von Beschäftigten in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) in Anspruch genommen. Dennoch liegen KMU bei der Implementierung von BGF zurück (Beck & Lenhardt, 2016). Bisherige Studienergebnisse deuten zudem auf eine höhere Bedeutung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in ländlichen Gebieten hin (Amler et al., 2018). Ziel der vorliegenden Studie ist es, Unterschiede im Angebot und in der Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen und deren Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Faktoren in ländlichen und städtischen KMU in Deutschland zu explorieren.

Methoden

Im Rahmen der Studie wurden die Daten der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018 via Scientific-Use-File des Forschungsdatenzentrums im Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB-FDZ) zur Verfügung gestellt (BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018 – Arbeit und Beruf im Wandel. Erwerb und Verwertung beruflichen Qualifikationen, doi:10.7803/501.18.1.1.10) und analysiert. Die Erhebung fand im Auftrag des Bundesinstituts für Berufsbildung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin von Oktober 2017 bis April 2018 mittels computergestützter Telefoninterviews (CATI) in Deutschland statt. Befragt wurden deutschsprachige Erwerbstätige, die mindestens 15 Jahre alt waren und mindestens 10 Stunden pro Woche arbeiteten. Insgesamt wurden im Erhebungszeitraum 20.012 vollständige Interviews geführt (Gensicke, Tschersich, 2018). Im Rahmen der Studie wurden Daten von $N = 10763$ Teilnehmenden verwendet, die in KMU beschäftigt waren und alle Fragen zu Arbeitszufriedenheit, psychosomatischen Beschwerden und Krankentagen (AV), zu BGF-Angeboten und zur Inanspruchnahme (UV) sowie zu weiteren Kontrollvariablen (z.B. zu Karrierewunsch, Arbeitsumfeld, -bedingungen) beantwortet haben. Die Auswertung fand mittels (multipler) linearer Regressionsanalysen statt. Die Teilnehmenden wurden anhand des BIK-10 in Stadt- (SB) und Landbewohner:innen (LB) unterschieden, sind im Schnitt 47,7 Jahre (LB) / 46,9 Jahre (SB) alt und 46,2 % (LB) / 45,8 % (SB) sind männlich. Die Arbeitszufriedenheit ist bei LB höher ($p < 0,05$), Karrierewünsche sind geringer ausgeprägt ($p < 0,05$) und sie haben einen niedrigeren Bildungsstatus ($p < 0,001$).

Ergebnisse

SB berichten häufiger von BGF-Angeboten ($p < 0,05$), während deren Inanspruchnahme bei LB wahrscheinlicher ist ($p < 0,01$). Das Vorhandensein von BGF-Angeboten hat Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit bei LB (beta = 0,142, $p < 0,001$) und SB (beta = 0,132, $p < 0,001$) und auf psychosomatische Beschwerden bei SB (beta = -0,238, $p < 0,001$). Die Inanspruchnahme bei vorhandenen BGF-Maßnahmen zeigte Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit bei SB (beta = 0,07, $p < 0,001$).

Diskussion und Fazit

LB haben aktivere Bewältigungsstrategien, höhere Selbstwirksamkeitserwartungen und akzeptieren Widrigkeiten als Teil des ländlichen Lebens (Young et al., 2009). Ein als geringer wahrgenommener Bedarf führt so möglicherweise zu einer geringeren Einführungsrate von BGF in ländlichen KMU. Zudem nutzen LB BGF-Angebote möglicherweise als Ausgleich für fehlende außerbetriebliche gesundheitsförderliche Angebote im ländlichen Raum. Weitere Erklärungsansätze für die vorgestellten Ergebnisse könnten u.a. in (1) einem besseren sozialen Netz von LB (Schneider, Holzwarth, 2020), (2) Unterschieden der BGF-Angebote hinsichtlich Qualität, Inhalt und Quantität, (3) Unterschieden zwischen LB und SB hinsichtlich Alter, Bildungsstand, Arbeitszufriedenheit und Karrierewunsch, (4) Branchenunterschieden und (5) einer unterschiedlichen Kommunikation mit Beschäftigten (Kommunikation als BGF-Maßnahme oder als Maßnahme des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, sodass Daten nicht zwangsläufig die tatsächlichen Gegebenheiten widerspiegeln) liegen. Die Diskrepanz zwischen vorhandenen BGF-Angeboten und deren Inanspruchnahme zwischen SB und LB ist von besonderem Interesse und bedarf weiterer Forschung. Die hier vorgestellten Studienergebnisse bleiben weiter ausdifferenzieren und zu diskutieren. Dabei sollten

sowohl individuelle und umweltbedingte Faktoren mit besonderem Augenmerk auf ländliche und städtische Aspekte berücksichtigt werden. Dennoch lassen die Ergebnisse Potential vor allem für ländliche KMU erkennen: Hier werden BGF-Maßnahmen besonders häufig in Anspruch genommen, sodass eine vermehrte Einführung von BGF-Maßnahmen sinnvoll scheint.

Literatur

- Amler, N., Voss, A., Wischlitzki, E., Quittkat, C., Sedlaczek, S., Nesseler, T., Letzel, S. & Drexler, H. (2018). Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Status quo, Kenntnisstand und Unterstützungsbedarf in KMU. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 54, 36-46.
- Beck, D. & Lenhardt, U. (2016). Workplace Health Promotion in Germany: Prevalence and Utilisation. Analyses on Labour Force Surveys of the Federal Institute for Occupational Safety and Health in 2006 and 2012. *Gesundheitswesen*, 78(1), 56-62.
- Gensicke, M. & Tschersich, N. (2018). BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018 Methodenbericht [BIBB/BAuA Employment Survey -Method Report]. K. Public.
- Schneider, S. & Holzwarth, B. (2020). Gesundheit in der Stadt und auf dem Land. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 16(1), 41-46.
- Young, A. E., Cifuentes, M., Wasiak, R. & Webster, B. S. (2009). Urban-rural differences in work disability following occupational injury: are they related to differences in healthcare utilization? *J Occup Environ Med*, 51(2), 204-212.

Analyse therapeutischer Maßnahmen stationärer Mutter-Kind-Vorsorgemaßnahmen anhand von Daten der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL)

Claudia Kirsch; Deborah Leddin; Friederike Otto; Monique Förster
Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Die „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL) ist eine wichtige Grundlage für die Qualitätssicherung der Rehabilitation und zur Dokumentation des erbrachten therapeutischen Geschehens im Reha-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung (DRV) (DRV, 2015). Auch in stationären Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach §111a SGB V werden die therapeutischen Maßnahmen anhand der KTL patientenbezogen erfasst.

Mit der Studie „Ressourcenaktivierung und Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch stationäre Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen“ (RessQu) wurden erstmalig die therapeutischen Maßnahmen in stationären Mutter-Kind-Einrichtungen mittels KTL untersucht. Dabei standen folgende Fragestellungen im Vordergrund:

1. Welche Therapien erhielten Patientinnen in stationären Mutter-Kind-Maßnahmen und in welchem zeitlichen Umfang wurden diese angewendet?
2. Welche Therapien erhielten Patientinnen zum einen mit der Schwerpunktindikation (SPI) Rückenschmerzen und zum anderen mit der SPI Psychische Störungen?

Methoden

Die Anzahl und Dauer der durchgeführten Anwendungen wurden anhand einer KTL-Liste mit 65 Angebotsgruppen (Otto et al., 2019) im Rahmen der RessQu-Studie von März bis Dezember 2018 in zehn Kliniken erhoben. Für die Dauer einer kompletten Maßnahme (21 Tage) wurden der Mittelwert der Anwendungen und der Mittelwert der Therapiedauer in Stunden pro KTL-Gruppe berechnet.

Auf einer Liste mit elf SPI und einer Kategorie „sonstige SPI“ konnten die Ärzt*innen der Einrichtungen zu Beginn der Maßnahme maximal zwei SPI auswählen, die laut Attest der einweisenden Ärzt*in behandelt werden sollten und nach Überprüfung durch den/die behandelnde/n Ärzt*in der Klinik vorlagen. Beim nachfolgenden Vergleich der SPI Rückenschmerzen und Psychische Störungen muss daher beachtet werden, dass neben diesen Indikationen auch weitere Indikationen bei den Patientinnen vorliegen konnten. Für die Auswertung wurden die Kategorien Rückenschmerzen und Muskel-Skelett-Erkrankungen zur SPI „Rückenschmerzen“ zusammengefasst. Ebenso wurde die SPI „Psychische Störungen“ aus den Kategorien Depression, Angststörungen und andere F-Diagnosen gebildet.

Die Mittelwertvergleiche wurden mit t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Ergebnisse

In der RessQu-Studie wurden von 859 Patientinnen die Therapien mittels KTL erfasst. Von diesen hatten 720 (M=39,2 Jahre, SD=6,4) Patientinnen laut Attest einen Vorsorgestatus, 16 Patientinnen einen Rehasstatus und bei 77 Patientinnen wurde auf dem Attest keine Angabe diesbezüglich gemacht. Aufgrund der geringen Fallzahl der Rehapatientinnen beziehen sich die folgenden Auswertungen ausschließlich auf die Vorsorgepatientinnen.

Insgesamt erhielten die Patientinnen im Durchschnitt 38,8 Anwendungen und 29,9 Therapiestunden in ihrer Maßnahme. Am häufigsten erhielten die Patientinnen Anwendungen aus der Sport- und Bewegungstherapie, gefolgt von Anwendungen aus der physikalischen Therapie und der Information, Motivation und Schulung. Die meisten Therapiestunden fielen hingegen bei der Rekreationstherapie sowie der Psychotherapie und bei der Sport- und Bewegungstherapie an (Tab. 1).

Tab. 1: Anzahl der Anwendungen und Therapiedauer pro Maßnahme

KTL-Kapitel		Anteil*	Anwendungen pro Maßnahme (M)**	SD	Therapiedauer pro Maßnahme (M in Stunden)**	SD
A	Sport- und Bewegungstherapie	96,0 %	8,6	4,02	6,4	3,28
B	Physiotherapie	80,3 %	3,8	2,65	2,0	1,64
C	Information, Motivation, Schulung	98,6 %	6,3	3,73	5,1	2,86
D	Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	60,1 %	3,4	2,25	3,1	2,45
E	Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie	0,6 %	4,5	1,00	5,6	0,75
F	Klinische Psychologie, Neuropsychologie	89,2 %	4,6	2,19	4,0	2,84
G	Psychotherapie	21,3 %	5,6	2,78	7,0	3,61
H	Reha-Pflege und Pädagogik	50,1 %	2,3	2,03	1,3	1,29
K	Physikalische Therapie	95,7 %	6,8	3,26	2,3	1,18
L	Rekreationstherapie	85,1 %	5,8	4,77	7,4	5,82
M	Ernährungsmedizinische Leistungen	47,9 %	2,6	2,90	2,0	2,47
Insgesamt		720	38,8	11,95	29,9	10,86

*Anteil der Patientinnen, die mindestens eine Leistung aus der KTL-Gruppe erhalten haben

** Mittelwerte der Therapiedauer und Anzahl der Anwendungen beziehen sich nur auf diejenigen Patientinnen, die mindestens eine Leistung aus der jeweiligen KTL-Gruppe erhalten haben

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Von den 720 Vorsorgepatientinnen hatten 330 Patientinnen die SPI Rückenschmerzen und 78 Patientinnen die SPI Psychische Störungen. Patientinnen mit der SPI Psychische Störungen erhielten pro Maßnahme signifikant mehr Anwendungen (42,9) als Patientinnen mit der SPI Rückenschmerzen (39,3 Anwendungen). Die Therapiedauer unterschied sich hingegen nicht signifikant voneinander (SPI Rückenschmerzen: 31,1 Stunden; SPI Psychische Störungen: 32,5 Stunden).

Patientinnen mit der SPI Rückenschmerzen erhielten signifikant häufiger und länger Physiotherapie und physikalische Therapie sowie signifikant länger klinische Psychologie/Neuropsychologie und Rekreationstherapie als Patientinnen mit der SPI Psychische Störungen. Umgekehrt verhielt es sich bei Reha-Pflege und Pädagogik sowie Psychotherapie. Hier erhielten die Patientinnen mit der SPI Psychische Störungen signifikant häufiger und länger Therapien als die Patientinnen mit der SPI Rückenschmerzen.

Hinsichtlich Sport- und Bewegungstherapie, Information, Motivation, Schulung sowie klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie und ernährungsmedizinischen Leistungen zeigten sich zwischen den beiden SPI keine relevanten Unterschiede.

Diskussion und Fazit

Zur Dokumentation multiprofessioneller Therapien stationärer Mutter-Kind-Maßnahmen ist die KTL ein geeignetes Instrument. In den Therapiekonzepten der Kliniken werden die Dimensionen Sport und Bewegung, indikationsspezifische Physio- und physikalische Therapie, Information und Schulung sowie psychologische, pädagogische, soziale und ernährungsmedizinische Beratung entsprechend dem Vorsorgekonzept umgesetzt.

Im Vergleich zur therapeutischen Versorgung in den durch die Rentenversicherung belegten ambulanten und stationären Reha-Fachabteilungen mit durchschnittlich 18,9 Stunden Therapiezeit bei 31,8 Leistungen pro Woche und Rehabilitand*in (DRV, 2019) erscheint der Therapieumfang in den stationären Mutter-Kind-Maßnahmen eher gering. Allerdings ist neben der Behandlung gesundheitlicher Beschwerden der Mütter die Mutter-Kind-Interaktion ein bedeutender Schwerpunkt stationärer Mutter-Kind-Maßnahmen. Diese findet zum größten Teil außerhalb der Therapiezeiten statt, sodass die Therapien nicht im Umfang von Reha-Fachabteilungen der Rentenversicherung angeboten werden können.

Weitere Untersuchungen sollen nun zeigen, ob Mutter-Kind-Einrichtungen mit denselben Schwerpunkten einen eher homogenen Therapieumfang haben. Die Entwicklung von Therapiestandards für Mutter-Kind-Maßnahmen könnte daraus resultieren.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2015). KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (6. Auflage). Berlin: DRV.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2019). Reha-Bericht 2019. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2019.html, Abruf: 25.10.2021.

Otto, F., de Wall, S., Kirsch, C., Barre, F. (2019). Anwendung der Delphi-Methode zur Entwicklung von indikationsspezifischen Behandlungskonzepten nach KTL. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Rehabilitation – Shaping healthcare for the future, Bd. 117. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 35–37.

Förderung: Mutter-/Vater-Kind-Kliniken des Forschungsverbunds Familiengesundheit

Anstieg der Arbeitslosigkeit von Menschen mit und ohne Schwerbehinderung infolge der SARS-CoV-2-Pandemie: eine Difference-in-Differences-Analyse

Frederike Booke¹; David Fauser¹; Nancy Reims²; Matthias Bethge¹

¹ Universität zu Lübeck; ² Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Hintergrund und Zielstellung

Arbeitslose haben im Vergleich zu Erwerbstätigen einen schlechteren Gesundheitszustand, eine höhere Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen sowie ein erhöhtes Mortalitätsrisiko (Kroll et al., 2012). Diese Auswirkungen sind größer, je länger die Arbeitslosigkeit anhält. Menschen mit Schwerbehinderung haben geringere Chancen, eine Beschäftigung am ersten Arbeitsmarkt wiederzuerlangen, und sind durchschnittlich deutlich länger arbeitslos als Menschen ohne Schwerbehinderung (Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2021). Für sie kann der pandemiebedingte Eintritt in die Arbeitslosigkeit oder das Scheitern der Wiederaufnahme einer Tätigkeit daher einschneidende gesundheitliche und soziale Folgen haben. Unsere Analyse untersucht den Anstieg der Arbeitslosigkeit infolge der SARS-CoV-2-Pandemie bei Menschen mit und ohne Schwerbehinderung in Deutschland.

Methoden

Wir verwendeten Arbeitslosenzahlen der Jahre 2019 und 2020, die von der Bundesagentur für Arbeit (BA) differenziert nach Monat, Bundesland, Rechtskreis, Geschlecht und Vorliegen einer Schwerbehinderung zur Verfügung gestellt wurden. Mit einem Difference-in-Differences-Modell schätzten wir den auf die Pandemie zurückzuführenden Anstieg der Arbeitslosigkeit von Menschen mit und ohne Schwerbehinderung (Bethge et al., 2021; Dimick et al., 2014). Wir nutzten für die Berechnung ein Poisson-Regressionsmodell und bestimmten Difference-in-Differences-Schätzer für die Gesamtpopulationen und Subgruppen (Geschlecht, Rechtskreis, Wohnortregion). In den Analysen repräsentierte das Pandemiejahr 2020 die exponierte Population, 2019 diente als nicht-exponierte Vergleichsgruppe. Da der Deutsche Bundestag am 27. März 2020 die nationale Tragweite der Epidemie erklärte und wir einen pandemiebedingten Anstieg der Arbeitslosigkeit erst danach erwarteten, definierten wir die Monate Januar bis März als Vor- und die Monate April bis Dezember als Nachbeobachtungsperiode. Als Difference-in-Differences-Schätzer wurden Incidence Rate Ratios (IRR) bestimmt. Ein $IRR > 1$ repräsentiert einen pandemiebedingten Anstieg der Arbeitslosenzahlen in der Nachbeobachtungsperiode im Jahr 2020.

Ergebnisse

Während im März 2020 mit 157.523 Personen 1,8 % mehr Menschen mit Schwerbehinderung arbeitslos gemeldet waren als im März des Vorjahres, waren es im April 2020 bereits 167.997 und damit 10,0 % mehr als im April 2019. Nach einem erneuten leichten Anstieg im Juni blieb die Arbeitslosigkeit im Jahresverlauf 2020 auf ähnlichem Niveau erhöht (Abbildung 1). Menschen ohne Schwerbehinderung erlebten einen deutlicheren Anstieg der Arbeitslosigkeit. Im März 2020 waren 2.177.425 Personen arbeitslos (1,5 % mehr als im Vorjahr), im April 2.475.227 Personen (19,2 % mehr als im Vorjahr). Der Anstieg im Vergleich zum Vorjahr erhöhte sich bis zum Juni und fiel im Jahresverlauf dann nahezu linear bis auf das Niveau im April zurück (Abbildung 1).

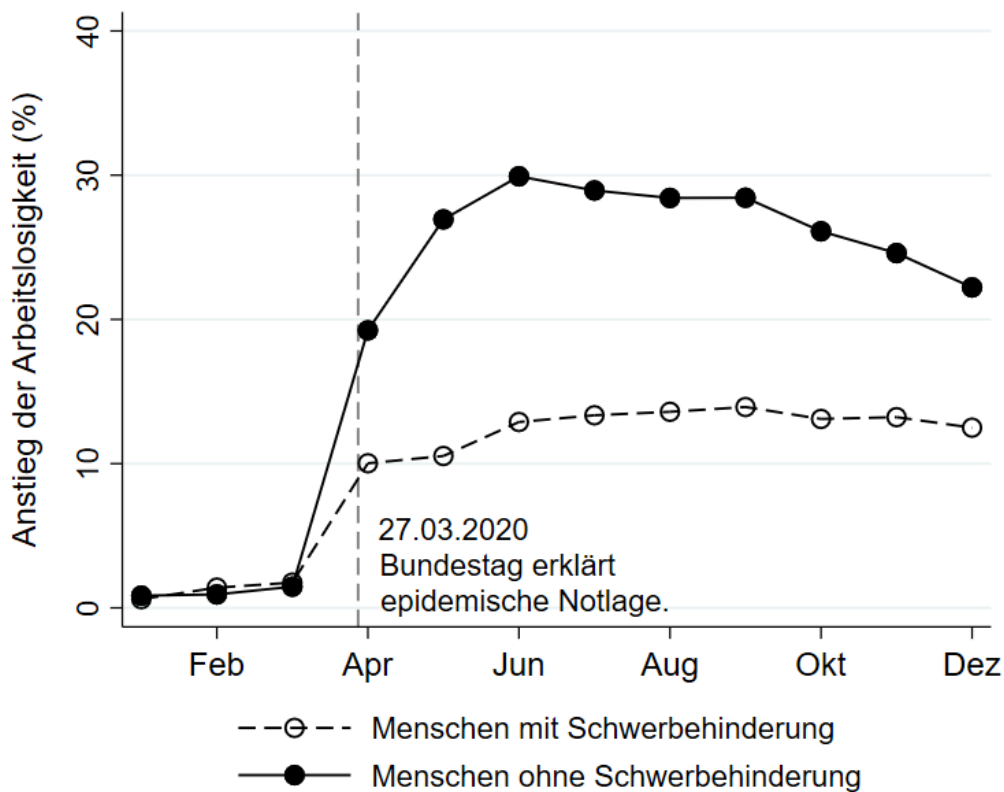


Abb. 1: Relativer Anstieg der Arbeitslosigkeit in 2020 im Vergleich zum Vorjahresmonat in 2019 bei Menschen mit und ohne Schwerbehinderung.

Insgesamt stieg die Arbeitslosigkeit bei Menschen mit Schwerbehinderung pandemiebedingt um 11,2 % an (IRR = 1,112; 95 % KI: 1,107 bis 1,117). Dabei waren Frauen, Menschen mit Wohnort in den neuen Bundesländern und Menschen mit Bezug von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch III (SGB III, d.h. Bezug von Arbeitslosengeld) signifikant stärker betroffen. Bei Menschen ohne Schwerbehinderung war die Arbeitslosigkeit pandemiebedingt um 24,8 % gegenüber dem Vorjahr erhöht (IRR = 1,248; 95 % KI: 1,246 bis 1,249). Männer, Menschen aus den neuen Bundesländern und Menschen mit Bezug von SGB III-Leistungen waren in dieser Gruppe signifikant stärker betroffen.

Diskussion und Fazit

Der stärkere Anstieg der Arbeitslosigkeit bei Menschen ohne Schwerbehinderung ist wahrscheinlich auf den Sonderkündigungsschutz bei Schwerbehinderung zurückzuführen.

Zudem unterscheiden sich beide Kohorten bezüglich Alter, Qualifikation und Arbeitsbranche (Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2021). Die pandemiebedingte Auswirkung auf die Arbeitslosigkeit war in den neuen Bundesländern größer, obwohl diese während der ersten Welle durch eine niedrige Infektionsinzidenz charakterisiert waren. Dies lässt vermuten, dass der unterschiedliche Anstieg der Arbeitslosigkeit weniger durch die regionale Inzidenz als durch volkswirtschaftliche Indikatoren bestimmt war. Des Weiteren verloren mehr Personen ihre Beschäftigung, die bereits länger erwerbstätig waren, als Personen, die erst seit weniger als einem Jahr beschäftigt waren oder ihr Gehalt mit Arbeitslosengeld-II aufstocken mussten. Hier wäre eine weitere Differenzierung nach Branchen sinnvoll, um dieses doch überraschende Ergebnis zu überprüfen. Da der Abgang aus Arbeitslosigkeit in Erwerbstätigkeit für Menschen mit Schwerbehinderung nachweislich erschwert ist, bleibt abzuwarten, inwiefern sich die Arbeitslosenzahlen in beiden Gruppen bei andauernder Beeinträchtigung des Arbeitsmarktes durch die Pandemie entwickeln.

Tab. 1: Difference-in-Difference-Schätzer für den pandemiebedingten Anstieg der Arbeitslosigkeit bei Menschen mit und ohne Schwerbehinderung

	Kohorte					
	Menschen mit Schwerbehinderung			Menschen ohne Schwerbehinderung		
	IRR	95%-KI	p	IRR	95%-KI	p
Gesamt	1,112	1,107; 1,117	< 0,001	1,248	1,246; 1,249	< 0,001
Frauen	1,119	1,111; 1,127	< 0,001	1,243	1,240; 1,245	< 0,001
Männer	1,107	1,101; 1,114	< 0,001	1,252	1,250; 1,254	< 0,001
Neue Bundesländer (mit Berlin)	1,147	1,135; 1,158	< 0,001	1,270	1,267; 1,273	< 0,001
Alte Bundesländer	1,103	1,097; 1,108	< 0,001	1,240	1,238; 1,242	< 0,001
Rechtskreis SGB III	1,156	1,148; 1,164	< 0,001	1,400	1,397; 1,402	< 0,001
Rechtskreis SGB II	1,077	1,071; 1,084	< 0,001	1,159	1,157; 1,161	< 0,001

Literatur

- Bethge, M., Fauser, D., Zollmann, P., Streibelt, M. (2021). Reduced requests for medical rehabilitation because of the SARS-CoV-2 pandemic: a Difference-in-Differences analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, doi: 10.1016/j.apmr.2021.07.791
- Dimick, J. B., Ryan, A. M. (2014): Methods for evaluating changes in health care policy: the difference-in-differences approach. *Jama*, 312. 2401-2402.
- Kroll, L. E., Lampert, T. (2012). *Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2021). *Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation schwerbehinderter Menschen 2020*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.

Autonomiegefährdung und -wahrung in der stationären medizinischen Rehabilitation - Ergebnisse eines Scoping Reviews

Malte Klemmt; Tanja Henking; Silke Neuderth

Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt

Hintergrund und Zielstellung

Respekt vor der Autonomie von PatientInnen ist eines der leitenden medizinethischen Prinzipien (Beauchamp & Childress, 2019). Dessen Achtung stellt eine vielfach diskutierte und deklarierte Anforderung an Strukturen, Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen dar. Vermutet wird, dass auch die medizinische Rehabilitation als Teil des Versorgungssystems Aspekte aufweist, die die Autonomie (Selbstbestimmung) von RehabilitandInnen zu gefährden drohen oder wahren können. Zum einen wird dies mit den diversen medizinischen, therapeutischen und ggf. pflegerischen Interventionen während des Rehabilitationsaufenthaltes, die innerhalb der physischen und psychischen Integrität der RehabilitandInnen stattfinden, begründet. Zum anderen könnte die Thematik der RehabilitandenInnenautonomie besonders im nationalen Rehabilitationssystem relevant sein, da ein Großteil der Rehabilitationsmaßnahmen im stationären Bereich stattfinden und somit institutionelle Aspekte besonders bedeutsam sein können. Senin & Meyer (2019) benennen zwei Ebenen von Selbstbestimmung in der medizinischen Rehabilitation. Die erste Ebene betrifft die Selbstbestimmung als weiterführendes Ziel der Rehabilitation, die zweite Ebene betrifft die Selbstbestimmung innerhalb der Rehabilitationsmaßnahme. Die Ebene der Selbstbestimmung als übergeordnetes und primäres Ziel der Rehabilitation (Selbstbestimmung und Teilhabe) sind in §1 SGB IX festgelegt und im Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung Bund als solches deklariert (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009). Bisher nicht umfassend untersucht scheint die Ebene der Autonomie während des Rehabilitationsaufenthaltes. Ziel der Studie ist die Identifizierung von Aspekten, die die Autonomie von RehabilitandInnen während der Rehabilitationsmaßnahme gefährden bzw. wahren können.

Methoden

Durchgeführt wurde ein Scoping Review auf Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes. Das methodische Vorgehen orientierte sich an den Vorgaben des Joanna Briggs Institutes (Peters et al., 2017). Gesucht wurden Zeitschriftenartikel in deutscher und englischer Sprache im Publikationszeitraum von 2000 bis 2020. Die Recherche fand in Datenbanken (u.a. PubMed, PubPsych, EthMed, Livivo) mit feststehenden Such- und Indexbegriffen sowie mittels Screening von Referenzlisten statt. Der thematische Einschlussbereich bezog sich auf die Autonomie von Erwachsenen während eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes aller Indikationsbereiche (außer Rehabilitation psychisch Kranker). Die Ergebnisextraktion geschah im Sinne eines Mappings. Die Recherche und Befundgenerierung wurden in Anlehnung an die PRISMA-ScR-Checklist protokolliert.

Ergebnisse

39 Beiträge wurden final eingeschlossen. Hierbei handelt es sich um empirische Studien (16), normativ-theoretische Beiträge (18) und Reviews (5). 16 Beiträge beziehen sich auf bestimmte Indikationen (häufigste: Neurologie) und 12 Beiträge beziehen sich auf das nationale Rehabilitationssystem. Aspekte, die die Autonomie der RehabilitandInnen potenziell gefährden können, wurden fünf Bereichen zugeordnet (vgl. Tabelle 1): Rehabilitationssystem (u.a. Standardisierungen), Rehabilitationseinrichtungen (u.a. Schnittstellen), Einrichtungsmitarbeitende (u.a. berufliches Selbstverständnis), RehabilitandInnen (u.a. Passivität) sowie Dritte (u.a. ArbeitgeberInnen). Demgegenüber wurden Aspekte, die die RehabilitandInnenautonomie wahren bzw. fördern können, vier Bereichen zugeordnet (vgl. Tabelle 2): Rehabilitationseinrichtungen (u.a. Leitbilder), Einrichtungsmitarbeitende (u.a. Sensibilisierung), Konzepte und Ausprägungsformen (u.a. Patientenorientierung) sowie Instrumente (u.a. Entscheidungshilfen).

Tab. 1: Aspekte der Autonomiegefährdung

Aspekte der Autonomiegefährdung	
Rehabilitationssystem	<ul style="list-style-type: none">• Strukturelle Begebenheiten• Ablauf & Zeitpunkte der Rehabilitation• Standardisierungen & Zielvorgaben• Ressourcenallokation• Therapiemaßnahmen
Rehabilitationseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none">• Schnittstellen• Einrichtungsstruktur• Ressourcenknappheit• Qualifikation
Einrichtungsmitarbeitende	<ul style="list-style-type: none">• Fürsorge & Paternalismus• Berufliches Selbstverständnis• Persönliche Wertvorstellungen & Ansichten• Fehlvorstellungen
RehabilitandInnen	<ul style="list-style-type: none">• Selbstbewusstsein & Selbsteinschätzung• Motivation & Passivität• Selbst- & Fremdgefährdungen• Emotionalität
Dritte	<ul style="list-style-type: none">• ArbeitgeberInnen & LeistungsträgerInnen• Angehörige & nahestehende Personen• Andere Rehabilitanden

Tab. 2: Aspekte der Autonomiewahrung

Aspekte der Autonomiewahrung	
Rehabilitationseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none">• Interprofessionalität & Zusammenarbeit• Einbezug Qualitätsmanagement• Leitbilder & Einrichtungskultur• Einrichtungsstruktur• Einbezug Dritter• Sensibilisierung & Qualifizierung
Einrichtungsmitarbeitende	<ul style="list-style-type: none">• Empathie• Beziehungsarbeit• Kommunikation

Konzepte & Ausprägungsformen

Instrumente

- Patientenorientierung
- Empowerment
- Informierte Einwilligung
- Partizipative Entscheidungsfindung
- Leitfäden & Verfahrensanweisungen
- Messinstrumente
- Entscheidungshilfen

Diskussion und Fazit

Es wurde eine Vielzahl von Aspekten identifiziert, die die Autonomie von RehabilitandInnen während des Rehabilitationsaufenthaltes in der stationären medizinischen Rehabilitation gefährden, aber auch wahren bzw. fördern können. Diese sind im gesamten Verlauf der rehabilitativen Leistung angesiedelt und betreffen sowohl die strukturelle, organisationale als auch die personale Ebene. Die Bereiche der Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungsmitarbeitenden schließen sowohl autonomiegefährdende als auch -wahrende Aspekte ein, die sich teilweise gegenseitig bedingen oder ausschließen. Der Stellenwert des Einrichtungspersonals verwundert, aufgrund des hohen Beeinflussungspotenzials der RehabilitandInnenautonomie durch rehabilitative Interventionen, nicht. Widersprüchlich fällt u.a. die Einschätzung des Einbezuges von Angehörigen und nahestehenden Personen der RehabilitandInnen aus, welcher zum Teil als potenziell die Autonomie wahrend und teilweise als gefährdend beschrieben wird. Für den nationalen Kontext fehlen bislang Evidenzen in Bezug auf die subjektiv-empfundene, generellen Selbstbestimmungsmöglichkeiten der RehabilitandInnen während des Rehabilitationsaufenthaltes sowie etwaige Barrieren. Auch potenzielle Problemlagen im Rahmen des beruflichen Handelns sind in Bezug auf das nationale Rehabilitationssetting wenig untersucht. Es lässt sich ableiten, dass die RehabilitandInnenautonomie nicht nur als Outcome der Rehabilitation, sondern auch als Anforderung an Strukturen und Akteure während des Rehabilitationsaufenthaltes behandelt werden sollte.

Literatur

- Beauchamp, T.L., Childress J.F (2019). Principles of biomedical ethics (8. Aufl.). Oxford: Oxford University Press.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2009). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (3. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Peters, M.D.J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C., Khalil, H. (2017). Scoping Reviews. In: Aromataris, E., Munn, Z. (Ed.): Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. 406-451.
- Senin, T., Meyer, T. (2019). Selbstbestimmung in der medizinischen Rehabilitation - Erstellung eines konzeptuellen Modells zur weiteren theoretischen Diskussion. Die Rehabilitation, 58. 15-23.

Beratung und Begleitung bei gefährdeter Erwerbsfähigkeit im Haus für Gesundheit und Arbeit: Eine qualitative Längsschnittanalyse

Marei Grope; Lea Remus; Stella Lemke; Matthias Bethge

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, insbesondere für psychisch Erkrankte, gibt es im Hinblick auf die Erhaltung ihrer Arbeitsfähigkeit eine Vielzahl von Rehabilitations- und Unterstützungsangeboten. Die Orientierung fällt Rat- und Hilfesuchenden hier oft schwer denn der Zugang zu erforderlichen Hilfen ist nicht unmittelbar erkennbar. Dies verzögert die Inanspruchnahme oder lässt die Menschen hiervon sogar ganz Abstand nehmen. Das HGuA bietet für das fragmentierte Versorgungssystem eine niedrigschwellige Lösung, es vereint Leistungsträger und Leistungserbringer unter einem Dach. Damit erhalten Menschen – unabhängig von der Art und dem Umfang ihres Hilfebedarfs -an einem zentralen Ort rechtskreisübergreifend Zugang zu individuellen, bedarfsorientierten Beratungen und Leistungen. Das Angebot zielt darauf ab, die Situation der Teilnehmer*innen dahingehend zu verbessern, dass sie weiterhin möglichst umfänglich am Arbeitsleben teilhaben können. Dies umfasst den Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, das Entgegenwirken einer Erwerbsminderung und die Vorbeugung einer Chronifizierung von Erkrankungen oder drohenden Behinderungen. Im Zuge eines Eingangsgesprächs werden die Anliegen der Ratsuchenden vorgeklärt und geprüft, ob ein Einstieg in das HGuA zielführend ist und bei Passfähigkeit ein Erstgespräch angeboten, woran sich ein individuelles, bedarfsorientiertes Fallmanagement anschließen kann. Ziel der vorliegenden explorativen Analyse war es (1) die Erwartungen und Bedarfe der Nutzer*innen zu beschreiben, (2) diesen die Angebote der Akteur*innen gegenüberzustellen und (3) notwendige Rahmenbedingungen für eine gelungene Umsetzung zu explizieren.

Methoden

Die Daten der Analysen wurden 2021 im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie erhoben, die die Implementierung des HGuA Modellvorhabens wissenschaftlich begleitet. Eingeschlossen wurden alle Nutzer*innen des HGuA, die in einen Coachingprozess gemündet sind (18- bis 65-jährige, mit einem hohen Risiko einer Erwerbsminderung bzw. Erwerbsminderungsrente). Neben einer quantitativen Erhebung, wurden leitfadengestützte Interviews mit Akteur*innen und Nutzer*innen des HGuA geführt. Die Transkripte der Interviews wurden qualitativ inhaltsanalytisch (Mayring, 2015) in der Webapplikation QCAMap (Mayring/Fenzl 2013) analysiert.

Zur Beantwortung der Frage nach Bedarfen, Angeboten und den notwendigen Rahmenbedingungen, wurde die Technik der induktiven Kategorienbildung gewählt. Aufbauend auf den Ergebnissen, konnte das Konzept für die Hauptstudie angepasst und manualisiert werden.

Ergebnisse

Die Mitarbeiter*innen wurden zu Beginn (T1: n = 8) und ein halbes Jahr nach Beginn (T2: n = 9) des Modellprojektes interviewt, die Nutzer*innen wurden zu Beginn ihres Coachingprozesses (T1: n = 12) und ein halbes Jahr später (T2: n = 9) befragt.

Bei der Frage nach den Erwartungen an das Angebot des HGuA nannten die Nutzer*innen vor allem die Hoffnung auf eine*n Ansprechpartner*in für komplexe Problemlagen (33 %), eine rechtskreisübergreifende Beratung (25 %) und eine zeitnahe Terminierung (25 %). Bedürfnisse, die bei vorangegangenen Unterstützungsangeboten anderer Institutionen oft nicht erfüllt wurden (25 %). Vor allem der niedrigschwellige Zugang (75%), der freundliche und informative Empfang im HGuA (75 %) und die empathischen und kompetenten Mitarbeiter*innen im weiteren Verlauf (66 %) wurden als unterstützende Rahmenbedingung für die Nutzung des Angebots genannt (z.B. „dass es so unkompliziert war. (...)einfach erstmal Hilfe angeboten wurde, ohne mich gleich zu verpflichten“). Ein längerer Vorlauf vor dem Beginn der Beratung (33 %) und wechselnde Ansprechpersonen im Verlauf (33 %) wurden als eher hinderlich bewertet.

Um die Arbeit gut umzusetzen, war für die Akteur*innen zu Beginn vor allem der Einblick in die Arbeit der Kolleg*innen (100 %) hilfreich, zum zweiten Erhebungszeitpunkt waren unter anderem die kurzen Wege und eine gute Erreichbarkeit der Kolleg*innen (77 %), sowie ein hilfsbereites, wertschätzendes Teamklima (66 %) wichtig. Das Angebot von Fallbesprechungen (44 %) und der regelmäßige Austausch (55 %) wurden als förderliche Rahmenbedingungen empfunden.

Als zentrale Aufgaben des Coachingprozesses nannten die Akteur*innen neben der Arbeits- und Sozialrechtlichen Beratung (50 %) und dem Jobcoaching (50 %) auch die Therapieplatzsuche (37,5 %) sowie den Aufbau von Resilienz (25 %) und Selbstwirksamkeit (25 %) der Nutzer*innen. Dies deutet auf die hohen Anforderungen durch die komplexen Problemlagen hin.

Diskussion und Fazit

Die Daten verweisen auf die komplexen Bedarfe der Teilnehmer*innen, die mit der Herausforderung eines großgefächerten, individuellen und bedarfsorientierten Angebotes abgedeckt werden müssen. Um diese Arbeit zu gewährleisten, waren insbesondere Themen wie regelmäßiger Austausch in einem hilfsbereiten, interdisziplinären Team mit kurzen Wegen notwendig, sowie die Präzision von der Projektkonzipierung und -struktur. Auf Seiten der Teilnehmenden wurde vor allem aktive Hilfe anstatt Beratung gefordert, die durch eine kontinuierliche Ansprechperson zu regelmäßigen und zeitnahen Terminen umgesetzt werden sollte.

Der Vergleich zwischen den Erwartungen der Nutzer*innen und dem Angebot der Akteur*innen zeigte, dass die angestrebten Ziele der Teilnehmenden mit den bereits unterschlagenen Angeboten wie Berufliche Neu-/Umorientierung und der psychischen Stabilisierung übereinstimmen.

Literatur

- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12., überarbeitete Auflage.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P., Fenzl, T. (2013): QCAmap: A Software for Qualitative Content Analysis. URL: www.QCAmap.org (22.07.2021). https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_38

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Beratung und Begleitung bei gefährdeter Erwerbsfähigkeit im Haus für Gesundheit und Arbeit: Eine quantitative Längsschnittanalyse

Lea Remus; Marei Grope; Stella Lemke; Matthias Bethge
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gibt es eine Vielzahl von Angeboten zur Unterstützung zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit. Die Orientierung fällt Rat- und Hilfesuchenden oft schwer. Das Haus für Gesundheit und Arbeit (HGuA) in Hamburg bietet für Menschen mit gefährdeter Erwerbsfähigkeit eine offene Anlaufstelle für eine bedarfsorientierte Beratung und Begleitung, unabhängig von Art und Umfang des Bedarfs und der gesetzlichen Zuständigkeit. Ziel ist der Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Vorbeugung einer Chronifizierung von Erkrankungen oder drohenden Behinderungen. Die vorliegende Analyse untersuchte, welche Personen das HGuA aufsuchen und wie sich ihre Gesundheit und berufliche Teilhabe nach sechs Monaten Begleitung verändert hat.

Methoden

Die Daten der Analysen wurden 2021 im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie erhoben, welche die Implementierung des HGuA wissenschaftlich begleitet. Eingeschlossen wurden alle Nutzer*innen des HGuA, die in einen Coachingprozess gemündet sind (18- bis 65-jährige, mit einem hohen Risiko einer Erwerbsminderung bzw. Erwerbsminderungsrente). Neben qualitativen Erhebungen wurden schriftliche Befragungen mit den Teilnehmenden zu zwei Messzeitpunkten durchgeführt (Start Coaching und nach sechs Monaten). Die erhobenen Merkmale umfassen unter anderem ärztlich diagnostizierte Erkrankungen, Angst und Depressionen (0 - 4 Punkte; Rabung et al., 2009), subjektive Arbeitsfähigkeit (0-5 Punkte: mäßig; 6-7 Punkte: moderat; 8-9: gut; 10: exzellent; Ilmarinen, 2007), Informiertheit über Teilhabeleistungen (0-5 Punkte) sowie soziodemografische Merkmale. Die Stichprobenkennwerte wurden deskriptiv dargestellt. Veränderungen, die im Verlauf der Intervention beobachtet wurden, wurden für kontinuierliche Variablen mittels t-test für abhängige Stichproben und für binäre Variable mittels McNemar-Tests oder Chi-Quadrat-Tests geprüft.

Ergebnisse

Für die Analysen wurden die Daten von 59 Personen berücksichtigt. Die Teilnehmenden waren im Durchschnitt 47 Jahre alt (SD = 10,6) und zu 69,5 % weiblich. Die Anzahl der Erwerbstätigen sank innerhalb von sechs Monaten von 58,8 % (n = 51) auf 54,2 % (n = 48). Die Arbeitsunfähigkeitsdauer in den letzten 12 Monaten lag zum ersten Messzeitpunkt im Mittel bei 26,1 Wochen (n = 48, SD = 18,1), nach sechs Monaten bei 34,1 Wochen (n = 45, SD = 18,3) ($p < 0,001$; n = 43). Zum Start des Coachings berichteten 91,4 % (n = 58) der Teilnehmenden eine ärztlich diagnostizierte psychische Beeinträchtigung und 42,6% eine Muskel-Skelett-Erkrankung. Während der Begleitung im HGuA steigerte sich das Wissen um Teilhabeleistungen am Arbeitsleben (Start Coaching: M = 2,0 (SD = 1,5); Sechs Monate: M = 2,9 (SD = 1,6); $p = 0,001$), zur Teilhabe an der Gesellschaft (M = 1,3 (SD = 1,4); M = 1,7 (SD = 1,8); $p = 0,091$), zu unterhaltssichernden Leistungen (M = 2,7 (SD = 1,6); M = 3,4 (SD = 1,5); $p = 0,001$) und zur medizinischen Rehabilitation (M = 2,5 (SD = 1,7); M = 3,3 (SD = 1,5); $p = 0,001$). Hinsichtlich der subjektiven Arbeitsfähigkeit gaben zum Start des Coachings (n = 54) 75,9 % eine schlechte und 16,7 % eine moderate Arbeitsfähigkeit an. Sechs Monate später (n = 56) berichteten 41,1 % eine schlechte und 44,6 % eine moderate subjektive Arbeitsfähigkeit (n = 52, $p < 0,001$). Depressivität (n = 52) und Angst (n = 54) reduzierte sich bei den Teilnehmenden während der Begleitung von im Mittel 1,9 Punkten (SD = 0,9) bzw. 0,9 Punkten (SD = 1,0) auf 1,7 Punkte (SD = 0,9) bzw. 0,7 Punkte (SD = 0,9) sechs Monate nach Start des Coachings.

Diskussion und Fazit

Es wurde eine neue Maßnahme zur Unterstützung von Personen mit gesundheitlicher Einschränkung und gefährdeter beruflicher Teilhabe implementiert. Teilnehmer*innen des Angebots sind zu Beginn im Vergleich zu stationären Psychotherapiepatient*innen (Rabung et al., 2009) ähnlich stark depressiv belastet und ängstlich, jedoch zeigen sich positive Effekte durch die Begleitung im HGuA. Es zeigte sich eine Verbesserung der subjektiven Arbeitsfähigkeit, vor allem bei schlechter Arbeitsfähigkeit, die bei vulnerablen Gruppen mit einem erhöhten Erwerbsminderungsrisiko assoziiert ist (Fauser et al., 2021). In der Informiertheit über Teilhabeleistungen kann in allen Bereichen ein Wissenszuwachs verzeichnet werden. Das Modellvorhaben wird fortgesetzt und die Wirksamkeit durch eine beobachtende Mixed-Methods-Studie bewertet (<https://www.hgua-hamburg.de/>).

Literatur

- Fauser, D., Zeuner, A., Zimmer, J.-M., Golla, A., Schmitt, N., Mau, W., Bethge, M. (2021): Work Ability Score as predictor of rehabilitation, disability pensions and death? A German cohort study among employees with back pain. *Work* 2021 (in Druck).
- Ilmarinen J. (2007): The Work Ability Index (WAI). *Occup Med (Lond)*, 57(2). 160.
- 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). 162-79.

Berufliche Teilhabe von Patienten mit axialer Spondyloarthritis in Deutschland: Ergebnisse der multizentrischen Beobachtungsstudie ATTENTUS-axSpA

*Uta Kiltz¹; Kirsten Hoeper²; Ludwig Hammel³; Sebastian Lieb⁴; Andreas Hähle⁴;
Dirk Meyer-Olson⁵*

¹ Rheumazentrum Ruhrgebiet/Ruhr Universität;

² Regionales Kooperatives Rheumazentrum Niedersachsen e. V./Medizinische Hochschule Hannover; ³ Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.; ⁴ Novartis Pharma GmbH;

⁵ m&i Fachklinik Bad Pyrmont/Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Die axiale Spondyloarthritis (axSpA) ist eine häufige entzündlich-rheumatische Systemerkrankung, welche mit einer stark eingeschränkten beruflichen Teilhabe (bT) assoziiert ist (Ramoda R et al., 2016). Die Einführung von deutlich verbesserten Therapieoptionen und -strategien, insbesondere die Zulassung von Biologikatherapien zur Jahrtausendwende, waren mit der Hoffnung verbunden, dass Einschränkungen der bT in diesem Patientenkollektiv zukünftig keine relevante Rolle mehr spielen sollten.

Methoden

Patienten mit gesicherter axSpA Diagnose wurden in 17 deutschen Studienzentren von November 2019 bis Juli 2020 eingeschlossen. Zur Sicherung einer hohen Datenqualität erfolgte die Eingabe über Tablet und es erfolgte ein externes Monitoring zur Verifizierung der Diagnose. Die Evaluation der bT erfolgte neben freien Fragen über den WPAI-Fragebogen². Es erfolgte weiterhin die Erhebung von demographischen und klinischen Daten sowie von Patienten-bezogenen Zielparametern („patient related outcomes“ [PROs]) zur Lebensqualität. Für die Evaluation der potentiell arbeitsfähigen Population wurden Studenten (N=7) und Altersrentner (N=68) ausgeschlossen (bT-Kohorte). Die Definition von Patienten mit uneingeschränkter bT war ein bestehendes Arbeitsverhältnis zum Zeitpunkt der Studie, kein Absentismus zum Erhebungszeitpunkt, Arbeitsunfähigkeitszeiten von unter 3 Monaten in den letzten zwölf Monaten und ein aktueller Präsentismus von $\leq 20\%$ des Maximalwertes. Patientenvertreter wurden in die Erarbeitung des Studiendesigns, die Festlegung der Studieninhalte und der Fragestellungen, die Auswertung sowie in der Interpretation der Daten mit eingebunden.

Ergebnisse

Es wurden Daten von 787 Patienten mit einem kompletten Datensatz erhoben. Ausgeschlossen wurden 17 Patienten, welche die Einschlusskriterien verletzt hatten (8 Patienten mit falscher Diagnose und 9 Patienten mit fehlender Einverständniserklärung). Die demographischen und klinischen Daten der 695 Patienten aus der bT-Kohorte sind in der Tabelle 1 zusammengefasst. 590 Patienten (84,9%) aus dieser Gruppe waren zum Zeitpunkt der Studie berufstätig und 105 Patienten (15,1%) waren nicht berufstätig. Von den berufstätigen Patienten arbeiteten 132 (22,4%) in Teilzeit und 458 (65,9%) in Vollzeit.

Tabelle 1: Beschreibung der Studienpopulation				
Mittelwert (Standardabweichung), wenn nicht anders beschrieben	Eingeschränkte bT (N=453)	Uneingeschränkte bT (N=242)	p-Wert	Gesamtzahl (n=695)
Alter [Jahre]	46.7 (11.1)	42.8 (10.1)	<0.001	45.3 (10.9)
BMI	28.5 (14.0)	27.0 (6.8)	0.146	28.0 (12.0)
Männlich, [N] (%)	246 (54)	177 (73)	<0.001	423 (61)
Krankheitsdauer [Jahre]	12.7 (11.3)	12.4 (10.2)	0.813	12.6 (11.0)
Universitäts-/ (Fach-) Hochschulausbildung, [N] (%)	104 (23.0)	82 (33.9)	0.001	186 (26.8)
In Lebenspartnerschaft, [N] (%)	310 (68.4)	159 (65.7)	0.464	469 (6.6)
ASAS-HI [Gesamtscore]	8.0 (3.3)	3.7 (3.0)	<0.001	6.5 (3.8)
BASDAI [Gesamtscore]	4.8 (1.9)	2.1 (1.6)	<0.001	3.9 (2.2)
BASDAI > 4, [N] (%)	286 (63.1)	28 (11.6)	<0.001	314 (45.2)
Fatigue [Wert BASDAI #1]	5.8 (2.1)	2.8 (2.1)	<0.001	4.7 (2.5)
Morgensteifigkeit [Wert BASDAI #6]	3.5 (2.4)	1.6 (1.8)	<0.001	2.8 (2.4)
BASFI [Gesamtscore]	4.2 (2.3)	1.5 (1.5)	<0.001	3.3 (2.4)
Biologikatherapie, [N] (%)	230 (50.8)	134 (55.4)	0.390	364 (52.4)
Vollzeittätigkeit, [N] (%)	256 (56.5)	202 (83.5)	<0.001	458 (65.9)
Absentismus	17.9 (32.1)	0	-	10.6 (26.2)
Präsentismus	48.6 (21.00)	9.6 (8.3)	-	32.6 (25.6)
ASAS-HI= Assessment of SpondyloArthritis International Society-Health Index; BASDAI= Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI= Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; BMI= basal metabolic index; N= Patientenanzahl; SD= Standardabweichung; bT= berufliche Teilhabe				

29 Patienten waren zum Zeitpunkt der Befragung bei der Agentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet, wobei 14 dieser Patienten (48,3%) als Grund für ihre Arbeitslosigkeit die axSpA angaben. Davon litten 11 der 14 Patienten unter Langzeitarbeitslosigkeit (>1 Jahr) und nur zwei der Patienten gaben an, dass Ihnen Wiedereingliederungsmaßnahmen angeboten wurden (in der Gesamtkohorte gaben 169 Patienten (23%) an eine Wiedereingliederungsmaßnahme teilgenommen zu haben). 50 Patienten (6,5 % der Gesamtkohorte und 8,5% der bT-Kohorte) erhielten eine Erwerbsminderungsrente. Die Zahl der Erwerbsminderungsrenten in Deutschland bezogen auf die Gesamtbevölkerung lag zum Vergleich im Jahr 2019 bei 2,1%. Das Risiko eine Erwerbsminderungsrente zu erhalten stieg mit zunehmenden Alter an und lag in der Gruppe der 50 bis 59-jährigen bei 12,5% (Abbildung 1). Auch die Zahl der nicht berufstätigen Patienten stieg altersabhängig an und lag in der

Gruppe der 50- bis 59-jährigen bei 19,0% (Abbildung 1). Bei 140 Patienten (23,7%) lag eine Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten 7 Tage vor (Absentismus nach WPAI) vor. Bei 496 Patienten (84,1%) lag der Präsentismus nach WPAI bei einem Wert >0 und bei 328 Patienten (55,6%) bei einem Wert von >2 . Im Gegensatz zu den Erwerbsunfähigkeitsrentnern und den Nicht-Berufstätigen, war beim Absentismus und Präsentismus interessanterweise keine ausgeprägte Altersabhängigkeit zu beobachten (Abbildung 1). Unter Präsentismus litten in den unterschiedlichen Altersgruppen zwischen 42,2% bis 53,0% der Patienten und der Absentismus (WPAI) lag in den unterschiedlichen Altersgruppen zwischen 16,1% und 24,6%. Da der WPAI ausschließlich die Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten 7 Tage evaluiert, wurden die 140 Patienten mit Absentismus gefragt, ob die Arbeitsunfähigkeit auch aktuell zum Zeitpunkt der Erhebung vorliegt, was von 120 Patienten bejaht wurde.

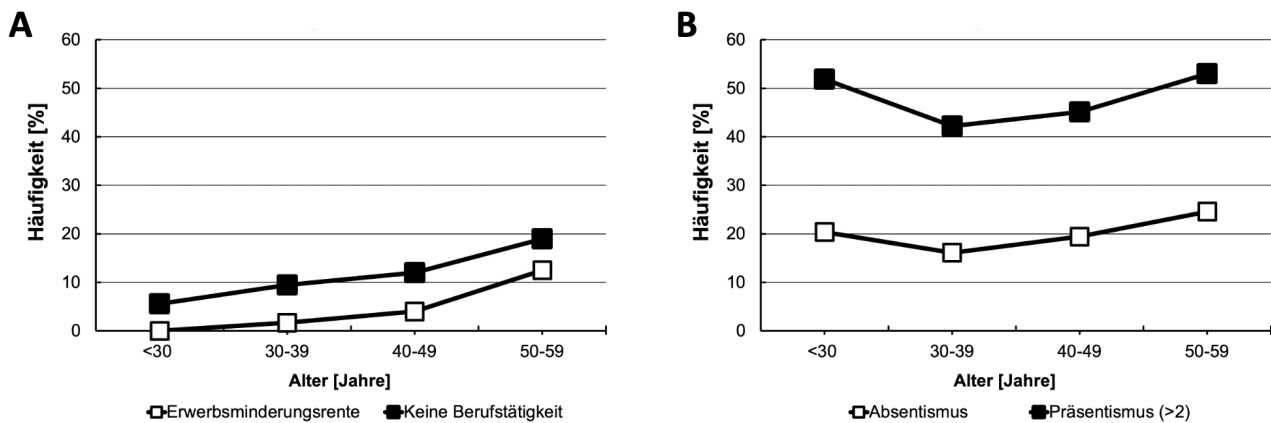


Abb. 1: Indikatoren der beruflichen Teilhabe bei Patienten mit Spondyloarthritis nach Altersgruppen. A: Anteil der Patienten ohne Berufstätigkeit und von Erwerbsminderungsrentnern. B: Anteil der berufstätigen Patienten mit Absentismus und Präsentismus.

Bei der Untersuchung der Arbeitsunfähigkeitszeiten im vergangenen Jahr gaben 433 Patienten an, in den vorausgegangenen 12 Monaten aufgrund der axSpA arbeitsunfähig gewesen zu sein. Von den diesen 433 Patienten waren 146 (33,7%) für weniger als eine Woche, 149 (34,4%) für 1 bis vier Wochen, 76 Patienten (17,6%) 1 bis 3 Monate, 23 Patienten (5,3%) für 3–6 Monate und 39 Patienten (9,0%) für über sechs Monate arbeitsunfähig.

Eine uneingeschränkte bT nach der o. g. Definition bestand bei 242 Patienten (41,0%) von den 590 aktuell berufstätigen Patienten (Tabelle 1). Diese Patienten waren jünger, hatten einen höheren Anteil an Männern, einen höheren Ausbildungsstatus, eine niedrigere Krankheitsaktivität, geringere Funktionseinschränkungen, weniger Fatigue und eine kürzere Dauer der Morgensteifigkeit im Vergleich zu Patienten mit Einschränkungen der beruflichen Teilhabe. Keine Unterschiede konnten bezüglich einer Behandlung mit Biologikatherapie, Krankheitsdauer und BMI beobachtet werden (Tabelle 1).

Diskussion und Fazit

Trotz deutlich verbesserter medikamentöser Therapieoptionen beobachteten wir bei Patienten mit axSpA eine deutliche Einschränkung der beruflichen Teilhabe und konnten mehrere assoziierte Faktoren identifizieren.

Literatur

Ramoda R et al. (2016). *Arthritis Res Ther.*; 78.

Reilly MC et al. (2010). *Rheumatology*; 49.

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

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

Bestimmende Faktoren der subjektiven Erwerbsaussichten von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation: Eine qualitative Studie

Nataliia Brehmer; Lara Luisa Wolff; Annett Salzwedel; Heinz Völler

Universität Potsdam

Hintergrund und Zielstellung

Mehr als 43 % der PatientInnen im berufsfähigen Alter in der kardiologischen Anschlussrehabilitation (AR) sind von besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) betroffen, die durch subjektiv negative Erwerbsprognosen und/oder ein Rentenbegehren determiniert sind (Salzwedel et al., 2019). Betroffene PatientInnen weisen dabei überdurchschnittlich häufig eine geringere physische Leistungsfähigkeit, höhere psychische Belastungen wie depressive Verstimmungen und Ängste sowie mehr Komorbiditäten auf (Salzwedel et al., 2019). Eine tiefgreifende Darstellung persönlicher und bibliographischer Aspekte einer BBPL hingegen fehlt bislang. Ziel dieser Studie war die Identifikation und Beschreibung subjektiver Faktoren, die für eine negative Erwerbsprognose von PatientInnen der kardiologischen AR bedeutsam sind.

Methoden

Die monozentrische explorative qualitative Studie basierte auf leitfadengestützten Einzelinterviews mit PatientInnen der kardiologischen AR. Hierfür wurden 15 PatientInnen mit BBPL (Hauptstichprobe) und 5 PatientInnen ohne BBPL (Kontraststichprobe) im vierten Quartal 2021 bis zu theoretischer Sättigung eingeschlossen. Die Auswahl der Stichprobe erfolgte nach dem Prinzip des theoretischen Samplings, bei dem sich die Rekrutierungs- und Auswertungsphase überschneiden (Glaser and Strauss, 1967). Das heißt, die Datenerhebung wurde so lange durchgeführt, bis eine gewisse Redundanz der gewonnenen Informationen

gegeben war (Morse 2015). Die Auswertung erfolgte anhand der thematischen Analyse, wobei die Interviews sinngemäß auf Codes reduziert wurden (Braun and Clarke 2006). Daraufaufgehend wurden die Codes in übergeordneten Themen zusammengefasst.

Ergebnisse

Insgesamt konnten sieben Themen generiert werden. Die zwei ersten Themen umfassen umwelt- bzw. personenbezogene Aspekte, die weit über die Krankheitsgeschehnisse hinausgehen und für die subjektive Erwerbsprognose bedeutsam sind. Das dritte und vierte Thema schließt die Faktoren ein, die zeitlich vor und nach dem Eintreten des kardiologischen Ereignisses einzuordnen sind. In diesen vier Themen ist eine Vielzahl individueller, sehr spezifischer Faktoren kategorisiert worden (z. B. Arbeit in Kühlraum, familiäre Vorbelastung, unzuverlässige Lehrlinge, ungesunder Lebensstil der Arbeitskollegen). Darüber hinaus wurden drei Themen identifiziert, die hinsichtlich des Ausprägungsgrades und der Schwere einer BBPL bei PatientInnen der kardiologischen AR entscheidend sind: Gesundheitswahrnehmung einschließlich der wahrgenommenen Belastbarkeit, Veränderbarkeit der Arbeitsbedingungen und die Angst wieder zu erkranken.

Diskussion und Fazit

Im Rahmen dieser qualitativen Untersuchung wurde belegt, dass die BBPL ein komplexes Phänomen darstellt, das von einer Vielzahl an individuellen Faktoren bestimmt wird. Nichtsdestotrotz konnten drei gemeinsame Themen identifiziert werden, die abgesehen von den individuellen bibliografischen Aspekten die Ausprägung der BBPL beeinflussen. Mehrere Befragte, die ihr vorheriges Arbeitsleben als krankheitsfördernd betrachtet haben, fühlten sich aufgrund einer intensivierten Gesundheitswahrnehmung nicht bereit bzw. gehindert, in die Berufstätigkeit zurückzukehren. Die Angst wieder zu erkranken zeigte sich in der Mehrheit der Interviews als besonders relevant für die subjektiv Erwerbsprognose. Diese Erkenntnis korrespondiert mit den Ergebnissen der OutCaRe-Registerstudie, in der Herzangst als unabhängiger Prädiktor für die berufliche Wiedereingliederung wie auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach kardiologischer AR identifiziert worden ist (Salzwedel et al., 2020).

Die Ergebnisse dieser qualitativen Studie unterstreichen die Bedeutung des interprofessionellen Behandlungsansatzes der AR unter Einbeziehung von Sozialarbeitern, Psychologen und Ergotherapeuten im Sinne der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung (ICF).

Literatur

- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). 77–101.
- Glaser, B., Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Mill Valley, CA: Sociology Press
- Morse, J. M. (2015). Data were saturated... . *Qualitative health research*, 25(5). 587-588.

- Salzwedel, A., Koran, I., Langheim, E., Schlitt, A., Nothroff, J., Bongarth, C. (2020). Patient-reported outcomes predict return to work and health-related quality of life six months after cardiac rehabilitation: Results from a German multi-centre registry (OutCaRe). In: PLoS one, 15 (5).
- Salzwedel, A., Reibis, R., Hadzic, M., Buhler, H., Völler, H. (2019). Patients' expectations of returning to work, co-morbid disorders and work capacity at discharge from cardiac rehabilitation. *Vascular Health and Risk Management*, 15. 301–309.

Beurteilung der Belastung und Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren aus Perspektive von Rehabilitand:innen und Therapeut:innen

Ines Passier¹; Prof. Axel Kobelt-Pönicke²

¹ Universität Hildesheim, ² Deutsche Rentenversicherung Braunschweig - Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Der Betrachtung von Kontextfaktoren kommt in der psychosomatischen Rehabilitation eine hohe Bedeutung zu. Untersuchungen zeigen, dass kontextuell höher belastete Rehabilitand:innen signifikant höhere psychische Belastungen aufweisen als geringer kontextuell Belastete (Bülau et al., 2016). Die Erhebung von Kontextfaktoren gibt somit konkrete Hinweise für die therapeutische Bearbeitung der Teilhabeziele (Bülau et al., 2016). Wie können sich aber Rehabilitand:innen und Behandler:innen sicher sein, dass sie in der Beurteilung der Belastung und Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren übereinstimmen? In unserer Studie werden dieser Fragestellung folgend die Einschätzung der Belastung und Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren in der Selbst- und Fremdwahrnehmung vergleichend gegenübergestellt.

Methoden

Bei 103 Rehabilitand:innen (M= 51.71 Jahre, w= 49.5%) der psychosomatischen Abteilung des Rehasentrums Oberharz wurde die Selbst- und Fremdbeurteilung der Belastung bzw. Beeinträchtigung durch verschiedene Kontextfaktoren erhoben. Für den Einsatz in der Untersuchung wurde das „Instrument zur Bewertung der Auswirkung von Kontextfaktoren“ für die Fremdbeurteilung (Bülau et al., 2016) zusätzlich als Selbstbeurteilungsversion konzipiert. Diese Instrumente bewerten die Belastung bzw. Beeinträchtigung der Rehabilitanden auf 15 Kontextfaktoren und beurteilen die Gesamtbeeinträchtigung der Rehabilitand:innen als Gesamtmaß über sämtliche Kontextfaktoren hinweg. Außerdem wurden diverse Daten über die Basisdokumentation der Klinik erhoben.

Ergebnisse

Zwischen den Gruppen der kontextuell geringer und kontextuell höher belasteten Rehabilitand:innen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich Geschlecht, Alter, Nationalität und Familienstand. Kontextuell höher belastete Rehabilitand:innen waren signifikant häufiger nicht arbeitsfähig vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme.

In der Selbstbeurteilung stuften die Rehabilitand:innen die Kontextfaktoren „negative Erfahrungen am Arbeitsplatz/ mit dem Arbeitgeber“, „Mangel an Entspannung und Freizeit“

sowie „erfahrenes Unrecht“ im Mittel als am relevantesten für das eigene Belastung- und Beeinträchtigungserleben ein. In der Fremdbeurteilung wurden dagegen die Faktoren „enttäuschende/ kränkende Erfahrungen mit wichtigen Personen“, „erfahrenes Unrecht“ sowie „Mangel an Entspannung und Freizeit“ als relevanteste Faktoren beschrieben (s. Tab. 1).

Tab. 1: Bewertung der Kontextfaktoren in der Selbst- und Fremdbeurteilung

Kontextfaktor (Bewertung <i>Min.</i> = 0, <i>Max.</i> = 4)	Selbst- beurteilung		Fremd- beurteilung	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Wohnbedingungen	0.88	1.32	0.54	0.94
2. finanzielle Belastung/ Verschuldung	1.07	1.36	0.82	1.06
3. Mobilität	0.67	1.24	0.55	0.93
4. schwere Erkrankung Angehöriger	1.32	1.39	1.02	1.11
5. Probleme mit Kindern	1.05	1.21	0.74	1.06
6. zu versorgende Haustiere	0.32	0.65	0.21	0.57
7. negative Erfahrungen am Arbeitsplatz/ mit dem Arbeitgeber	2.33	1.42	1.60	1.16
8. soziale Beziehungen	1.58	1.38	1.30	1.32
9. familiäre Unterstützung	0.95	1.05	0.67	1.14
10. soziale Unterstützung	0.84	1.10	0.88	1.26
11. Mangel an Entspannung und Freizeit	2.13	1.30	1.82	1.08
12. Unfälle in der Vorgeschichte	0.52	1.06	0.57	0.91
13. Straf- oder zivilrechtl. Verfahren anhängig	0.53	1.18	0.33	0.82
14. enttäuschende/ kränkende Erfahrungen mit wichtigen Menschen	1.88	1.37	2.13	1.27
15. erfahrenes Unrecht	1.92	1.49	1.87	1.26
16. Ausmaß der Beeinträchtigung über alle Belastungsbereiche	2.30	1.07	1.71	0.82

Tab. 2 zeigt die Beurteilerübereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung bestimmt nach Cohen`s Kappa, als prozentuale Übereinstimmung sowie als Mittelwertsvergleich. Die Beurteilerübereinstimmung bestimmt über Cohen`s Kappa zeigt bei ca. der Hälfte der Kontextfaktoren eine geringe Übereinstimmung (Cohen`s Kappa < 0.4).

Bei dem überwiegenden Anteil der Kontextfaktoren ist die prozentuale Übereinstimmung, ob diese belastend wirken oder nicht, zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung zu ca. 20-30% nicht gegeben (nicht übereinstimmend).

Es zeigen sich signifikante Unterschiede in den Mittelwerten der Fremd- und Selbstbeurteilung u.a. bei zwei der drei Kontextfaktoren, die von den Rehabilitand:innen in der Selbsteinschätzung als besonders relevant bewertet werden („negative Erfahrungen am Arbeitsplatz/ mit dem Arbeitgeber“ und „Mangel an Entspannung und Freizeit“). Diese werden durch die Fremdbeurteilung signifikant geringer in ihrer Relevanz eingestuft.

Der in der Fremdbeurteilung als besonders bedeutsam eingestufte Kontextfaktor „enttäuschende/ kränkende Erfahrungen mit wichtigen Menschen“ wird in der Selbst- und Fremdbeurteilung signifikant unterschiedlich eingeschätzt: Hierbei schätzt die Fremd-

beurteilung die Bedeutung dieses Kontextfaktors signifikant bedeutsamer ein, als die Rehabilitand:innen selbst (s. Tab. 2).

Tab. 2: Beurteilerübereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung (Cohen`s Kappa, prozentuale Übereinstimmung sowie Mittelwertvergleich)

Kontextfaktor	Beurteilerübereinstimmung		
	Cohen`s Kappa	prozentuale Übereinstimmung (PÜ)	Mittelwertvergleich*
		<i>nicht übereinstimmend</i>	<i>Signifikanz</i>
1. Wohnbedingungen	.694	26.21	.000
2. finanzielle Belastung/ Verschuldung	.727	9.71	.006
3. Mobilität	.597	10.68	.213
4. schwere Erkrankung Angehöriger	.552	20.39	.002
5. Probleme mit Kindern	.441	20.39	.003
6. zu versorgende Haustiere	.419	4.85	.034
7. negative Erfahrungen am Arbeitsplatz/ mit dem Arbeitgeber	.381	29.13	.000
8. Soziale Beziehungen	.372	31.07	.031
9. familiäre Unterstützung	.299	26.21	.015
10. soziale Unterstützung	.316	26.21	.744
11. Mangel an Entspannung und Freizeit	.300	30.10	.032
12. Unfälle in der Vorgeschichte	.582	10.68	.618
13. Straf- oder zivilrechtl. Verfahren anhängig	.623	7.77	.011
14. enttäuschende/ kränkende Erfahrungen mit wichtigen Menschen	.412	28.16	.037
15. erfahrenes Unrecht	.348	31.07	.726
16. Ausmaß der Beeinträchtigung über alle Belastungsbereiche	.375	28.19	.000

* t-Test bei gepaarten Stichproben kontextuell höher belastete Rehabilitand:innen zeigen zum Aufnahmezeitpunkt signifikant höhere Gesamtscores im Beck-Depressions-Inventar, revidierte Fassung (Beck, Steer & Brown, 2019) als kontextuell geringer Belastete. Dieser Wert ist im Mittel bei der Entlassung weiterhin höher, als der Wert der geringer kontextuell belasteten Rehabilitand:innen zum Aufnahmezeitpunkt.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen die hohe Relevanz der Erhebung von Kontextfaktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. Zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung lassen sich deutliche Differenzen in der Einschätzung kontextuell bedingter Belastungen und Beeinträchtigungen erkennen. Besonders bemerkenswert dabei ist, dass der in der Selbstbeurteilung im Mittel am relevantesten eingestufte Kontextfaktor „negative Erfahrungen am Arbeitsplatz/ mit dem Arbeitgeber“ in der Fremdbeurteilung insgesamt als weniger bedeutsam und signifikant abweichend von der Einschätzung durch die

Rehabilitand:innen eingeschätzt wird. Bei besonders relevanten Kontextfaktoren differiert die Einschätzung, ob diese als negativ wirksam einzustufen sind zwischen Rehabilitand:innen und Therapierendem in bis zu 30% der Fälle. Die dargestellten Differenzen in der Einschätzung können in der Praxis dazu führen, dass Rehabilitand:innen und Therapierende nicht in den Therapiezielen übereinkommen und/ oder eine effektive, arbeitsplatzorientierte Therapie weniger wahrscheinlich wird.

Unsere Ergebnisse könnten ein Hinweis darauf sein, dass die Selbsteinschätzung der persönlichen Belastung durch Kontextfaktoren der Rehabilitand:innen in Ergänzung zur Fremdbeurteilung durch den/ die Therapeut:in eine wichtige Ergänzung für die Rehabilitationsplanung darstellt (Linden et al., 2018).

Literatur

- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2019). Beck-Depressions-Inventar Revision, BDI-II. Dt. Bearbeitung von M. Hautzinger, F. Keller & C. Kühner. Göttingen: Hogrefe.
- Bülau, N. L., Kessemeier, F., Petermann, F., Bassler, M. & Kobelt, A. (2016): Evaluation von Kontextfaktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 55 (6). 381-387.
- Linden, M., Keller, L., Noack, N. & Muschalla, B. (2018): Die Selbstbeurteilung von Fähigkeiten und Fähigkeitsbeeinträchtigungen im Kontext psychischer Erkrankungen: Das „Mini-ICF-APP-S“. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 101. 14-22.

Beyond Physical Activity - kinematische Erfassung der Performanz bei Alltagsaktivitäten

Stephanie Schmidle; Philipp Gulde; Joachim Hermsdörfer

Technische Universität München

Hintergrund und Zielstellung

Gebrechlichkeit (engl. Frailty) umfasst generell beschrieben einen komplexen Zustand verminderter körperlicher und mentaler Leistungsfähigkeit – bedingt durch eine Vielzahl an Faktoren (Levers et al., 2006). Dies geht häufig mit Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) einher und ist nicht selten mit einer verminderten Lebensqualität, einem Heimaufenthalt und höheren Gesundheitskosten verbunden (Fried et al., 2001; Ensrud et al., 2009; Gill et al., 2006; Rochat et al., 2010). Ein langfristiges Monitoring der ADL könnte es ermöglichen, wirksame Interventionen zu entwickeln und so das Auftreten negativer Gesundheitsfolgen zu verringern. Das Hauptziel unserer Studie war es, zu untersuchen, ob die Leistung von ADL-Aufgaben bei älteren Menschen durch eine Smartwatch-basierte Aktivitätsmessung bewertet werden kann.

Methoden

ADL-Daten wurden von siebenundzwanzig älteren Teilnehmern (Durchschnittsalter $81,6 \pm 7,0$ Jahre) erhoben, die zwei ADL-Aufgaben („Tee“ und „Garten“ Aufgabe) ausführten. Die Beschleunigungsdaten der dominanten Hand wurden mit einer Huawei 4G Smartwatch

erfasst. Die Teilnehmer wurden anhand eines Frailty-Screenings in drei Gruppen eingeteilt: Gebrechlich (frail), vorgebrechlich (pre-frail) und robust (robust). Aus dem Vektorprodukt wurde eine Reihe kinematischer Maße berechnet, die Aktivitätsmaß, Agilität, Bewegungsgeschwindigkeit, Energie und Intensität widerspiegeln.

Ergebnisse

Messungen der Agilität, der Geschmeidigkeit und der Intensität ergaben signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (Effektgrößen über die Aufgabe kombiniert $\eta^2_p = 0.18 - 0.26$). Der Geschmeidigkeit war besonders bei der Teezubereitung von Gebrechlichkeit betroffen, während Aktivitätsmaß, Beweglichkeit, Geschmeidigkeit und Intensitätsmaße der Gartenaufgabe mit Gebrechlichkeit zusammenhingen.

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Leistung bei ADL-Aufgaben durch Smartwatch-basierte Messungen bewertet werden kann und Unterschiede zwischen den drei Gebrechlichkeitsgraden zeigte. Die höheren Fried-Werte der Probanden gingen mit langsameren, monotoneren Bewegungen und einer insgesamt geringeren Intensität und Agilität bei der Ausführung der beiden ADL einher. Aus dem Muster der beeinträchtigten und erhaltenen Leistungsparameter bei den getesteten Aufgaben schlussfolgerten wir, dass bei Personen mit Gebrechlichkeit die ADL-Leistung hauptsächlich, aber nicht ausschließlich, durch Defizite der körperlichen Kraft und Ausdauer und weniger durch kognitive oder sensorische Defizite beeinträchtigt wurde. Die ist eine erste Validierung und der Ansatz dürfte vielversprechend in Settings der Neurorehabilitation einsetzbar sein, da auch hier der Performanz von Alltagsaktivitäten neben der Ambulation höchste Priorität beigemessen wird. Eine Validierung im neurologischen Setting dürfte weiterhin aufzeigen, inwieweit die Methode über die Erfassung der motorischen Kapazität (Kraft, Ausdauer) auch kognitive und sensorische Leistungen quantifizieren kann.

Literatur

- Ensrud, K. E. et al. (2009). A Comparison of Frailty Indexes for the Prediction of Falls, Disability, Fractures, and Mortality in Older Men, *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 57, no. 3, pp. 492–498, doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02137.x.
- Fried, L. P. et al. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype, *Journals Gerontol. - Ser. A Biol. Sci. Med. Sci.*, vol. 56, no. 3, pp. 146–157, doi: 10.1093/gerona/56.3.m146.
- Gill, T. M. , Gahbauer, E. A. , Allore, H. G. and Han, L. (2006). Transitions between frailty states among community-living older persons, *Arch. Intern. Med.*, vol. 166, no. 4, pp. 418–423, doi: 10.1001/archinte.166.4.418.
- Levers, M. J. , Estabrooks, C. A. and Ross Kerr, J. C. (2006). Factors contributing to frailty: Literature review, *J. Adv. Nurs.*, vol. 56, no. 3, pp. 282–291. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04021.x.
- Rochat S, Cumming RG, Blyth F, Creasey H, Handelsman D, Le Couteur DG, Naganathan V, Sambrook PN, Seibel MJ, Waite L (2010). Frailty and use of health and community services by community-dwelling older men: the concord health and ageing in men project. *Age Ageing* 1:1-6.

Bisherige Limitationen in der Funktionserfassung und neue Wege durch Smart phone basiertes Neuro-Assessment Labor (NAL)

Peter Rieckmann¹; Philipp Gulde²

¹ Zentrum für Klinische Neuroplastizität Medical Park Loipl;

² Technische Universität München

Hintergrund und Zielstellung

Aktuelle Limitationen in der sensomotorischen Funktionserfassung

Die Schädigungen im Rahmen akut-neurologischer Erkrankungen betreffen häufig die alltagsrelevante, sensomotorische Performanz und haben unmittelbare Auswirkungen auf die Eigenständigkeit und Lebensqualität der betroffenen Patienten.

Für eine optimierte, individuell adaptierte Evaluation des Reha-Fortschrittes brauchen wir eine detaillierte Erfassung der Bewegungen zur Einschätzung der Funktionen sowie deren Veränderung über die Zeit. Aktuell vorhandene Tests/Scoringsysteme sind dafür nur bedingt im klinischen Alltag einsetzbar, da sie häufig eine hohe InterRater- und Retestvariabilität aufweisen und meist zu komplex, aufwendig und störanfällig sind.

Ziel unseres Projektes war es, ein quantitativ sensitives und genaues, in der Handhabung aber einfaches System zur Erfassung funktionell relevanter Bewegungsparameter sowohl an der oberen als auch an der unteren Extremität für den klinischen Alltag und zum Einsatz bei multi-zentrischen Studien in der Neurorehabilitation zu entwickeln. Ideale Voraussetzung hierfür boten sich durch die rasante Weiterentwicklung der Funktionen von Mikrosensoren in smart phones.

Methoden

Entwicklung des Neuro Assessment Labor

Zur Optimierung des Rehabilitationserfolges und Steigerung der Motivation ist es darüberhinaus enorm wichtig, regelmäßig relevante und objektiv messbare Befund mit dem Patienten zu kommunizieren. In der Forschungsabteilung des Zentrums für klinische Neuroplastizität (ZKNP) am Medical Park Loipl wurde daher ein smart phone basiertes Neuro Assessment Labor (NAL) entwickelt, mit dem transparent für den Patienten relevante Komponenten des täglichen Lebens wie Handkraft, Auge-Hand-Koordination, Ansteuerung, Reaktionszeiten sowie Gangqualität quantitativ digital erhoben werden.

Hinzukommen im NAL noch zahlreiche Fragebögen zur individuellen Befindlichkeit des Patienten, die ebenfalls in die Gesamtbeurteilung einfließen. Durch die graphische Darstellung der Befunde können sowohl für den Arzt und Therapeuten als auch für Patienten selbst leicht nachvollzogen werden, wie sich der Rehabilitationserfolg entwickelt.

Ergebnisse

Klinische Erfahrungen mit einer quantitativ sensitiven digitalen Erfassung

Im Verlauf der letzten 2 Jahre haben wir das NAL hinsichtlich seiner Anwenderfreundlichkeit mit zahlreichen Testläufen bei Mitarbeitern und Patienten weiter optimiert und verwenden dieses Testsystem erfolgreich zur quantitativ sensitiven Dokumentation funktionsrelevanter

Parameter in der motivationsfördernden Kommunikation des Rehabilitationsverlaufes mit den Patienten und konsekutiv adaptierten Therapieplänen.

Basierend auf den Ergebnissen einzelner Parameter des NAL konnten wir die Watzmann Severity Scale (WSS) – als sensitives Funktionsmodell der sensomotorischen Performanz etablieren (Gulde et al., 2021) und somit die Effekte medikamentöser Interventionen (z.B. Antispastika oder Kaliumkanalblockade) frühzeitig erkennen und damit die Dosis individuell besser anpassen.

Die graphischen Verlaufsdarstellung des NAL konnte erfolgreich und ressourcensparend in der Kommunikation mit dem MDK oder im Befundbericht für nachfolgende Versorgungseinrichtungen etabliert werden.

Ein weiterer Einsatz in der poststationären Rehabilitationsphase zum Selbstmonitoring der Patienten ist als Option ebenfalls geplant. Aktuell wird das NAL als innovativer, sensitiver, quantitativ sensitiver und funktionsrelevanter Outcomeparameter in klinischen Interventionsstudien eingesetzt.

Diskussion und Fazit

Die Anwendung digitaler Assessment Tools in der Neurorehabilitation ermöglicht eine einfache, sensitive und valide quantitative Erfassung relevanter Funktionen und eignet sich ideal zur transparenten Kommunikation mit dem Patienten. Das NAL zeigt Effekte medikamentöser Interventionen frühzeitig an. Die Einsatzmöglichkeiten für multi-zentrische klinische Studien sind immanent.

Literatur

Clark B, Whithall L, et al. (2021). The effect of time spent in rehabilitation on activity limitations and impairment after stroke. Cochrane Database of Systematic Review, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012612.pub2>

De Angelis M, Lavorgna L, et al. (2021). Digital technology in clinical for multiple sclerosis: Systematic Review. J. Clin Med. 10: 2328-2340.

Gulde P, Hermsdörfer J, Rieckmann P (2021). Introduction of the Watzmann Severity Scale: Prediction of the course of inpatient rehabilitation in multiple sclerosis MSARD 48: 102674.

CARES – Vorstellung einer Machbarkeitsstudie zur Implementierung einer intensivierten Begleitung zur beruflichen Rückkehr in Krebsberatungsstellen

Paula Heidkamp¹; Kati Hiltrop¹; Clara Breidenbach²; Christoph Kowalski²; Nicole Ernstmann¹

¹ Universitätsklinikum Bonn; ² Deutsche Krebsgesellschaft

Hintergrund und Zielstellung

Die Betroffenen einer Krebserkrankung sind bei Diagnosestellung häufig im erwerbsfähigen Alter (Rick et al., 2012). Die Erkrankung kann jedoch mit einer erschwerten beruflichen Wiedereingliederung (Noeres et al. 2013) oder mit unfreiwilligen beruflichen Veränderungen einhergehen (Hiltrop et al., 2021). Um Betroffene bei ihrer Rückkehr oder beim Verbleib in der

Erwerbstätigkeit zu unterstützen, wurden in Deutschland medizinisch-berufliche orientierte Rehabilitationen (MBOR) entwickelt. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass die MBOR bei KrebspatientInnen keinen Vorteil in Bezug auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz bewirkt und dass die Betroffenen nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme weitergehenden Unterstützungsbedarf haben (Fauser et al., 2019). Eine zentrale Anlaufstelle für viele Betroffene in dieser Phase sind die Krebsberatungsstellen (KBS). Ein intensiviertes und bedürfniszentriertes Beratungsangebot, das die Ratsuchenden bei der Rückkehr in die Erwerbstätigkeit oder beim Verbleib im Beruf unterstützt, existiert derzeit in Deutschland nicht. Die Ziele der CARES Studie (Cancer rehabilitation support by cancer counseling centers) sind daher (a) die Entwicklung einer intensivierten und bedürfnisorientierten Begleitung zur Rückkehr in die Erwerbstätigkeit oder zur Ermöglichung des Verbleibs im Beruf durch BerufslotsInnen in KBS und (b) die Untersuchung der Intervention hinsichtlich der Akzeptanz, Machbarkeit und Implementierungsbedingungen. Die CARES Studie hat eine Laufzeit von Oktober 2021 bis Dezember 2023 und wird von der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert.

Methoden

Die Machbarkeitsstudie beinhaltet eine quantitative sowie eine formative Evaluation. Im Rahmen der quantitativen Evaluation werden zum einen Prozessdaten erhoben. Diese umfassen die Prozessdokumentation der BerufslotsInnen bezüglich der Gesamtdauer der Intervention, der Anzahl, Form (persönlich/ telefonisch/ videotelefonisch), Orte und Inhalte der Kontakte sowie Besonderheiten und unerwünschter Ereignisse. Zum anderen werden Befragungsdaten von n = 500 Ratsuchenden (250 mit Intervention, 250 ohne Intervention) erhoben. Diese werden vor Beginn (T0) und drei Monate nach Beginn der Intervention (T1) per Fragebogen schriftlich befragt. Im Rahmen der formativen Evaluation werden semi-strukturierte Interviews geführt mit (a) n = 15-20 Ratsuchenden, (b) n = 10 BerufslotsInnen und (c) n = 10 VertreterInnen von Trägern, Rehabilitationskliniken und Krebszentren. Weiterhin sollen im Sinne begleitender Fallstudien teilnehmende Beobachtungen der Beratungsgespräche durchgeführt werden.

Ergebnisse

Es wird erwartet, dass aus den Ergebnissen der Machbarkeitsstudie Schlüsse über den Zugang, die Rekrutierbarkeit und Charakteristika der Zielgruppe gezogen werden können sowie über die Eignung von Datenerhebungsmethoden und der primären und sekundären Endpunkte. Weiterhin werden Erkenntnisse in Bezug auf die Akzeptanz und Machbarkeit der Studiendurchführung und der Intervention sowie bezüglich förderlicher und hemmender Implementierungsfaktoren angenommen. Überdies können die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie erste Hinweise auf das Ansprechen der Zielgruppe auf die Intervention enthalten.

Diskussion und Fazit

Die hier vorgestellte CARES Studie hat zum Ziel ein intensiviertes und bedürfnisorientiertes Betreuungsangebot zur Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung und des Verbleibs im Beruf in KBS zu entwickeln und hinsichtlich der Machbarkeit, Akzeptanz und Implementierungsbedingungen zu untersuchen. Es wird angenommen, dass solch eine Intervention sowohl die Wirkung einer ambulanten oder stationären Rehabilitations-

maßnahme auf die Rückkehr zur Arbeit unterstützen als auch KrebspatientInnen im erwerbsfähigen Alter helfen kann, die keine solche Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen haben. Das primäre Ziel eines solchen Angebots ist es, die Rate an KrebspatientInnen zu erhöhen, die nach ihrer Krebsdiagnose zurück in die Erwerbstätigkeit finden oder die es schaffen, im Beruf zu bleiben.

Literatur

- Fauser, D., Wienert, J., Zomorodbakhsch, B., Schmielau, J., Biester, I., Krüger, H. U., Presl, A., Bethge, M. (2019). Work-related medical rehabilitation in cancer: a cluster-randomized multicenter study. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(35-36), 592.
- Hiltrop, K., Heidkamp, P., Breidenbach, C., Kowalski, C., Enders, A., Pfaff, H., Ansmann, L., Geiser, F., Ernstmann, N. (2021). Involuntariness of job changes and its association with work satisfaction in breast cancer survivors 5-6 years after diagnosis. *Journal of Cancer Survivorship*. DOI: 10.1007/s11764-021-01035-5.
- Noeres, D., Park-Simon, T.-W., Grabow, J., Sperlich, S., Koch-Gießelmann, H., Jaunzeme, J., Geyer, S. (2013). Return to work after treatment for primary breast cancer over a 6-year period: results from a prospective study comparing patients with the general population. *Supportive Care in Cancer*, 21(7), 1901–1909. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1739-1>.
- Rick O, Kalusche EM, Dauelsberg T, König V, Korsukéwitz C, Seifart U (2012). Reintegrating cancer patients into the workplace. *Dtsch Arztebl Int*; 109(42): 702–8. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0702.

Interessenkonflikt: Clara Breidenbach und Christoph Kowalski sind Mitarbeitende der Deutschen Krebsgesellschaft.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Computerlinguistische Ermittlung von Funktionsstörungen in der onkologischen Rehabilitation bei Kopf-Hals-Tumoren

Rainer Kaluscha¹; Christian Duncker²; Annerose Keilmann³; Alex Liebert¹; Lena Tepohl¹

¹ IFR Ulm; ² Parksanatorium Aulendorf ³ Stimmheilzentrum Bad Rappenau

Hintergrund und Zielstellung

Onkologische Patienten erleiden sowohl durch die Erkrankung als auch infolge der Therapie oftmals Funktions- und Folgestörungen, die sie in ihrer weiteren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, insbesondere auch im Beruf, einschränken können.

Hier werden Funktionsstörungen untersucht, die häufig bei Kopf-Hals-Tumoren auftreten. Dazu gehören Stimmstörung (Dysphonie), Schluckstörung (Dysphagie), Sprechstörung (Dysglossie), Geruchsstörung (Dysosmie), Geschmacksstörung (Dysgeusie), Schulterbeweglichkeitsstörung, Mundtrockenheit (Xerostomie) und pathologischer Gewichtsverlust

(Kachexie). Darüber hinaus wurden die Therapieformen (Operation, Radio- und/oder Chemotherapie), das Vorhandensein einer Magensonde (PEG) sowie der Familienstand untersucht.

Nach Ablauf der Nachbeobachtungszeit sollen die computerlinguistisch gewonnenen Informationen noch um Routinedaten der Rentenversicherung zum Erwerbsstatus und zur Tätigkeit ergänzt werden (Reuss-Borst 2015), so dass ggfs. unterschiedliche Auswirkungen der Funktionsstörungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern analysiert werden können, z.B. Artikulationsstörungen in Tätigkeiten mit und ohne Kundenkontakt.

Methoden

Zur Analyse steht eine Gesamtstichprobe von 7.282 anonymisierten Entlassungsberichten aus onkologischen Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg zur Verfügung [Kaluscha, Duncker et al. 2021], darunter 520 mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich der Kopf-Hals-Tumore (ICD-10: C01-C14 und C30-C33).

Für jedes der o.a. Merkmale wurde mit Hilfe medizinischer Expertise eine spezielle computerlinguistische Abfrage formuliert und die so erhaltenen Treffer in einer 10%-Stichprobe durch menschliche Nachkontrolle verifiziert (Kaluscha 2005). Bei Bedarf wurde die Abfrage anschließend weiter verfeinert, um die Trefferquote zu erhöhen.

So finden sich in den Entlassungsberichten z.B. häufig Hinweise auf eine Dysphagie (Schluckstörung), z.B. als Folge von Operationen oder Radiotherapie. Dabei werden viele unterschiedliche Formulierungen wie „Dysphagie“, „Schluckstörung(en)“, „Schluckproblem(e)“, aber auch „Einschränkungen der Schluckfunktion“ oder „verminderte Schluckfähigkeit“ verwendet.

Diese lassen sich in einer computerlinguistischen Datenbankabfrage abbilden, die mittels Jokerzeichen und Lemmatisierung (d. h. Rückführung auf den Wortstamm) flexibel die verschiedenen Formulierungsvarianten erkennt. Für die „Dysphagie“ sieht die Abfrage für Oracle Text wie folgt aus:

```
dysphagie=$schluckst%=$schluckthera%=$schluckbeschw%=$schluckfunkt%=$schluckfäh  
ig%=$schluckproblem%
```

Datensätze, die von dieser Abfrage als Treffer geliefert werden, bekommen ein neues binäres Merkmal „Hinweise auf Dysphagie“ mit dem Wert „ja“ zugewiesen.

So fiel bei der Verifizierung unter anderem auf, dass auch bei Negierungen im Text die Formulierung fälschlicherweise als Treffer gewertet wurde. So wurde z.B. „Schluckprobleme werden verneint“ als falsch positiver Treffer geliefert. Daher wurde die o. a. Abfrage verbessert, um derartige Negierungen innerhalb eines Satzes abzufangen:

```
dysphagie=$schluckst%=$schluckthera%=$schluckbeschw%=$schluckfunkt%=$schluckfäh  
ig%=$schluckproblem%
```

```
not $kein%=nicht=uneingeschr%=unbeeintr%=unauff%=verneint%=weder within sentence
```

Ergebnisse

Auf diese Weise erfolgte die Optimierung aller verwendeten Abfragen bis zu einer Trefferquote von >90 % in der Stichprobe. Unter den 520 untersuchten Fällen ergab sich die in Tab. 1 dargestellte Verteilung.

Tab. 1: Funktionsstörungen und Familienstand im Freitext: Absolute Anzahlen und Anteile (N=520)

Dysphonie	217 (41.7%)	Operation	389 (74.8%)
Dysphagie	347 (66.7%)	Radiotherapie	425 (81.7%)
Dysglossie	213 (41.0%)	Chemotherapie	299 (57.5%)
Dysosmie	24 (4.6%)	Laryngektomie	76 (14.6%)
Dysgeusie	255 (49.0%)		
Artikulationsstörung	154 (29.6%)	Geschieden	61 (11.7%)
Schulterfunktionsstörung	344 (66.2%)	Verwitwet	34 (6.5%)
Lymphödem	394 (75.8%)	Partnerschaft	49 (9.4%)
Kachexie	104 (20.0%)	Ledig	69 (13.3%)
Xerostomie	411 (79.0%)	Verheiratet	313 (60.2%)
PEG-Sonde	218 (41.9%)	Getrennt lebend	67 (12.9%)

Diskussion und Fazit

Auch wenn sich aufgrund der Vielzahl möglicher Formulierungen bei computerlinguistischen Auswertungen keine perfekte Genauigkeit erreichen lässt, erlaubt es die Verbindung von medizinischer und computerlinguistischer Expertise durchaus, aussagekräftige Merkmale aus Freitexten zu generieren, die vorher in dieser Form nicht zur Verfügung standen. Diese neuen Merkmale können dann mit Daten zum Erwerbsstatus verknüpft werden, um die Auswirkungen von Funktionsstörungen auf die berufliche Teilhabe zu ermitteln.

Literatur

Kaluscha R, Duncker C, Jost M, Tepohl L (2021): Computerlinguistische Ermittlung von Funktionsstörungen in der onkologischen Rehabilitation: Erste Ergebnisse. DRV Schriften 123, S. 86-88

Kaluscha R. (2005): Informationsgewinnung aus Freitexten in der Rehabilitationsmedizin. Dissertation, Medizinische Fakultät, Universität Ulm.

URL: <http://vts.uni-ulm.de/doc.asp?id=5265>, Abruf: 18.11.2020.

Reuss-Borst M., Nübling R., Kaiser U., Kaluscha R., Krischak G., Kriz D., Müller G., Martin H., Renzland J., Schmidt J., Toepler E. (2015): Return to Work in der Onkologie aus Patientensicht nach einem Jahr. DRV-Schriften Band 107 (Tagungsband des 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquiums), S. 89-91.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Danksagung

Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg fördert die Studie und stellte dankenswerterweise die anonymisierten Entlassungsberichte zur Verfügung. Die Mitglieder der AG 06 „Rehabilitation“ der Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren, Onkologischen Schwerpunkte und Arbeitskreise in Baden-Württemberg (ATO) unterstützen die Studie mit ihrer klinisch-fachlichen Expertise.

Der Einsatz digitaler Angebote in der medizinischen Rehabilitation: Ansatzpunkte für die Entwicklung hybrider Rehabilitationskonzepte

Simone Lamming¹; Scott Stock Gissendanner²; Heike Kähnert³; Andrea Schaller⁴

¹ Dr. Becker Klinik Möneseesee; ² Berolina Klinik GbmH & Co. KG;

³ Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney; ⁴ Deutsche Sporthochschule Köln

Hintergrund und Zielstellung

Interventionen, in denen der TherapeutInnen-PatientInnen-Kontakt digital vermittelt wird, insbesondere „App“-basierte digitale Gesundheitsanwendungen, gewinnen in der medizinischen Rehabilitation zunehmend an Bedeutung (EPA 2019, Baumeister et al., 2017). In wachsender Vielfalt vorhanden, bieten sie Funktionalität für die Reha-Vorbereitung, -Durchführung und Nachsorge. Während die Kostenübernahme, Qualitätsstandards und Nutzungsanforderungen von digitalen Interventionen im Bereich der Reha-Nachsorge bereits festgelegt sind (DRV Bund, 2018), gibt es für die Anwendung digitaler Angebote während der medizinischen Rehabilitation derzeit noch wenige Erfahrungen und Konzepte. Einige digitale Angebote externer Anbieter sind bereits in der Verwendung, parallel dazu entwickeln private Reha-Klinikgruppen hausinterne Anwendungen mit vielfältigen Einsatzmöglichkeiten (u.a. Organisation des Behandlungsablaufs in der Klinik, Schulungshandouts). Schon heute ermöglichen diese Anwendungen die Kommunikation zwischen RehabilitandInnen und TherapeutInnen auch während des Klinikaufenthalts - somit ist in Ansätzen die Hemmschwelle zur hybriden Rehabilitation, d.h. die gleichzeitige Nutzung von telematisch-unterstützten sowie konventionellen Interventionen, überschritten.

Vor dem Hintergrund der übergeordneten Fragestellung, inwieweit die medizinische Rehabilitation durch den ergänzenden Einsatz digitaler Angebote qualitativ weiterentwickelt und nachhaltiger gestaltet werden kann, bildet dieser Beitrag das Ausmaß an PatientInnenzufriedenheit in Bezug auf ein in den Behandlungsplan einer Rehabilitationsklinik integriertes, digitales Schulungsvideo ab. In der Diskussion werden daraus mögliche Implikationen für künftige Konzepte hybrider Rehabilitation abgeleitet.

Methoden

Erhoben wurde vom Klinik-Qualitätsmanagement die PatientInnenzufriedenheit mit einem Achtsamkeits-Schulungsvideo. Das Schulungsvideo ist integraler Bestandteil des Behandlungsplans, wird zu einem eingeplanten Termin von den RehabilitandInnen im eigenen Zimmer am TV-Gerät angesehen und steht anschließend in der klinikeigenen Webplattform zur Verfügung. Inhaltlich bildet Schulungsvideo einen allgemeinen Überblick zum Thema, eine freiwillige Übungseinheit und den anschließenden Transfer zu nachfolgenden Präsenzeinheiten sowie den Hinweis auf die Möglichkeit, jederzeit das BehandlerInnen-Team bei Fragen zu kontaktieren, ab.

Im Erhebungszeitraum vom 20.09.-17.10.2021 wurde eine anonyme, nicht standardisierte, fragebogenbasierte Erhebung bei allen neuankommenden RehabilitandInnen durchgeführt (ohne Erhebung soziodemografischer Merkmale). Das Schulungsvideo wurde in acht Dimensionen und mit Hilfe einer 4-stufigen Likert-Skala (1 = sehr zufrieden bis 4 = gar nicht zufrieden) von den Teilnehmenden bewertet: Vortragsinhalt, Vortragsweise, Inhaltsdarstellung, Akustik, Dauer, Benutzerfreundlichkeit der Technik, Übungen und Kontaktmöglichkeiten zum TherapeutInnenteam. Zusätzlich wurde abgefragt, ob die Schulung empfehlenswert sei. Die Studienpopulation umfasste 132 Personen (davon 88 weiblich) aus der Abteilung Psychosomatik und 44 Personen (14 weiblich) aus der Kardiologie. Somit bestand die Studienpopulation zu 58 % aus weiblichen Teilnehmenden, das Durchschnittsalter lag bei 52,9 Jahren. Alle hatten im Erhebungszeitraum das Videoangebot erhalten.

Ergebnisse

Der auswertbare Rücklauf lag bei 70 Fragebögen. Die vermittelten Durchschnittswerte der acht Dimensionen sind: Vortragsinhalt (Mittelwert = 1,77), Vortragsweise (MW = 1,94), Inhaltsdarstellung (MW = 1,87), Akustik (MW = 2,33), Dauer des Vortrags (MW = 2,01), Benutzerfreundlichkeit der Technik (MW = 1,77), Übungen (MW = 1,93, n = 54; aufgrund der Möglichkeit bei dieser Frage „nichtzutreffend“ zu antworten) und Kontaktmöglichkeiten (MW = 2,03, n = 30). Zudem hielten 75,7 % der Befragten die digitale Schulung für empfehlenswert.

Diskussion und Fazit

Die Validität der Ergebnisse ist durch den geringen Rücklauf zwar eingeschränkt, dennoch zeigt sich, dass digitale Formate durchaus Akzeptanz bei RehabilitandInnen erfahren. Für die künftige Entwicklung und Bewertung digital gestützter Interventionen erscheint dabei interessant, dass das bewertete Schulungsvideo zur Achtsamkeitsintervention als Ergänzung zur nicht-digitalen Intervention konzipiert wurde. Damit könnte es als erster, aus der Rehabilitationspraxis heraus gestarteter Versuch einer hybriden Rehabilitationsmaßnahme, d.h. eine Kombination von digital vermittelten - mit vorwiegend in Präsenz angebotenen Interventionen - bewertet werden und könnte ein erster Hinweis auf das Potential eines hybriden Rehabilitationskonzeptes sein. Künftige Evaluationen sollen deswegen die synergetischen Effekte zwischen digitalen und nicht-digitalen Interventionen sowie deren komparativen Vor- und Nachteile für RehabilitandInnen und TherapeutInnen unter Berücksichtigung personenimmanenter Faktoren beleuchten.

Für derartige hybride Konzeptentwicklungen sind theoriebasierte, empirische Arbeiten nötig, um zu klären, welche Inhalte eines therapeutischen Angebotes digital bzw. in Präsenzform

vermittelt werden können und wie diese inhaltlich, z.B. in Form von Blended-Learning Konzepten (Friesen, 2012) für RehabilitandInnen, entwickelt werden können. Damit einhergehend bestünde Klärungsbedarf im Bereich der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL): Um digitale Schulungsangebote in der Rehabilitation abrechnungsfähig zu gestalten, bedarf es einer dahingehenden Berücksichtigung, dass die therapeutische Interaktion nachgelagert erfolgt, bspw. um Inhalte der digitalen Angebote zu vertiefen und nachzubesprechen.

Literatur

- Baumeister H, Lin J, Ebert DD. (2017). Internet- und mobilebasierte Ansätze. Psychosoziale Diagnostik und Behandlung in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, 2017; 60: 436–444.
- DRV Bund (2018). Anforderungen an Tele-Reha-Nachsorge, Anlage 3 zum Rahmenkonzept zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation, Fassung vom 02.01.2018, Stand 2/2017. Berlin: DRV Bund.
- EPA-EPatient Analytics GmbH (2019). <https://www.rehakliniken.de/news/gesundheits-apps-kommen-im-ersten-gesundheitsmarkt-an> - Abruf: 14.10.2021.
- Friesen, N. (2012), Report: Defining Blended Learning. www.normfriesen.info/papers/Defining_Blended_Learning_NF.pdf, Zugriff am 27.10.2021.

Determinanten der Teilhabe am Arbeitsleben bei Multipler Sklerose (TAMuS) – Parameter für den Erhalt der Erwerbstätigkeit

Melanie Peters¹; David Ellenberger²; Alexander Stahmann²; Juliane Lamprecht³; Nadine Schumann⁴; Selina Rindelhardt⁴; Kerstin Eichstädt²

¹ Gesellschaft für Versorgungsforschung mbH;

² MS Forschungs- und Projektentwicklungs-gGmbH;

³ Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland;

⁴ An-Institut für Neurorehabilitation NRZ Magdeburg

Hintergrund und Zielstellung

Multiple Sklerose (MS) gehört zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen im jungen Erwachsenenalter und wirkt sich bei großer Variabilität von Symptomen und Störungen, oft negativ auf die Erwerbstätigkeit der Erkrankten aus. Rund 18% der MS-Erkrankten beziehen bereits mit 44 Jahren Rentenleistungen aufgrund der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit (Flachenecker et al., 2020). Dabei ist der Verbleib der MS-Erkrankten im Erwerbsleben sowohl für die Erkrankten selbst als auch für das Gesundheitssystem von großer Bedeutung. Das von der DRV Bund geförderte Forschungsprojekt TAMuS untersucht mögliche Einflussfaktoren für den Erhalt der Erwerbstätigkeit bei MS-Erkrankten. Die Erkenntnisse können dazu beitragen medizinisch und beruflich-orientierte Rehabilitationsleistungen für Erkrankte bedarfsgerecht zu gestalten und damit die Teilhabechancen zu verbessern. Anknüpfend daran überprüft die vorliegende Analyse von MS-Registerdaten, welche

Parameter einen Einfluss auf den Erhalt der Erwerbstätigkeit von MS-Erkrankten in einem Beobachtungszeitraum von 24 Monaten haben.

Methoden

Einschlusskriterien für die Sekundärdatenanalyse retrospektiver Daten aus dem deutschen MS-Register der DMSG waren: mind. zwei Visiten in einem Abstand von 24-36 Monaten im Zeitraum von 01/2013 - 12/2020, Alter 18-60 Jahre, Daten zur Erwerbstätigkeit (Voll-/Teilzeit bzw. Frühberentung und Arbeitslosigkeit). Ausgeschlossen wurden MS-Erkrankte in beruflicher oder schulischer Ausbildung/Weiterbildung/Umschulung, Hausfrauen/-männer, Bundesfreiwilligendienstleistende/FSJ, Altersrentner/Pensionäre.

Zur Bestimmung der Einflussfaktoren wurde eine stufenweise Variablenselektion mittels generalisiertem linearem Modell auf den Erhalt der Berufstätigkeit durchgeführt. Analysiert wurden die Daten von MS-Erkrankten, die von einer Erwerbstätigkeit zum ersten Messzeitpunkt (T1) zu einer nicht-Erwerbstätigkeit zum zweiten Messzeitpunkt (T2) wechselten (n = 286).

Als potenzielle Einflussgrößen auf die Erwerbstätigkeit wurden Geschlecht, Alter bei Erkrankungsbeginn, MS-Dauer, Verlaufsform, verschiedene Symptome, Hilfsmittelgebrauch, EDSS, Verordnung einer Immuntherapie, Schulabschluss, familiäre Situation, häusliche Unterstützung sowie verschiedene nicht-medikamentöse Therapiearten getestet.

Ergebnisse

Es wurden insgesamt Datensätze von 7.610 MS-Erkrankten ausgewertet. Zu T1 waren insgesamt 71% (n = 5.406) der MS-Erkrankten erwerbstätig. Im Verlauf (T2) fand bei 4,6% der Betroffenen ein Wechsel der Erwerbstätigkeit statt, wobei der Großteil von der Erwerbstätigkeit zur Erwerbslosigkeit wechselte (3,8%). Bei Betrachtung dieser Gruppe der Wechsler im Vergleich zur Gesamtpopulation, zeigt sich, dass diese älter ist (45,1 vs. 43,9 Jahre), eine geringere Krankheitsdauer hat (9,3 vs. 10,1 Jahre), mehr weibliche Erkrankte umfasst (74,5% vs. 70,2%) und weniger schubförmige Verläufe aufweist (84% vs. 86,9%) (Tabelle 1).

Zur Bestimmung der Parameter, die einen Einfluss auf den Erhalt der Erwerbstätigkeit haben, wurden 286 MS-Erkrankte einbezogen, bei diesen ein Wechsel von der Erwerbstätigkeit zur Erwerbslosigkeit dokumentiert wurde. Als signifikante Parameter zur Begünstigung der Erwerbstätigkeit wurden folgenden Parameter ermittelt: niedriger EDSS, höherer Schulabschluss, abgeschlossene (Hochschul-)Ausbildung, Selbstständigkeit im Haushalt, in einer Lebensgemeinschaft befindend, Nichtgebrauch eines Rollators, Ausbleiben der Symptomatiken: Fatigue, kognitive Beeinträchtigung und Depressionen. Erhalten MS-Erkrankte häusliche Unterstützung durch Familie, Freunde und Partnerschaft sind sie vermindert in der Lage, in ihrer Erwerbstätigkeit zu verbleiben. (Tabelle 2).

Tab. 1: Patientenkollektiv zum ersten (T1) und zweiten (T2) Messzeitpunkt

	Wechsel: Erwerbstätigkeit à nicht-Erwerbstätigkeit (n = 286, 74,5% weiblich)		Gesamtkohorte (n = 7.610, 70,2% weiblich)	
	T1	T2	T1	T2
Erwerbstätigkeit	100,0 %	0,0 %	71,0%	68,1%
Alter (Jahre)	45,1 (±9,5)	47,3 (±9,5)	43,9 (±9,6)	46,0 (±9,6)
MS-Dauer (Jahre)	9,3 (±7,6)	11,6 (±7,5)	10,1 (±7,5)	12,2 (±7,6)
EDSS	3,4 (±1,7)	3,9 (±1,9)	2,7 (±2,0)	2,9 (±2,1)
Verlaufsform				
Schubförmige MS	84,0%	77,3%	86,9%	85,0%
Sekundäre progrediente MS	9,4%	15,4%	9,7%	11,4%
Primär progrediente MS	6,6%	7,3%	3,5%	3,6%

Tab. 2: signifikante Einflussgrößen der Regression

Variable	Ausprägung	Odds Ratio (OR) [95%- Konfidenzintervall]	p-Wert
Geschlecht	0=männlich, 1=weiblich	0.755 [0.564; 1,00]	0,054
EDSS (pro Punkt)		0.682 [0.629; 0.741]	<0,001
Schulbildung	0= kein (Fach-)Abitur, 1= Abitur	1.474 [1.038; 2.133]	0,035
Häusliche Unterstützung	Patient ist auf sich allein gestellt	1.858 [1.364; 2.561]	<0,001
Höchste berufliche Ausbildung	Keine abgeschlossene berufliche Ausbildung	0.490 [0.298; 0.846]	0,007

	abgeschlossene Hochschulausbildung (oder Vergleichbares)	1.390 [0.884; 2.219]	0.159
Familiäre Situation	Lebensgemeinschaft	1.366 [1.006; 1.840]	0,043
Rollator	0= nein, 1= ja	0.614 [0.422; 0.897]	0,011
Symptomatik:			
Müdigkeit (Fatigue)	0= nein, 1= ja	0.562 [0.414; 0.758]	<0,001
Kognitive Störungen	0= nein, 1= ja	0.509 [0.389; 0.667]	<0,001
Depression	0= nein, 1= ja	0.536 [0.413; 0.699]	<0,001

Diskussion und Fazit

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Faktoren wie weibliches Geschlecht und ein höherer Grad der Beeinträchtigung einen signifikanten Einfluss auf den Wechsel von einer Erwerbstätigkeit zu einer nicht-Erwerbstätigkeit haben. Dieses ist bereits aus anderen Studien bekannt (Gerhard et al., 2020; Flachenecker et al., 2021). Zusätzlich stellen soziodemografische Parameter, wie ein höherer Schulabschluss und die Unabhängigkeit in der häuslichen Unterstützung, positive Einflussfaktoren für den Erhalt am Arbeitsleben dar. Hingegen wirken sich Faktoren wie das Bestehen von Symptomen, insbesondere Fatigue, kognitive Störungen und Depressionen sowie die Verwendung eines Rollators, negativ auf den Erhalt der Erwerbstätigkeit aus. Neben den körperlichen Einschränkungen haben auch die „unsichtbaren“ Symptome (Depression, Fatigue, kognitive Einschränkungen) einen erheblichen Einfluss auf die Erwerbstätigkeit.

Aufbauend auf diesen Ergebnissen werden im zweiten Projektteil arbeitsplatz- und personenbezogene Parameter mittels quantitativer Befragung von MS-Erkrankten untersucht, um zu prüfen, inwieweit diese die Teilhabe am Arbeitsleben beeinflussen können.

Literatur

- Flachenecker, P., Eichstädt, K., Berger, K., Ellenberger, D., Friede, T., Haas, J., Kleinschnitz, C., Pöhlau, D., Rienhoff, O., Stahmann, A., Zettl, U. K. (2020): Multiple Sklerose in Deutschland: aktualisierte Auswertungen des MS-Registers der DMSG 2014–2018. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 88. 436–450.
- Flachenecker, P., Sterz, C., Gusowski, K., Meißner, H. (2021): Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit bei Multipler Sklerose – eine prospektive Studie zur Entwicklung und Evaluation eines symptom-spezifischen Assessment-Instrumentariums. *Neurologie & Rehabilitation*. 27. 37–48.

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.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Dick und glücklich? Entwicklung und Implementierung des Rehabilitationskonzeptes „Psycho-Adipositas“ (ADIPE)

Anne Schäfer¹; Livia Wilhelm¹; Sviatlana Fuest¹; Stefanie Gillitzer²; Harald Fischer³

¹ Institut für Rehabilitationsforschung Norderney; ² Universität Bielefeld;

³ Klinik Rosenberg der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

Hintergrund und Zielstellung

Adipositas ist eines der größten globalen Gesundheitsprobleme. In Deutschland zeigt jeder fünfte Erwachsene einen adipösen Phänotyp (Robert Koch Institut, 2017). Neben vielfältigen körperlichen Folgeerkrankungen spielen psychische Faktoren eine große Rolle, dabei verstärken sich Übergewicht und psychosoziale Belastungen gegenseitig.

Da es nach unserer Kenntnis bisher keine Angebote in dieser Form gibt, wurde im Rahmen dieser Studie ein Konzept für eine zusätzliche intensive psychologische Betreuung für Rehabilitand*innen mit Adipositas und psychischen Belastungen im Rahmen einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme entwickelt. Die Teilnehmer*innen (TN) dieses Konzepts absolvieren eine Rehabilitationsmaßnahme, die somatische und psychologische Inhalte in gleichem Umfang berücksichtigt.

Methoden

Um unser Konzept zu gestalten, wurde eine Literaturrecherche zum Thema „Adipositas und psychische Komorbiditäten“ durchgeführt. Dabei wurden Studien gesichtet, auf Relevanz geprüft und geeignete Inhalte verwendet. Weitere Grundlagen bildeten die Leitlinie zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (2014), die Richtlinien des Konzepts für verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014) sowie das psychodiabetologische Rehabilitationskonzept, das bereits in unserer Klinik für Patienten mit Diabetes mellitus und psychischen Belastungen eingesetzt wird (Schwandt und Hillebrand, 2014).

Das Konzept wurde kognitiv-verhaltenstherapeutisch entwickelt. Es nutzt das Bezugstherapeutesystem im geschlossenen Gruppensetting und ist auf eine Aufenthaltsdauer von vier Wochen angelegt. In dieser Zeit finden zwei bis drei Gruppentherapiesitzungen pro Woche statt, Entspannungstraining sowie Einzelgespräche. Das Konzept zielt auf eine Steigerung des Selbstwertgefühls. Dadurch soll eine Verbesserung der Lebensqualität und der psychischen Gesundheit erreicht werden. Dies wiederum soll zur Steigerung der Aktivität, Reduktion von Depression und Angst, Steigerung der Motivation und

einem gesünderen Lebensstil führen. Aus diesen Verhaltensänderungen soll ein Gewichtsverlust mit langfristiger Gewichtsstabilisierung resultieren.

Das neu entwickelte Konzept wurde im Sommer 2020 in zwei Probeläufen à fünf bzw. sechs TN durchgeführt. Ziel der Probeläufe war, das Konzept zu testen und zu optimieren, bevor es in der anschließend geplanten randomisierten kontrollierten Studie (RCT) evaluiert werden soll. Eingeschlossen wurden Patient*innen mit Body Mass Index (BMI) ≥ 30 kg/m² und psychischen Belastungen (mindestens ein klinisch auffälliger Score in folgenden Instrumenten: HADS-D Angst, ADS-K, WHO-5).

Nach Abschluss der Probeläufe wurden leitfadengestützte Gruppeninterviews hinsichtlich Zufriedenheit sowie Verbesserungsvorschlägen durchgeführt. Die Interviews wurden transkribiert und mittels einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung nach Mayring (2010) ausgewertet. Auf Grundlage der Ergebnisse wurde das Konzept nach jedem Probelauf optimiert.

Ergebnisse

Nach den Optimierungen wurden folgende Änderungen vorgenommen:

- Die Anzahl der Gruppensitzungen wurde auf neun festgelegt.
- Die Dauer der Gruppensitzungen soll flexibel an die Bedürfnisse der jeweiligen Gruppe angepasst werden.
- Die Anzahl praktischer Übungen innerhalb der Gruppensitzungen wurde erhöht.
- Zusätzliche Termine für das meditative Verfahren „Fantasiereise“ wurden eingeführt.
- Eine zusammenfassende Broschüre soll jedem TN des neuen Programms ausgehändigt werden.
- Multidisziplinäre Teamsitzungen wurden implementiert.

Diskussion und Fazit

Nach der Entwicklung und zwei Probeläufen liegt nun ein optimiertes Rehabilitationskonzept „Psycho-Adipositas“ vor. Erste Erfahrungen zeigen, dass die TN das Konzept insgesamt hilfreich fanden. Um zu prüfen, ob die Teilnahme an dem neu entwickelten Konzept sechs Monate nach der Reha zu einer höheren psychischen Lebensqualität (gemäß SF-36) führt, wird aktuell ein RCT durchgeführt.

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.). Online verfügbar unter <https://www.adipositas-gesellschaft.de>.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014): Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation - Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung für verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR). Berlin. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-rentenversicherung.de>.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Robert Koch Institut (2017): Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring, 2 (2), 21-28.

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.

Interessenkonflikt: Herr Dr. Fischer ist im Vorstand des VFR, Norderney

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V., Norderney

Die Bedeutung des pflegerischen Kontinenzmanagements bei Multipler Sklerose in der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) der DRV

Maïke Heiker¹; Jörg Schulz²; Tobias Leniger¹; Andrea Ghadimi³

¹ Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen; ² Ernst-Abbe-Hochschule Jena;

³ Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG

Hintergrund und Zielstellung

Die Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt stellt den zentralen Gedanken der MBOR der Deutschen Rentenversicherung (DRV) als Möglichkeit zur Reintegration von Personen mit beruflichen Problemlagen dar. Die Profession Pflege ist im MBOR-Anforderungsprofil bislang nicht verankert (DRV Bund, 2019). Am Beispiel der Funktionsbeeinträchtigung „neurogene Blasen- und/oder Darmfunktionsstörungen bei Multipler Sklerose (MS)“ soll die Bedeutung der therapeutischen Pflege in Form des pflegerischen Kontinenzmanagements in der MBOR herausgearbeitet werden.

Erfahrungsgemäß berichten dreiviertel der MS-Erkrankten im Verlauf von einer Blasen- und/oder Darmfunktionsstörung. 31 % der Teilnehmenden einer Untersuchung (n=846) gaben hierdurch hervorgerufene negative Auswirkungen auf ihre Arbeitstätigkeiten an (Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 2016). Eine orientierende Auswertung der Dokumentationen in der elektronischen Patientenakte (EPA) des Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen (NZN) ergab, dass ca. jeder zweite Rehabilitand mit MS eine Blasen- und/oder Darmfunktionsstörungen beklagt.

Methoden

Es erfolgte eine retrospektive Kohortenstudie mit 53 Rehabilitanden, die im Jahr 2019 eine Rehabilitationsmaßnahme in der Phase D im Auftrag der DRV im NZN absolvierten. Diese wurden initial postalisch angeschrieben und bei ausbleibender Rückmeldung ggf. telefonisch mittels Fragebogen befragt. Der Fragebogen umfasste sechs Fragen, drei davon enthielten je eine Unterfrage. Alle Fragen konnten durch vorgegebene Antworten oder mithilfe einer Freitextoption beantwortet werden. Einschlusskriterien: 1. Erwerbsfähiges Alter, 2. Rehabilitationsmaßnahme im NZN über die DRV im Jahr 2019, 3. Hauptdiagnose MS, 4. Inanspruchnahme des pflegerischen Kontinenzmanagements (prophylaktisch oder bei

bestehender Blasen- und/oder Darmfunktionsstörung). Die quantitative Datenanalyse erfolgte mittels uni- und bivariater Verfahren in IBM SPSS Statistics 25.

Ergebnisse

29 Datensätze konnten ausgewertet werden. Davon nahmen 34,5% an einer MBOR teil. 8 Teilnehmende (TN) (27,6 %) beklagten Blasen- und/oder Darmfunktionsstörungen. Die Prävalenz von Blasen- und Darmfunktionsstörungen der 29 Befragten wies im Vergleich zu ihrer Dokumentation in der EPA ein deutliches Mismatch (51,7% vs 27,6%) auf. 2 TN (6,9 %) gaben negative Auswirkungen auf das Berufsleben an. 11 TN (37,8 %) wiesen sonographisch Restharn als Hinweis auf eine neurogene Blasenstörung auf. 21 TN (72,4 %) fühlten sich durch das pflegerische Kontinenzmanagement gut beraten. 10,3 % gaben eine Verbesserung der Lebensqualität /-führung an. 11 TN (37,9%) waren bei Entlassung AU, bei 22 TN (75,9 %) bestand zum Zeitpunkt der Befragung eine Berufstätigkeit. 1 TN (3,4%) gab eine Verbesserung der beruflichen Situation an, bei einem weiteren war die Blasen- und/oder Darmfunktionsstörung bedeutsam bei der Arbeitsunfähigkeit nach der Reha.

Diskussion und Fazit

Blasen- und/oder Darmfunktionsstörungen in der MBOR der MS sind vielfach, für sich allein betrachtet, aber selten das Hauptproblem bzw. -ursache für Einschränkungen im beruflichen Alltag. Häufig bestehen zudem Begleitumstände wie Mobilitätseinschränkungen, zu weit entfernte sanitäre Anlagen, Scham oder Angst. Pflegerisches Kontinenzmanagement hat somit eine breite Ansatzfläche für Konzepte, Beratung und Unterstützung. Die Aufgaben der Fachkräfte für Kontinenzmanagement beziehen sich hierbei auf das Assessment bzw. die Anamneseerhebung, Interventionsableitungen, Beratung und Anleitung dazu oder ggf. auch Durchführung der Maßnahmen und anschließende Evaluation (Namey, 2014). In einer kontrollierten Studie konnte zudem festgestellt werden, dass ein spezifisches Rehabilitationsprogramm bei Blasenfunktionsstörungen signifikante Verbesserungen bzgl. Symptomschwere und Lebensqualität aufweisen konnte (Khan et al., 2010).

Das Mismatch hinsichtlich der Prävalenz von Blasen- und/oder Darmfunktionsstörungen (51,7% vs 27,6%) lässt den vorsichtigen Rückschluss zu, dass dieses unverändert schambehaftete Thema individuelle, diskrete und vor allem professionelle Beratungsangebote erfordert.

Am Beispiel des pflegerischen Kontinenzmanagements bei MS konnte aufgezeigt werden, dass pflegerische Angebote der Beratung, Anleitung und Unterstützung in der neurologischen Rehabilitation einen relevanten Beitrag leisten kann, um mit Funktionseinschränkungen umzugehen und Berufstätigkeit zu erhalten. Mithin fügt sich dieser Maßnahmen-Kanon optimal in salutogenetisch geprägte Bemühungen hinsichtlich der Orientierung auf den positiven Pol des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums ein (Schulz & Wiesmann, 2008).

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2019): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Stand: 30. Oktober 2019.

- Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V. (Hrsg.) (2016): Produktiv und motiviert trotz schwerer Krankheit - aber Informationen fehlen. Ergebnisse der REHADAT-Studie „Mit Multipler Sklerose im Job“. Köln. Verfügbar unter: <https://www.rehadat.de/export/sites/rehadat-2021/lokale-downloads/rehadat-publikationen/auswertung-umfrage-ms-barrierefrei.pdf> [28.10.2021]
- Khan, F. Pallant, J. F., Pallant, J. I., Brand, C. & Kilpatrick, T. J. (2010): A randomised controlled trial: outcomes of bladder rehabilitation in persons with multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 81 (9), 1033-1038.
- Namey, M. A. (2014). Management von Ausscheidungsstörungen. In Halper, J. & Holland, N. J. (Hrsg.), *Pflege von Menschen mit Multipler Sklerose*. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Jörg Kraus. (S. 125-144). Bern: Verlag Hans Huber.
- Schulz, J. & Wiesmann, U. (2008): Zur salutogenetischen Denkweise bei der Betrachtung des Menschen. In: *Salutogenese. Der Mensch als biopsychosoziale Einheit* 1+2 (1), 1-6.

Die Praktikabilität (Feasibility) des Sunballs als Therapiegerät in der neurologischen Rehabilitation

Romina Saile; Noemi Bertuleit
Kliniken Schmieder Konstanz

Hintergrund und Zielstellung

Die Anzahl an Angeboten von Therapiegeräten für gerätegestützte Therapie wird von Herstellerseite immer größer, gleichzeitig nimmt auch die Zahl der Anwender dieser Geräte beispielsweise in Rehabilitationseinrichtungen kontinuierlich zu. Neben ökonomischen Gründen, die für einen Einsatz der Geräte sprechen, konnte in bestehenden Studien auch für viele derartige Therapiegeräte schon die Effektivität der Anwendung nachgewiesen werden. Aber wie sieht es mit der Praktikabilität des Geräteeinsatzes aus? Ist die Akzeptanz für derartige Therapieformen sowohl auf Patienten- wie auch Therapeutenseite gegeben? In der vorliegenden Studie sollte diese Fragestellung für das noch relativ neue „Sunballapp“-System der Firma Moveri GmbH beantwortet werden. Dieses Gerät wurde im Fachbereich der neurologischen Rehabilitation an erwachsenen Patienten im Gruppensetting und Eigentaining eingesetzt und getestet. Begleitend wurden die Daten aus den motorischen Assessments der Aufnahme- und Entlassbefunderhebung dokumentiert.

Methoden

Vor Beginn der Studie wurden nach einer Vorrecherche in der bestehenden Literaturlandschaft das entsprechende Studienprotokoll (Pittler et al., 2011) und die dazugehörigen Studiendokumente entwickelt, ein Ethikantrag wurde gestellt und nach Genehmigung konnten insgesamt 56 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Alle Probanden hatten eine neurologische Erkrankung und befanden sich zum Studienzeitpunkt in stationärer Rehabilitation. Das Training mit dem Sunball fand für eine Gruppe im Gruppensetting des Armzirkels statt, für eine weitere Gruppe zusätzlich im Eigentaining außerhalb der regulären Therapiezeiten, in denen die Patienten mit dem gewöhnlichen

multimodalen Therapiekonzept behandelt wurden. Zur Erhebung der Praktikabilität wurden Anwender (Ergotherapeuten) und Nutzer (Patienten) zu festgelegten Zeitpunkten mehrfach mit dem gleichen Therapeuten-/Patientenfragebogen befragt. Ergänzend wurden die motorischen Fähigkeiten der Patientengruppe zum Aufnahme- und Entlasszeitpunkt mit den Assessments Nine hole peg Test, Box and Block Test und Handkraftmessung getestet und dokumentiert.

Ergebnisse

Von den 56 eingeschlossenen Teilnehmern schieden 13 Personen vorzeitig (aus personen-/gerätebezogenen sowie organisatorischen Gründen) aus. Von den 43 verbliebenen Probanden trainierten vier Patienten zusätzlich im Eigentaining. Sechs Ergotherapeuten konnten für die Studienteilnahme gewonnen werden. Sowohl die Patienten als auch Therapeuten bewerteten anhand von bis zu drei Fragebögen im Studienverlauf den Einsatz des Sunballs insgesamt eindeutig als praktikabel. In den motorischen Assessments zeigten sich intraindividuell z. T. deutliche Verbesserungen, wobei diese Verbesserungen nicht allein auf die Anwendung des Sunballs zurückgeführt werden konnten, da die Teilnehmer parallel im Rahmen ihrer stationären Rehabilitation mit einem multimodalen Therapiekonzept behandelt wurden und keine Kontrollgruppe bestand. Interindividuell konnte lediglich im Box and Block Test für die linke obere Extremität eine signifikante Verbesserung erreicht werden.

Diskussion und Fazit

Der Einsatz des Sunballs als Therapiegerät ist in der stationären neurologischen Rehabilitation von erwachsenen Patienten sowohl im Gruppensetting als auch im Eigentaining praktikabel. Dies wurde in der durchgeführten Pilotstudie aus Patienten- und Therapeutensicht so eingeschätzt. Zur Klärung der interessanten Fragestellung nach der Effektivität des Trainings mit dem Sunball sollte zusätzlich eine randomisierte kontrollierte Studie durchgeführt werden

Literatur

Pittler M, Blümle A, Meerpohl J, Antes G. CONSORT 2010 (2011): Aktualisierte Leitlinie für Berichte randomisierter Studien im Parallelgruppen-Design. DMW - Dtsch Med Wochenschr, 136(08): e20–3.

Förderung: Die Firma stellte das untersuchte Therapiegerät für die Untersuchung kostenfrei zur Verfügung.

Does new gamification approach improve the HAND function among rehab-patients ? A mono-center randomized controlled trial

*Heithem Ben Abdallah; Schmitz Christian; Janina Tennler; Tobias Ohmann;
Heinz-Herbert Homann*

BG Klinikum Duisburg gGmbH

Hintergrund und Zielstellung

Gamification is a powerful tool to support the rehabilitation therapy process¹. Yet, the first implementation of a new rehabilitation device is obstructed by several challenges. Especially the rehabilitation after hand surgery (HS) remains dependent on the patients' motivation and compliance. Therefore, there is a high demand for the implementation of technology-based personalized solutions to guide and encourage patients towards performing gamified rehabilitation program. The purpose of this research is to investigate the impact of gamification-training on functional outcomes among rehabilitation patients after HS. For this purpose we compared two novel gamification systems, a Tablet-Based hand-mobilization (Routine) and a Rehab glove (Cynteract) with standard hand mobilization training using a finger expander.

Methoden

We randomly assigned 60 inpatients of the BG Klinikum in Duisburg to a control and two gamified groups. The sample underwent a four week stationary rehabilitation during which they performed the training intervention. All patients completed the Disabilities of Arm, Shoulder, and Hand questionnaire (DASH), determination of the health-related quality of life (SF-36), visual analog scale (VAS) and range of motion (ROM) pre (T0) and post training (T1).

Ergebnisse

The study results reflect that the four-week utilization of an interactive, tablet-based training and rehab glove improves hand function. All three groups showed a significant decrease in the DASH score. This decrease reflects increased hand function. The mean DASH improved from 57.2 ± 21.6 to 45.5 ± 22.1 in the control group, from 57 ± 19 to 47 ± 17.53 in the Tablet-Based hand-mobilization group and from 68.62 ± 8.53 to 60.24 ± 15.7 in the Rehab glove group. Furthermore, parameters such as SF36, ROM and VAS significantly improved after the four week training ($P < 0.05$).

Diskussion und Fazit

The findings of this study will ameliorate the rehabilitation process after HS. We could show that two novel gamification systems were able to improve hand function among rehab-patients. Since the motivation and fun factor are very important for the patient's rehab, these items could be explored in depth in the future to optimize the patients' outcome.

Literatur

Adlakha S, Chhabra D, Shukla P. (2020). Effectiveness of gamification for the rehabilitation of neurodegenerative disorders. *Chaos, Solitons & Fractals*;140:110192.

Dokumentation von Covid-19-Fällen in Rehabilitationseinrichtungen: eine Befragung von Rehabilitationseinrichtungen und Gesundheitsämtern. Erste Ergebnisse des „PanCoV-Reha-Projekts“

Anna Pieschnik; Alex Stern; Anna-Lena Esser; Simone Stickling; Oliver Razum
Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Das Management von COVID-19-Fällen und die Prävention von Übertragungen des Virus auf Patient*innen und Mitarbeitende in Einrichtungen des Gesundheitswesens haben eine hohe Relevanz, um eine gesundheitliche Versorgung weiter gewährleisten zu können. Dabei ist die genaue Fallerfassung der SARS-CoV-2-Infektionen und der zeitnahe Informationstransfer zwischen den verantwortlichen Gesundheitsämtern und den medizinischen Einrichtungen essentiell für die Sicherheit der Mitarbeitenden und Patient*innen. Auch die Identifizierung und das Management von Kontaktpersonen, mit dem Ziel mögliche Infektionsketten zu unterbrechen und die Erkrankung von Kontaktpersonen frühzeitig zu erkennen, haben dabei einen hohen Stellenwert (RKI, 2021a; RKI, 2021b). Dies gilt insbesondere für die stationäre Behandlung, da von einem hohen Infektionspotenzial auszugehen ist. Auch für Rehabilitationseinrichtungen ist das Management und die Dokumentation von COVID-19-Fällen wichtig, da bis Juli 2021 fast 3.500 SARS-CoV-2-Infektionen in Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland den zuständigen Gesundheitsämtern gemeldet wurden (RKI, 2021c).

Zur Fallerfassung, Falldokumentation und Datenübermittlung zwischen Rehabilitationseinrichtungen und Gesundheitsämtern gibt es derzeit keine überregionalen Standards. Ziel der Erhebung ist daher die Erfassung des Ist-Zustands der Dokumentations- und Kontaktformate zwischen Gesundheitsämtern und Rehabilitationseinrichtungen.

Methoden

Gesundheitsämter und Rehabilitationseinrichtungen in Ostwestfalen-Lippe wurden standardisiert zu SARS-CoV-2-Fällen (Mitarbeitende und Rehabilitand*innen) und der internen Falldokumentation befragt. Zusätzlich sind Informationen zur Datenübermittlung und der Kommunikation zwischen Gesundheitsämtern und Rehabilitationseinrichtungen erhoben worden. Die Befragung fand von August 2021 bis Oktober 2021 schriftlich und telefonisch statt. Die Antworten wurden bei geschlossenen Fragen deskriptiv und bei offenen Antworten mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse

Die Rehabilitationseinrichtungen (n=18) geben zwischen 0 und 56 COVID-19-Fälle insgesamt an, bei Mitarbeitenden max. 26 Fälle und bei Rehabilitand*innen max. 30 Fälle pro Einrichtung. Der Kontakt zu den Gesundheitsämtern wird mehrheitlich als gut bewertet, wobei die Relevanz klarer Ansprechpartner*innen und eine schnelle Kommunikation betont werden. Die Kliniken beschreiben z.T. stark voneinander abweichende Formen der internen Falldokumentation (standardisierte, elektronische Erfassung gegenüber analoger Dokumentation). Die Fallübermittlung (intern oder extern) und die Zuständigkeit für die Übermittlung an das Gesundheitsamt unterscheiden sich zwischen den Kliniken. Nur eine

Klinik gibt an, das Meldeformular gemäß §§ 6-9 IfSG zu nutzen. Die Ermittlung und Datenweitergabe zu Kontaktpersonen reicht von der Nennung von Namen und Geburtsdaten bis zu umfangreichen Informationen zu Art und Häufigkeit der Kontakte zum Indexfall.

Die Gesundheitsämter (n=3) berichten übereinstimmend, dass die Qualität der Falldokumentation und die Übermittlung durch die Rehabilitationseinrichtungen stark variiere. Hinsichtlich der Kontaktnachverfolgung und der Anordnung von Quarantänen unterscheidet sich das Vorgehen der einzelnen Gesundheitsämter dahingehend, welches Gesundheitsamt (Rehabilitationsort oder Meldeadresse) als zuständig betrachtet wird. Der zwischen den Gesundheitsämtern übermittelte Datenumfang variiert dementsprechend. E-Mails werden als vorrangigen Kontaktweg angegeben. Die RKI-Klassifizierung von Kontaktpersonen wird nicht immer verwendet. Insbesondere in Bezug auf die Kontaktnachverfolgung und die Überprüfung der klinikinternen Hygienepläne werden unterschiedliche Wahrnehmungen zwischen Ämtern und Einrichtungen hinsichtlich des Aufgabenbereichs der Gesundheitsämter deutlich. Auch nennen die Gesundheitsämter unterschiedliche interne Zuständige für die Bearbeitung von COVID-19-Fällen in Einrichtungen. Die Ressourcenintensivität der Dokumentation in SORMAS und der Kontaktnachverfolgung wird durch die Gesundheitsämter betont.

Diskussion und Fazit

Die Notwendigkeit standardisierter, interner Prozesse zur Falldokumentation sowie klare Zuständigkeiten für den Kontakt zur anderen Organisationen wird sowohl von den Rehabilitationseinrichtungen als auch von den Gesundheitsämtern betont. Jedoch variieren sowohl Dokumentationsstandards als auch Zuständigkeiten innerhalb der Gruppe der Rehabilitationseinrichtungen und der Gesundheitsämter.

Daraus resultieren Schwierigkeiten bei der Kontaktnachverfolgung und zeitnahen Anordnungen von Quarantänen. Gleichzeitig interpretieren die Gesundheitsämter die Zuständigkeit für die Aussprache von Quarantänen bei Kontaktpersonen unterschiedlich. Es zeigt sich eine hohe organisationsinterne Standardisierung der Fallerfassung, Falldokumentation und der Fallübermittlung in den Rehabilitationseinrichtungen und den verschiedenen Gesundheitsämtern. Gleichzeitig fehlt es an einer externen Standardisierung von Prozessen, die Belastungen von Personalressourcen und zeitliche Verzögerungen im Pandemiemanagement mindern kann.

Literatur

Robert Koch-Institut (RKI). (2021a). Management von COVID-19-Ausbrüchen im Gesundheitswesen. Abgerufen von: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Management_Ausbruch_Gesundheitswesen.html (Stand: 28.10.21)

RKI. (2021b). Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie. Abgerufen von: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Getrennte_Patientenversorgung.html;jsessionid=77C63D4D8441F3BA180F0B2589F0FA70.internet102?nn=13490888 (Stand: 28.10.21)

RKI. (2021c). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Erkrankung-2019 (COVID-19).
Abgerufen von:
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Jul_2021/2021-07-13-de.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 28.10.21)

Förderung: Deutschen Rentenversicherung Westfalen

Durchführung und Evaluation der interprofessionellen Lehrveranstaltung „Rehabilitations- und Entlassmanagement“ für die Ausbildungsgänge Medizin, Pflege und Physiotherapie

Laura Retznik; Wilfried Mau
Martin Luther Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Für eine Sicherung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung ist eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe von wesentlicher Bedeutung. Eine stärkere Rolle von Interprofessionalität in der Ausbildung der Gesundheitsberufe im deutschsprachigen Raum wird zunehmend gefordert. Besonders in den Bereichen der Rehabilitation mit einer großen Anzahl unterschiedlicher Berufsgruppen hängt der patientenorientierte Behandlungserfolg von der Qualität der interprofessionellen Kooperation ab, für die allerdings Verbesserungspotenzial festgestellt wurde (Körner und Becker, 2017). Somit liegt es nahe, dass diese Berufsgruppen frühzeitig im Rahmen der Ausbildung auf ihre zukünftige interprofessionelle Zusammenarbeit vorbereitet werden. Bisher spielen interprofessionelle Kompetenzen in den Ausbildungs- und Studienkontexten der Gesundheitsberufe noch keine herausgehobene praktische Rolle (Mau et al., 2017). Im Medizinstudium soll sich das zukünftig mit der obligatorischen Orientierung am Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM 2.0) grundlegend ändern (Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin). Für verschiedene Themenbereiche der Medizin und Gesundheitsberufe gibt es deutschlandweit bereits einzelne interprofessionelle Lehrkonzepte (Robert Bosch Stiftung, 2018). Für die curriculare Ausbildung zur funktions- und teilhabeorientierten Versorgung mit sicherem Übergang vom Krankenhaus in die medizinische Rehabilitation fehlen bislang lernzielbasierte interprofessionelle Lehrkonzepte und –materialien. Deshalb wurde eine interprofessionelle Lehrveranstaltung zum Rehabilitations- und Entlassmanagement aus der akutstationären Versorgung für Auszubildende bzw. Studierende der Pflege, Physiotherapie und Humanmedizin entwickelt und formativ evaluiert.

Methoden

Zur Vorbereitung wurde eine Recherche zu interprofessionellen Lehrveranstaltungen und -konzepten sowie ein methodenorientierter Erfahrungsaustausch mit Expert*innen interprofessioneller Lehrkonzepte durchgeführt. Das didaktische und inhaltliche Lehrkonzept des Moduls „Rehabilitations- und Entlassmanagement“ wurde von einem interprofessionellen

Team nach Auswahl und Modifikation interprofessioneller und rehabilitationsbezogener Lernziele (Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin) entwickelt. Die Lerngruppe setzt sich aus maximal 18 Personen zusammen, davon idealerweise sechs Lernende aus jeder Berufsgruppe. Das Modul ist zweiteilig aufgebaut und beinhaltet einen Impulsvortrag zum interprofessionellen Lernen und dem Rehabilitations- und Entlassmanagement, der den Lernenden vor Beginn des Moduls zur Verfügung gestellt wurde und sicherstellt, dass die Lernenden über eine gemeinsame Wissensbasis verfügen. Am ersten Tag werden in interprofessionellen Kleingruppen konkret Lösungsstrategien zum Fallbeispiel mit Hemiparese bei Schlaganfall und der vorgegebenen Aufgabenstellung im kooperativen Lernen bearbeitet. Am zweiten Tag wird das erworbene Wissen in einem Gespräch mit einer Simulationsperson praktisch angewendet. Durch ein anschließendes strukturiertes Videofeedback bekommen die Lernenden eine Rückmeldung zu ihrer interprofessionellen Zusammenarbeit von der Schauspielerin, den Mitlernenden und der Lernbegleitung.

Ergebnisse

Im Juni 2021 beteiligten sich 47 Teilnehmende an den drei Durchläufen und gaben Evaluationsbögen ab, davon 17 Auszubildende der Physiotherapie, 12 Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege und 18 Medizinstudierende im Praktischen Jahr. Das Modul wurde gut angenommen und auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) mit einem Mittelwert von 1,7 bewertet (SD=0,6). Bei der Evaluation der Lehrinhalte gab es insgesamt eine hohe Zustimmung der Teilnehmenden, Anregungen für ihre zukünftige interprofessionelle Zusammenarbeit erhalten und ihre Haltung gegenüber interprofessioneller Zusammenarbeit positiv verändert bzw. bestätigt zu haben. Die Lernenden lobten darüber hinaus die wertschätzende und offene Kommunikationskultur während des Seminars, die interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen den drei Professionen und das realitätsnahe Patienten- sowie ehrliche Feedbackgespräch. Die jüngeren Auszubildenden der Physiotherapie (M=1,5; SD=0,6) und Gesundheits- und Krankenpflege (M=1,6; SD=0,5) bewerteten das Modul positiver als die Medizinstudierenden am Ende ihrer Ausbildung (M=2,0; SD=0,7).

Diskussion und Fazit

Die nach Kenntnis der Autor*innen erste interprofessionelle Lehrveranstaltung zum Rehabilitations- und Entlassmanagement für die daran beteiligten Berufsgruppen Physiotherapie, Gesundheits- und Krankenpflege und Medizin konnte erfolgreich pilotiert werden. Mit diesem Projekt werden deshalb wichtige Impulse für die Weiterentwicklung des berufsübergreifenden Austauschs, der Vermittlung rehabilitationsbezogener Kompetenzen sowie für die Beseitigung rehabilitationsbezogener Schnittstellenprobleme gesetzt. Aufgrund der hohen Zustimmung an dem interprofessionellen Modul und dem geäußerten Wunsch der Teilnehmenden, mehr Berufsgruppen mit einzubeziehen, ist es geplant, ein weiteres rehabilitationsbezogenes interprofessionelles Modul zu entwickeln, in das die Berufsgruppen Ergotherapie, Logopädie, Sozialarbeit und Psychologie mit eingebunden werden. Durch die Bereitstellung des interprofessionellen Moduls „Rehabilitations- und Entlassmanagement“ in das Reha-Wiki (Schmidt & Mau 2019), einer für Lehrpersonal auf dem Lehrgebiet der Rehabilitation zugänglichen und kostenfreien Datenbank für Dozierende, werden die

Materialien des Moduls einem breiten multiprofessionellen Nutzer*innenkreis zur Verfügung gestellt.

Literatur

- Körner, M.; Becker, S. (2017). Reha-Team und Interprofessionalität. In: Rehabilitation 56, S. 361–364. DOI: 10.1055/s-0043-121412.
- Mau, W.; Bengel, J.; Pfeifer, K. (2017). Rehabilitation in der Aus-, Fort- und Weiterbildung beteiligter Berufsgruppen. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz (60), S. 402–409.
- Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin. Version 2.0. Online verfügbar unter www.nklm.de, zuletzt geprüft am 25.10.2021.
- Robert Bosch Stiftung (2018). Gemeinsam besser werden für Patienten. Interprofessionelle Lehrkonzepte aus der Förderung der Robert Bosch Stiftung, 2018. Online verfügbar unter https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2018-08/OP-Team_Lehrkonzepte.pdf.
- Schmidt, S.; Mau, W. (2019). Entwicklung eines Reha-Wikis für rehabilitationsbezogene Lehrmaterialien mit Zuordnung zu kompetenzbasierten Lernzielen. In: Die Rehabilitation 58 (02), S. 128–135. DOI: 10.1055/a-0847-7344.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Dynamische Rehaforschung: Zum Umgang mit der Einführung des Teilhabestärkungsgesetzes während der Durchführung eines trägerübergreifenden Forschungsprojektes zur beruflichen Rehabilitation (Wabe-Net)

Franziska Kessemeier¹; Lena Staab¹; Rebekka Schlemmermeyer-Schoenfeld²; Christine Detsinyi²; Luisa Mertiny³; Katrin Renn³; Erik Farin-Glattacker¹

¹ Universitätsklinikum Freiburg, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg;

² Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz; ³ Deutsche Rentenversicherung Saarland

Hintergrund und Zielstellung

Das im Rahmen von rehapro geförderte Projekt „Überwindung der Arbeitslosigkeit durch vernetzte Bedarfsermittlung und Leistungserbringung – Ein kooperatives Verbundprojekt in Rheinland-Pfalz und im Saarland – Wabe-Net“ hat zum Ziel, durch eine trägerübergreifende Zusammenarbeit und eine Erweiterung des Leistungskatalogs der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) die Versorgung von arbeitslosen, chronisch erkrankten Menschen zu verbessern (Laufzeit 5 Jahre 1.1.2020 – 31.12.2024). Die Intervention soll die Zusammenarbeit der genannten Akteure verbessern und eine individualisierte Bedarfsorientierung und Leistungserbringung sichern. Die Innovation von Wabe-Net liegt insbesondere (1) im rechtskreisübergreifenden Datenaustausch der Leistungserbringer Deutsche Rentenversicherung (DRV), JobCenter (JC) und Bundesagentur für Arbeit (BA), (2) in der trägerübergreifenden Fallbesprechung und Erarbeitung eines Reintegrations-

vorschläge in Fallkonferenzen, (3) in der partizipativen Entscheidungsfindung mit den Versicherten und (4) in der Erweiterung des Leistungsportfolios der DRV um ausgewählte SGB II/III-Maßnahmen.

Im Januar 2022 tritt das Teilhabestärkungsgesetz (TSG) in Kraft, das sowohl inhaltlich als auch organisatorisch zahlreiche Gemeinsamkeiten mit Wabe-Net aufweist. Durch das TSG wird unter anderem geregelt, dass auch chronisch erkrankten Arbeitslosen ein Zugang zu LTA der JC und BA ermöglicht wird. Des Weiteren ist im TSG beschrieben, dass ein Informationsaustausch der Träger sowie eine trägerübergreifende Fallberatung stattfinden soll (BMAS, 2021).

Die Einführung des TSG bringt einige Herausforderungen mit sich, aufgrund derer die Projektabläufe in Wabe-Net angepasst werden müssen. Gleichzeitig können die im Projekt gesammelten Erfahrungen bei der Einführung und Umsetzung des TSG hilfreich sein.

Was ist, ausgehend von den Erfahrungen in Wabe-Net, aus Sicht verschiedener Stakeholder für die Umsetzung des TSG hilfreich? Lassen sich allgemeine Empfehlungen über den Umgang mit veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen ableiten, die mit den Zielen eines Reha-Forschungsprojektes interferieren?

Methoden

Im Juli/August 2021 wurden qualitative Interviews mit der Projektleitung der DRV Rheinland-Pfalz, der DRV Saarland und der kooperierenden JC geführt (n = 6). Die Dauer der Interviews betrug zwischen 35 und 60 Minuten.

Ergebnisse

Die Befragten stellten heraus, dass die Erfahrungen aus Wabe-Net auf mehreren Ebenen einen Beitrag zur Umsetzung des TSG liefern können. Besonders hilfreiche Erfahrungsbereiche seien, dass durch Wabe-Net (1) notwendige Voraussetzungen zur erfolgreichen Umsetzung der trägerübergreifenden Leistungserbringung identifiziert, (2) unerwartete organisatorische Herausforderungen festgestellt und geeignete Gegenmaßnahmen getroffen, (3) Bedarfe an Hilfsmitteln zur Verbesserung inhaltlicher Abläufe identifiziert und etabliert, sowie (4) erste Erfahrungen dazu gesammelt werden konnten, welche LTA für das neue Klientel voraussichtlich besonders relevant werden.

Als wichtigste notwendige Voraussetzung zum Gelingen der trägerübergreifenden Leistungserbringung wurden die persönlichen Fallkonferenzen benannt. Eine unerwartete organisatorische Herausforderung offenbarte sich bei der Einführung und technischen Etablierung eines gesicherten (verschlüsselten), trägerübergreifenden Kommunikationsweges. Im Laufe des Projektes stellte sich heraus, dass ein Erhebungsbogen zur systematischen Erfassung der wichtigsten Informationen für den Informationsaustausch sinnvoll ist. Ein solches Datenerhebungsblatt wurde durch die DRV Saarland in Kooperation mit dem JC im Regionalverband Saarbrücken entwickelt und als ‚Profilingbogen‘ im Projekt etabliert.

Diskussion und Fazit

Die Einführung des TSG stellt eine Herausforderung für die Durchführung des Projektes Wabe-Net dar. Gleichzeitig können die Erfahrungen von Wabe-Net einen wichtigen Beitrag

bei der Einführung und Umsetzung des TSG leisten. Die befragte Projektleitung stellte insbesondere heraus, dass der persönliche Austausch der Kooperationspartner (DRV/JC und BA) für eine passgenaue, bedarfsgerechte Maßnahmenplanung entscheidend sei und bei der Umsetzung des TSG beibehalten werden sollte. Aus den Erfahrungen in Wabe-Net können Schlussfolgerungen für eine „dynamische Reha-Forschung“ gezogen werden, die sich auf veränderte Kontextbedingungen einstellt. Dieser Aspekt kann gerade bei Projekten mit längerer Laufzeit von hoher Bedeutung sein.

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]

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, rehapro

Effekte von Entspannung und kognitiver Anstrengung auf das subjektive Befinden und die Reaktionszeit bei Personen mit Multipler Sklerose

*Sarah Stoll; Milena Gölz; Isabel Bauer; Verena Lunz; Miriam Metsch; Paulina Kath;
Jennifer Randerath
Universität Konstanz*

Hintergrund und Zielstellung

Personen mit Multipler Sklerose (PmMS) leiden häufig unter Fatigue, einem Gefühl extremer Erschöpfung, welches oft als eines der belastendsten Symptome bei MS beschrieben wird. Während Fatigue eine subjektive Empfindung ist, wird die objektiv messbare Erschöpfungsreaktion als Fatigability bezeichnet. Bezüglich des Zusammenhangs von Fatigue und Fatigability finden sich in der Literatur jedoch heterogene Befunde (Dettmer et al., 2021). In der vorliegenden Studie wird untersucht, inwiefern sich das subjektive Befinden und die objektiv messbare Reaktionszeitleistung bei PmMS durch eine kognitive Belastungs- und eine Entspannungsintervention verändern, sowie deren Zusammenhang analysiert.

Methoden

An der Studie nahmen 24 PmMS teil. Diese gaben mittels eines Fragebogens jeweils vor und nach einer halbstündigen Entspannungssitzung und einer kognitiv beanspruchenden 3-stündigen Belastungsintervention ihr aktuelles Befinden an. Außerdem wurde jeweils vor und nach den Interventionen die Reaktionsfähigkeit der Teilnehmenden mit Hilfe der Alertness-Testung der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP 2.3.1) gemessen.

Ergebnisse

Das Befinden, sowie die Reaktionszeiten der Teilnehmenden, veränderten sich nicht aufgrund der Entspannungsintervention. Dahingegen konnten in der vorliegenden Studie verlängerte Reaktionszeiten und ein reduziertes Befinden nach der kognitiven Belastungsintervention

gefunden werden. Obwohl sich sowohl die Reaktionszeiten wie auch das Befinden der gesamten Stichprobe verschlechterten, korrelierten die Maße nicht miteinander.

Diskussion und Fazit

In der aktuellen Studie wurde gefunden, dass kognitive Anstrengung bei PmMS zu einer Verschlechterung des subjektiven Befindens und auch zu objektiv messbaren Leistungseinbußen führen kann. Jedoch schienen die Teilnehmenden nicht im gleichen Maße subjektiv zu erschöpfen und langsamer zu werden. Dies deutet darauf hin, dass Fatigue und Fatigability separate Aspekte darstellen, die diagnostisch sowie therapeutisch getrennt betrachtet werden sollten.

Literatur

Dettmers, C.; Marchione, S.; Weimer-Jaekel, A.; Godde, B.; Joebges, M. (2021). Cognitive Fatigability, not Fatigue predicts employment status in patients with MS three months after Rehabilitation. *Mult Scler Relat Disord.* 2021 Aug 19;56:103215. doi: 10.1016/j.msard.2021.103215.

Effekte von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation auf die psychische Gesundheit

Hannah Gomolzig
BFW Leipzig

Hintergrund und Zielstellung

In der Literatur wird von einem wechselseitigen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit ausgegangen (Paul & Moser, 2009).

Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation wurden in bisherigen Studien hauptsächlich hinsichtlich der Integrationsquote untersucht, die psychische Stabilisierung als weiteres Ziel von RehaMaßnahmen wurde dagegen kaum überprüft. Dabei ist die Verbesserung der psychischen Gesundheit im Rehakontext in zweierlei Hinsicht von Bedeutung: Die Teilnehmer*innen sind von Erwerbslosigkeit betroffen, was mit erheblicher psychischer Belastung einhergeht (Paul & Moser, 2009). Außerdem gilt die psychische Gesundheit als wesentlicher Prädiktor für eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation (Cornelius et al., 2011) und somit als Ansatzpunkt, um den Teufelskreis aus Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung zu durchbrechen. Der Fokus der vorliegenden Arbeit wurde somit auf die Verbesserung der psychischen Gesundheit im Zusammenhang mit Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation gelegt. Auf Basis von Jahodas Deprivationsmodell (1981) und der Inkongruenzhypothese (Paul & Moser, 2006) wurde ein positiver Effekt von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation auf die psychische Gesundheit angenommen.

Methoden

Die Untersuchung der Fragestellung erfolgte durch ein Ein-Gruppen- Prä-Post Design mit zwei Messzeitpunkten. Die Stichprobe (n = 37) bestand aus Teilnehmer*innen der BTZ Leipzig und Chemnitz. Der Untersuchungszeitraum lag zwischen August 2020 und Februar

2021. Die Prä-Messung (t1) erfolgte in Woche eins der jeweiligen Maßnahme; die Post-Messung (t2) erfolgte fünf Monate später. Das Konstrukt Psychische Gesundheit wurde dabei anhand eines mehrdimensionalen und salutogenetischen Rahmenmodells mittels der Indikatoren psychische Belastung, subjektives Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl konzeptualisiert und durch online- Fragebögen erhoben.

Ergebnisse

In der vorliegenden Arbeit wurde angenommen, dass die psychische Gesundheit der Teilnehmer*innen fünf Monate nach Beginn der Maßnahme höher ausgeprägt ist als in Woche eins der Maßnahme. Eine rmMANOVA ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Zeitpunkten für die kombinierten abhängigen Variablen, $F(4, 33) = 2.88$, $p = .038$, Wilk's $\Lambda = .741$, partial $\eta^2 = .259$. Beim Betrachten der einzelnen Indikatoren psychischer Gesundheit (vgl. Tab. 1) zeigte sich, dass die Selbstwirksamkeit und das Selbstwertgefühl zu t2 signifikant höher ausgeprägt waren als zu t1. Die psychische Belastung und das subjektive Wohlbefinden veränderten sich nicht signifikant im Verlauf der Maßnahmen. Die Hypothese konnte somit partiell bestätigt werden.

Tab. 1: Ergebnisse

Ergebnisse der univariaten ANOVAS

Skala	T ₁		T ₂		F	p
	M	SD	M	SD		
subjektives Wohlbefinden	2.61	1.25	2.34	1.19	1.33	.257
psychische Belastung	1.11	.48	1.03	.55	.59	.446
Selbstwirksamkeit	2.34	.35	2.57	.56	4.68	.037
Selbstwertgefühl	2.53	.62	2.76	.66	5.12	.029

Anmerkungen. n = 37.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung geben Hinweise auf das Potential von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation, einzelne Indikatoren psychischer Gesundheit zu verbessern. So waren Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit der Teilnehmer*innen zum Ende der Maßnahmen höher ausgeprägt als zu Beginn der Maßnahmen.

Die Ergebnisse stützen Vermutungen in Bezug auf Jahodas Deprivationsmodell (1981). So scheinen Rehamaßnahmen Aspekte der postulierten latenten Funktionen zu erfüllen, die durch Arbeitslosigkeit wegfallen und wesentlich für die Erfüllung psychischer Bedürfnisse sind, wie z.B. der Aufbau sozialer Beziehung oder die Aufwertung des subjektiven sozialen Status.

Eine Veränderung des subjektiven Wohlbefindens und der psychischen Belastung zwischen den beiden Messzeitpunkten konnte dagegen in der vorliegenden Arbeit nicht gezeigt werden. Ein Ziel von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation ist die Stabilisierung psychischer Gesundheit, was jedoch nicht die Heilung psychischer Erkrankungen mit maximaler

Symptomreduktion impliziert (Jäckel et al., 2010). Somit sollte die Erwartung an den Effekt der Maßnahmen auf die affektiven Komponenten psychischer Gesundheit relativiert werden. Außerdem ist anzumerken, dass die zweite Erhebung zum Zeitpunkt des pandemiebedingten Lockdowns stattgefunden hatte. Somit waren einige der latenten Funktionen von Arbeit (Jahoda, 1981), wie die geregelte Tagesstruktur oder die regelmäßige Aktivität am externen Lernort vermutlich nicht so zugänglich wie während des Präsenzbetriebs. Somit könnten eventuelle positive Veränderungen der affektiven Outcomevariablen während des Präsenzbetriebs durch die Verlagerung des Lernorts zunichte gemacht worden sein. Weiterführende Studien sollten ein randomisiertes kontrolliertes Design wählen, um die Effekte kausal auf die Maßnahmen zurückführen zu können.

Literatur

- Cornelius, L. R., van der Klink, J. J. L., Groothoff, J. W. & Brouwer, S. (2011). Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(2), 259–274.
- Jäckel, D., Hoffmann, H. & Weig, W. (2010). *Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Jahoda, M. (1981): Work, employment, and unemployment: values, theories, and approaches in social research, in: *American Psychologist* 36 (2), S. 184 – 191
- Paul, K. I & Moser, K. (2006) Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment: Meta-analytic evidence. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79, 595–621.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264–282.

Effektivität eines digitalen COPD-Schulungsprogramms bezüglich des Wissenszuwachses zum COPD-Selbstmanagement

Konstantin Helfferich¹; Konrad Schultz²; Antonius Schneider¹

Technische Universität München; ² Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation Pneumologie und Orthopädie der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd

Hintergrund und Zielstellung

Trotz des nachgewiesenen Nutzens von Patientenschulungen nehmen viele Patienten mit COPD nicht an Schulungsprogrammen teil. Online-Schulungen könnten möglicherweise dazu beitragen, die Teilnahmeraten zu erhöhen und bieten sich auch in der Rehabilitation als ergänzende digitale Schulungsprogramme und zur Nachsorge an.

Ziel dieser Pilotstudie war es, ein neu entwickeltes online abrufbares digitales Schulungsprogramm für Patienten mit COPD einer ersten Evaluation zu unterziehen und die Effektivität des Schulungsprogramms bezüglich des Wissenszuwachses zum COPD-Selbstmanagement zu untersuchen.

Methoden

Es wurde eine nicht-kontrollierte, monozentrische Pilotstudie in einer Lungenrehabilitationsklinik (DRKS00024956) durchgeführt. Der Wissenszuwachs wurde mit Hilfe des Bristol COPD Knowledge Questionnaire (BCKQ, 65 Items) überprüft. Der BCKQ wurde bei Aufnahme in die Studie, nach Abschluss des digitalen COPD-Schulungsprogramms (dCSP) und nach der Teilnahme am obligatorischen präsenzbasierten Schulungsprogramm (pCSP) ausgefüllt. Zusätzlich wurden die Patienten mittels Fragebögen und strukturierten Interviews hinsichtlich der Benutzerfreundlichkeit, Inhalte, Stärken und Schwächen des digitalen Schulungsprogramms befragt. Der BCKQ-Unterschied wurde mit dem Wilcoxon-Vorzeichentest berechnet.

Ergebnisse

Unter den Patienten (n=50) stieg die Anzahl der richtigen Antworten im BCKQ von 34,72 (Standardabweichung 9,058) zu Beginn auf 43,92 (SD 6,515) nach Abschluss des dCSP ($p < 0,001$) und zusätzlich weiter auf 46,42 (SD 6,386) nach Abschluss des pCSP ($p = 0,001$). Das digitale Schulungsprogramm wurde vom Großteil der Patienten positiv evaluiert.

Diskussion und Fazit

Ein digitales COPD-Schulungsprogramm könnte hilfreich sein, um Wissensdefizite bei Patienten mit COPD auszugleichen. Im Rahmen der Rehabilitation könnte das Programm ergänzend zur Präsenzschiung und als Angebot der Reha-Nachsorge genutzt werden.

Literatur

-

Einsatz von künstlicher Intelligenz zur Effizienzsteigerung bei der Funktionsdiagnostik in der Kinderrehabilitation

Ibrahim Duran
UniReha GmbH

Hintergrund und Zielstellung

To create a reduced version of the 66-item Gross Motor Function Measure (rGMFM-66) using innovative artificial intelligence methods to improve efficiency of administration of the GMFM-66.

Methoden

This study was undertaken using information from an existing data set of children with cerebral palsy participating in a rehabilitation programme. Different self-learning approaches (random forest, support vector machine [SVM], and artificial neural network) were evaluated to estimate the GMFM-66 score with the fewest possible test items. Test agreements were evaluated (among other statistics) by intraclass correlation coefficients (ICCs).

Ergebnisse

Overall, 1217 GMFM-66 assessments (509 females, mean age 8y 10mo [SD 3y 9mo]) at a single time and 187 GMFM-66 assessments and reassessments (80 females, mean age 8y 5mo [SD 3y 10mo]) after 1 year were evaluated. The model with SVM predicted the GMFM-66 scores most accurately. The ICCs of the rGMFM-66 and the full GMFM-66 were 0.997 (95% confidence interval [CI] 0.996–0.997) at a single time and 0.993 (95% CI 0.993–0.995) for the evaluation of the change over time.

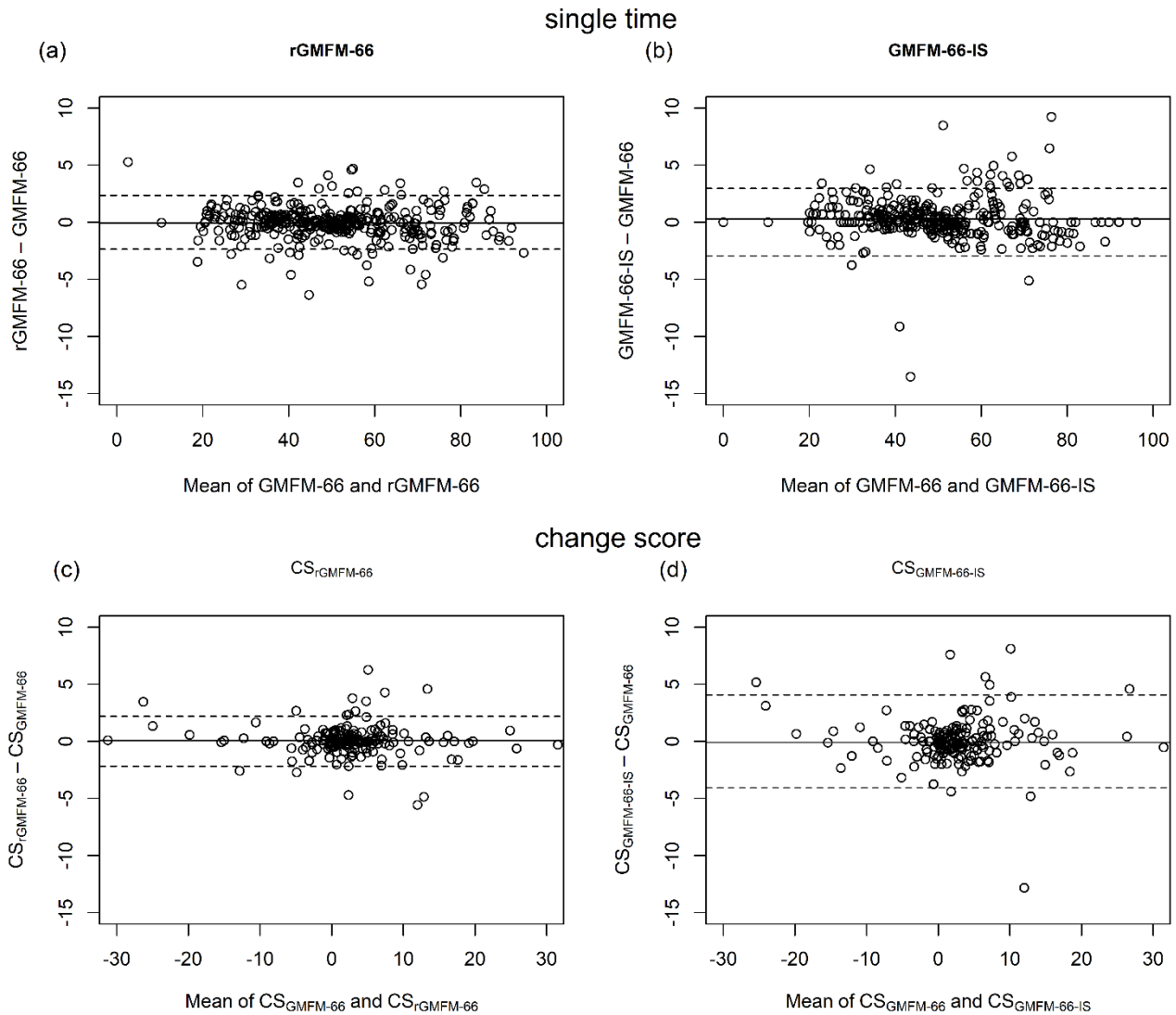


Abb. 1: GMFM-66 assessments at a single time and GMFM-66 assessments and reassessments after 1 year were evaluated

Diskussion und Fazit

The study shows that the efficiency of the full GMFM-66 assessment can be increased by using machine learning (self-learning algorithms). The presented rGMFM-66 score showed an excellent agreement with the full GMFM-66 score when applied to a single assessment and when evaluating the change over time.

Literatur

Duran I, Stark C, Saglam A, Semmelweis A, Lioba Wunram H, Spiess K, Schoenau E. Artificial intelligence to improve efficiency of administration of gross motor function assessment in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2021 Aug 13. doi: 10.1111/dmcn.15010

Entwicklung einer Forschungsagenda für die Reha-Forschung in der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt

Doreen Stöhr; Daniel Graf; Martin Matzka; Martin Skoumal; David Felder
Pensionsversicherungsanstalt

Hintergrund und Zielstellung

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

Zur evidenzbasierten (Weiter-)Entwicklung der eigenen Angebote wurde im Zuge einer Organisationsreform 2020 eine interne Forschungsabteilung gegründet. Dabei liegt der Fokus auch auf dem Transfer der Erkenntnisse in die Praxis und die scientific community. Im Rahmen einer initialen Standortbestimmung wird derzeit eine organisationsspezifische Forschungsagenda systematisch erarbeitet.

Methoden

Zur Entwicklung der Forschungsagenda wurde ein sequentielles, iteratives Forschungsdesign mit qualitativen und quantitativen Anteilen gewählt. Teilstrukturierte, leitfadengestützte Expert*inneninterviews wurden durchgeführt. Mittels theoretical sampling (Glaser & Strauss, 1998) und einem Schneeballverfahren (Chaim, 2008) wurden Vertreter*innen unterschiedlicher Stakeholdergruppen identifiziert. Hierzu zählen internationale und österreichische Expert*innen aus Wissenschaft und Forschung mit Rehabilitationsbezug, Kooperationspartner*innen, sowie Vertreter*innen der Rehabilitationseinrichtungen der PVA, als auch Entscheidungsträger*innen der PVA. Insgesamt wurden 50 Interviewpartner*innen zu den Themengebieten (1) Inhalte, (2) Rahmenbedingungen und (3) Vernetzung befragt.

Derzeit werden die transkribierten Gesprächsinhalte im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser & Laudel (2010) extrahiert und ausgewertet. Mittels ersten literaturbasierten, theoretischen Vorüberlegungen wird vorab das Kategoriensystem definiert und die relevanten Inhalte werden diesem zugeordnet. Je nach Erfordernissen wird das Kategoriensystem im Zuge der Auswertung adaptiert und ergänzt.

Auf Grundlage eines Scoping Reviews (Munn et al., 2018) zu internationalen Forschungsschwerpunkten und Forschungsagenden im Kontext der Rehabilitation werden potentiell nicht berücksichtigte Inhalte identifiziert und ergänzt. Zur Einschätzung der Relevanz der auf diesem Wege synthetisierten Themenfelder wird schließlich eine Delphi-Befragung (Ammon, 2009) mit Interviewpartner*innen und Rehabilitationswissenschaftlern durchgeführt.

Ergebnisse

Der momentane Auswertungsstand spricht dafür, dass mit dem beschriebenen multiperspektivischen Vorgehen thematisch breit gefächerte Themen für die Rehabilitationsforschung generiert und in die Erarbeitung einer anwendungsorientierten Forschungsagenda einbezogen werden können. Mit dieser wird es möglich, Forschung an vorhandenen Bedarfen auszurichten und Evidenz zu innovativen und zukunftsorientierten Themen zu generieren.

Diskussion und Fazit

Die systematische Erarbeitung relevanter Handlungsfelder unter Einbezug möglichst vieler Stakeholder fördert Akzeptanz und eröffnet ein breites Spektrum an Forschungsperspektiven. Eine darauf aufbauende Strukturierung von Forschungsaktivitäten unterstützt einen effizienten Umgang mit begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen und fördert einen optimalen Erkenntnisgewinn sowie anwendungsorientierten Nutzen.

Literatur

- Ammon, U. (2009). Delphi-Befragung. In Handbuch Methoden der Organisationsforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 458-476. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91570-8_22
- Chaim Noy (2008). Sampling Knowledge: The Hermeneutics of Snowball Sampling in Qualitative Research. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(4), 327-344. <https://doi.org/10.1080/13645570701401305>
- Glaser, B. & Anselm Strauss (1998). Theoretisches Sampling. In: *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Hogrefe, S. 53-84.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Auflage). Springer-Verlag.
- Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*, 18(1), 1-7.

Entwicklung einer Handreichung zur Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung in der Rehabilitation

Tuğba Aksakal¹; Yüce Yılmaz-Aslan^{1,2}; Maria Mader¹; Fabian Erdsiek¹; Dennis Padberg¹; Oliver Razum¹; Patrick Brzoska¹

¹ Universität Witten / Herdecke; ² Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Unsere Bevölkerung ist heterogen. Merkmale wie der kulturelle Hintergrund, das Alter, der sozioökonomische Status, die Bildung und weitere Eigenschaften gehen auch in der Gesundheitsversorgung, einschließlich der Rehabilitation, mit einer Vielzahl von Versorgungserwartungen einher. Die unzureichende Berücksichtigung dieser Vielfalt kann negative Folgen auf Versorgungsergebnissen, einschließlich der Versorgungszufriedenheit, haben (Brzoska & Razum, 2017). Für eine adäquate Berücksichtigung von vielfältigen

Versorgungsbedürfnissen ist es notwendig, die Rehabilitation diversitätssensibel zu gestalten. Das gilt jedoch nicht nur im Hinblick auf die Diversität von Patient*innen. Auch die Diversität der Belegschaft birgt Chancen und Herausforderungen, die beachtet werden müssen, um die Zufriedenheit der Mitarbeitenden sicherzustellen und effiziente Versorgungsprozesse zu gewährleisten (Trummer, 2013). Einrichtungsleitungen und Mitarbeitenden ist die Notwendigkeit einer diversitätssensiblen Versorgung durchaus bewusst, entsprechende Maßnahmen kommen allerdings selten und nur unsystematisch zum Einsatz. Das liegt auch daran, dass praxisnahe Hinweise fehlen, wie dies geschehen kann (Brzoska et al., 2017). Ziel des Projekts DiversityKAT war die Entwicklung einer Handreichung, bestehend aus einem Instrumentenkatalog und einem Handlungsleitfaden, die Rehabilitationseinrichtungen bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung unterstützen kann.

Methoden

Die Studie nutzte einen Mixed-Methods-Ansatz. Mittels eines Scoping Reviews wurden geeignete Instrumente zusammengestellt, die zur Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung herangezogen werden können. Eine bundesweite postalische Befragung von Rehabilitationseinrichtungen (n=233) diente der Erhebung des aktuellen Stands beim Einsatz diversitätssensibler Maßnahmen und zur Erfassung des Unterstützungsbedarfs bei der Implementierung solcher Maßnahmen. Anschließend wurde ein Entwurf der Handreichung mittels 7 Fokusgruppendifkussionen mit Gesundheitspersonal (n=44) und einem Diskussionszirkel bestehend aus n=5 Vertreter*innen von Rehabilitationsträgern konsentiert.

Ergebnisse

Im Instrumentenkatalog werden diversitätssensible Instrumente, u.a. Anleitungen, Fragebögen, Checklisten und Konzepte, vorgestellt, die im Versorgungsalltag der Vielfalt von Bedürfnissen und Erwartungen Rechnung tragen können. Der Handlungsleitfaden ist eine praxisorientierte Hilfestellung für Gesundheitspersonal, die bei der Auswahl und der Umsetzung geeigneter Instrumente in Form einer Schritt-für-Schritt-Anleitung unterstützen kann. Fallbeispiele veranschaulichen den Einsatz exemplarischer Instrumente in konkreten Situationen. Eine Auswahltable dient zur schnellen Orientierung und der Vorauswahl geeigneter Instrumente.

Diskussion und Fazit

Die Handreichung zur Umsetzung diversitätssensibler Versorgung kann durch niedrigschwellige und praxisorientierte Hinweise die Nutzerorientierung in der Rehabilitation erhöhen, muss allerdings im Rahmen weiterer Evaluationsstudien geprüft werden.

Literatur

- Brzoska, P.; Razum, O. (2017). Herausforderungen einer diversitätssensiblen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation. In: Die Rehabilitation 56 (5), S. 299–304. DOI: 10.1055/s-0043-100014.
- Brzoska, P.; Yilmaz-Aslan, Y.; Aksakal, T.; Razum, O.; Deck, R.; Langbrandtner, J. (2017). Migrationssensible Versorgungsstrategien in der orthopädischen Rehabilitation: Eine postalische Befragung in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 60 (8), S. 841–848. DOI: 10.1007/s00103-017-2572-3.

Trummer, U. (2013). Diversität am Arbeitsplatz Krankenhaus: Hemmschuh und Chance. In: Ricarda B. Bouncken, Mario A. Pfannstiel und Andreas J. Reuschl (Hg.): Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 327–343.

Entwicklung einer webbasierten Intervention zur Aktivitätsförderung bei Patient:innen mit Typ-2 Diabetes mellitus und Koronarer Herzkrankheit

Claas Lendt; Angeli Gawlik; Chloé Chermette; Bianca Biallas; Jens Kleinert

Deutsche Sporthochschule Köln

Hintergrund und Zielstellung

Körperliche Aktivität kann als ein wesentlicher Bestandteil der Basistherapie bei Typ-2 Diabetes mellitus (T2DM) und Koronarer Herzkrankheit (KHK) einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Prävention von Begleiterkrankungen nehmen. Digitale Interventionen können Patient:innen bei der Steigerung der körperlichen Aktivität unterstützen und somit einen Beitrag zu einer erfolgreichen Behandlung leisten. Der Erfolg digitaler Interventionen scheint abhängig von einer verhaltenstheoretischen Grundlage sowie einem nutzerorientierten, iterativen Entwicklungsprozess (Yardley et al., 2015). Im Rahmen des Projektes Personalisiertes Selbstmanagement-Unterstützungsprogramm (P-SUP; Konecny et al., 2021) ist eine digitale Intervention zur Steigerung der körperlichen Aktivität für Personen mit T2DM und KHK konzipiert worden und befindet sich aktuell in der Erprobung.

Methoden

Die digitale Intervention wurde unter Einbezug des IDEAS-Frameworks (Mumma et al., 2016) entwickelt. Die verhaltenstheoretische Grundlage der Intervention bildet das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (HAPA) (Schwarzer, 2004). In einem interdisziplinären Workshop wurden Barrieren sowie Bedarfe der Zielgruppe identifiziert und unter Verwendung von Personas festgehalten. Unter Berücksichtigung des HAPA-Modells wurden relevante Verhaltensänderungstechniken identifiziert und den Phasen des HAPA zugeordnet. In einem iterativen Prozess wurden die Verhaltensänderungstechniken digital in Modulen umgesetzt. Potenzielle Nutzende interagierten mit den Modulen im Rahmen von szenariobasierten Nutzertestungen im Labor. Ein Mixed-Method-Design ermöglichte die Überprüfung der Gebrauchstauglichkeit und Analyse der Interaktion mit der digitalen Intervention.

Ergebnisse

Die entwickelte Intervention besteht aus zwölf eigenständigen Modulen, welche in linearer Reihenfolge von den Nutzenden absolviert werden. Die Reihenfolge orientiert sich dabei an den Phasen des HAPA. Die Module kombinieren Wissensvermittlung, interaktive Aufgaben sowie Übungen zur Selbstreflexion und -diagnostik. Alle Module sind über das Web-Portal von P-SUP abrufbar. Die Nutzenden werden im wöchentlichen Rhythmus per E-Mail über das jeweils neue Modul informiert und an die Teilnahme erinnert. Die Nutzertestungen bestätigten die Gebrauchstauglichkeit der Module und ermöglichten weitere Verbesserungen basierend

auf den Rückmeldungen. Die Nutzenden bewerteten die Interaktion als positiv (Reck et al., 2021).

Diskussion und Fazit

Die theoriegeleitete Vorgehensweise in Kombination mit einem nutzerorientierten Entwicklungsprozess verspricht einen positiven Effekt auf die körperliche Aktivität der Nutzenden. Diesen Effekt gilt es in einer Interventionsstudie zu überprüfen. Der Einbezug der Zielgruppe in alle Entwicklungsschritte konnte aufgrund technischer und organisatorischer Rahmenbedingungen nicht konsequent umgesetzt werden. Eine Weiterentwicklung der Intervention auf technischer und inhaltlicher Ebene unter Einbezug weiterer nutzernahe Untersuchungen ist geplant und notwendig.

Literatur

- Konerding, U., Redaelli, M., Ackermann, K., Altin, S., Appelbaum, S., Biallas, B. et al. (2021). A pragmatic randomised controlled trial referring to a Personalised Self-management SUPport Programme (P-SUP) for persons enrolled in a disease management programme for type 2 diabetes mellitus and/or for coronary heart disease. *Trials*, 22(1), 659. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05636-4>
- Mummah, S. A., Robinson, T. N., King, A. C., Gardner, C. D. & Sutton, S. (2016). IDEAS (Integrate, Design, Assess, and Share): A Framework and Toolkit of Strategies for the Development of More Effective Digital Interventions to Change Health Behavior. *Journal of Medical Internet Research*, 18(12), e317. <https://doi.org/10.2196/jmir.5927>
- Reck, C., Lendt, C. & Biallas, B. (2021). User Engagement and Usability of a Digital Behavior Change Intervention to Promote Physical Activity in Older Patients with Type-2 Diabetes and Coronary Heart Disease. In Book of Abstracts. 26th Annual Congress of the European College of Sport Science (S. 286).
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3., überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Yardley, L., Morrison, L., Bradbury, K. & Muller, I. (2015). The person-based approach to intervention development: application to digital health-related behavior change interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 17(1), e30. <https://doi.org/10.2196/jmir.4055>

Förderung: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Entwicklung eines standardisierten Assessments zur videorasterstereographischen Erfassung der Haltungskorrekturfähigkeit im Sinne der Symmetrie bei Skoliose

Janina Schubkegel¹; Ulrich Betz¹; Jürgen Konradi¹; Claudia Wolf¹; Christian Hülstrunk²;
Omar Zabar²; Philipp Drees¹

¹ Johannes Gutenberg-Universität Mainz;

² Asklepios Katharina-Schroth-Klinik Bad Sobernheim

Hintergrund und Zielstellung

Die adoleszente idiopathische Skoliose (AIS) zählt mit einer Prävalenz von 0,47 bis 5,2 % (Konieczny et al., 2013) zu den häufigsten Wirbelsäulendeformitäten in der Adoleszenz. Als Skoliose wird eine dreidimensionale Achsabweichung der Wirbelsäule mit strukturellen Veränderungen der Wirbelkörpern bei einem Krümmungswinkel nach Cobb von mindestens 10° bezeichnet (Simons et al., 2019). Die Videorasterstereographie (VRS) wurde als ergänzende Möglichkeit zur Röntgenuntersuchung zur strahlungsfreien Verlaufskontrolle entwickelt (Drerup & Hierholzer, 1994). Die Anwendung dieses bildgebenden Verfahrens im Klinikalltag hat gezeigt, dass uneinheitliche Instruktionen zur Positionierung es bisher trotz guter Reliabilität und Validität der Methode (Krott et al., 2020) nicht erlauben, zuverlässige Rückschlüsse auf Handlungsveränderungen bei Patientinnen und Patienten mit AIS zu ziehen. Dies verdeutlicht eine Gegenüberstellung von zwei VRS-Messungen im Abstand von zwei Minuten am gleichen Messtag in Abb. 1. Vorrangiges Ziel des Forschungsprojektes ist es , ein standardisiertes Verfahren zur Messung der Haltungskorrekturfähigkeit im Verlauf der konservativen Skoliose-therapie zu entwickeln und anzuwenden.



Abb. 1: Eine Gegenüberstellung von zwei VRS-Messungen im Abstand von zwei Minuten am gleichen Messtag.

Methoden

Im Rekrutierungszeitraum von April bis Juli 2021 konnten 89 Studienteilnehmende zwischen 10 und 18 Jahren mit AIS sowie geplantem stationären Rehabilitationsaufenthalt über mindestens drei Wochen in der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik Bad Sobernheim eingeschlossen werden. Insgesamt absolvierten alle Teilnehmenden vier videorasterstereographische Messungen mit dem DIERS formetric III 4D (DIERS GmbH, Schlangenbad, Deutschland) an zwei Terminen im Abstand von 14 Tagen (± 3 Tage) während ihres Klinikaufenthaltes. Dabei erfolgte die erste Messung des jeweiligen Termins in

habituelle Haltung (H) ohne genormte Anweisung zur Positionierung. Bei der darauffolgenden zweiten Messung erhielten die Teilnehmenden Instruktionen zur Einnahme einer standardisierten Korrekturhaltung (SK). Die statistische Auswertung erfolgte mittels eines einseitigen verbundenen t-Tests. Der primäre Endpunkt dieser prospektiven Längsschnittstudie ist die Reduktion der mit dem DIERS formetric III 4D gemessenen Seitabweichung der Wirbelsäulenmittellinie oder Symmetrielinie von der Verbindung zwischen zwei definierten anatomischen Fixpunkten in Millimetern sowie der Oberflächenrotation in Grad. Als Haltungskorrektur wurde eine Differenz des jeweiligen VRS-Parameters zwischen standardisierter Korrekturhaltung und habitueller Haltung, die kleiner als Null ist, bezeichnet. Alle drei Messvariablen wurden vom System als quadratisches Mittel (RMS) ausgegeben.

Ergebnisse

Das mittlere Alter des untersuchten Kollektivs lag bei 14,29 Jahren und umfasste eine Spanne von 10 bis 18 Jahren. Die Geschlechterverteilung ergab mit 65 (85,5%) weiblichen und 11 (14,5%) männlichen Teilnehmenden ein Verhältnis von 5,9:1. Bei Betrachtung der „Seitabweichung VP-DM (RMS)“ als Standardparameter in videorasterstereographischen Messungen zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Symmetrie um -8,19 % ($p = 0,011$) bzw. -0,97 mm zwischen der habituellen Haltung (H1) und der standardisierten Korrekturhaltung (SK1) am ersten Messtermin. Die Haltungen H2 zu SK2 am zweiten Messtermin wiesen eine prozentuale Verbesserung von -4,56 % (-0,54 mm) auf, dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant ($p = 0,110$). Auch bei der „Seitabweichung Symmetrielinie (RMS)“ lag eine signifikante Verbesserung der Symmetrie um -19,02 % (-1,13 mm, $p = 0,001$) zwischen der habituellen Haltung und der standardisierten Korrekturhaltung am ersten Messtermin vor. Der Unterschied der Haltungen H2 zu SK2 am zweiten Messtermin wies eine prozentuale Verbesserung von -21,47 % (-1,26 mm) auf, dieser war mit einem p-Wert von $< 0,001$ ebenfalls signifikant. Der Parameter „Oberflächenrotation (RMS)“ zeigte keine signifikanten Differenzen der Mittelwerte aus den unterschiedlichen Haltungen.

Diskussion und Fazit

Die überwiegend signifikanten Unterschiede der Mittelwerte zwischen den Haltungen H und SK zeigen, dass eine aktiv durchgeführte Haltungskorrektur auf Grundlage von zwei der drei verwendeten Parameter objektiviert werden konnte. Die Variablen „Seitabweichung VP-DM (RMS)“ sowie „Seitabweichung Symmetrielinie (RMS)“ eignen sich besonders zur Differenzierung der eingenommenen Haltungen, wobei Letztere bei insgesamt geringerer Streuung sensibler auf Handlungsveränderungen reagierte. Insbesondere AIS-Betroffene mit mittelschwerer oder schwerer Skoliose profitieren vom Einsatz der standardisierten Korrekturhaltung, da diese eine zuvor maskierte Veränderung durch die nicht-standardisierte habituelle Haltung sichtbar machen kann. Zur genaueren Erfassung der Haltungskorrekturfähigkeit sollte zukünftig auch die habituelle Haltung standardisiert werden. Darauf wurde in dieser Studie verzichtet, um das klinische Setting der vorhergehenden Messungen und damit die zugrundeliegende Problematik bestmöglich zu simulieren. Zusammenfassend stellt die Evaluation der Haltung bei AIS-Betroffenen anhand der Haltungskorrekturfähigkeit sowie die Anwendung einer standardisierten Korrekturhaltung in der VRS eine sinnvolle Ergänzung zur Röntgenverlaufsdagnostik dar.

Literatur

- Drerup, B., Hierholzer, E. (1994). Back shape measurement using video rasterstereography and three-dimensional reconstruction of spinal shape. *Clinical Biomechanics*, 9, 28-36.
- Konieczny, M. R., Senyurt, H. & Krauspe, R. (2013). Epidemiology of adolescent idiopathic scoliosis. *Journal of Children's Orthopaedics*, 7, 3-9.
- Krott, N. L., Wild, M., Betsch, M. (2020). Meta-analysis of the validity and reliability of rasterstereographic measurements of spinal posture. *European Spine Journal*, 1-10.
- Simons, M. R., Siewe, J., Scheyerer, M. J. (2019). Skoliosen. In: Stein, G. M., Eysel, P. & Scheyerer, M. J. (eds.) *Expertise Orthopädie und Unfallchirurgie Wirbelsäule*. 1. Auflage ed.: Georg Thieme Verlag, 284-297.

Entwicklung und Bewertung der Website Onko-Vital für die onkologische Reha-Nachsorge

Heike Kähnert¹; Birgit Leibbrand²

¹ Institut für Rehabilitationsforschung Norderney;

² Salzetalklinik der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

Hintergrund und Zielstellung

Um Reha-Erfolge langfristig zu erhalten, sind Nachsorgemaßnahmen unverzichtbar. Mit der zunehmenden Nutzung von eHealth-Angeboten eröffnen sich hierbei neue Möglichkeiten, Patienten durch eine webbasierte Reha-Nachsorge weitestgehend orts- und zeitunabhängig zu unterstützen. Vorteile liegen zudem in einer zeitnahen Fortsetzung der erlernten Reha-Inhalte, einer kontinuierlichen Überprüfung von Zielvereinbarungen sowie der Wegfall von Wartezeiten auf einen Nachsorgeplatz (Baumeister et al., 2017). Ziel der Studie ist die Entwicklung und Überprüfung der Website Onko-Vital für die patientenorientierte onkologische Reha-Nachsorge. Mithilfe von Onko-Vital sollen Patienten unterstützt werden, ihre Nachsorgeziele langfristig umzusetzen, um ihre Teilhabe im Alltag und Arbeitsleben zu verbessern.

Methoden

Für die Website-Entwicklung wurden onkologische Rehabilitanden über Fragebögen (n=130) und Gruppeninterviews (n=4) zu der Ausgestaltung und den Inhalten einer webbasierten Reha-Nachsorge befragt. Nach der Entwicklungsphase wurden die Onko-Vital Website und die Schulung in einer Pilotphase von onkologischen Rehabilitanden (n=50) einer Überprüfung unterzogen. Die Bewertung der Schulung und Website erfolgte per Fragebogen, wobei u.a. der VisAWI-S und der Perceived Website Usability zur Messung der visuellen Ästhetik resp. zur Nutzerzufriedenheit (Thielsch & Salaschek, 2017) eingesetzt wurde. Insgesamt wurden die Fragebögen deskriptiv und die Interviews inhaltsanalytisch (Mayring, 2015) ausgewertet.

Ergebnisse

Nach Aussagen der Befragten soll eine webbasierte Reha-Nachsorge beispielsweise Informationen, Übungen und Tipps zu den therapiebedingten Nebenwirkungen (Zustimmung: 83%), zur Ernährung (90%), zur körperlichen Aktivität (80%) und zur mentalen Gesundheit

(66%) aufweisen. Zudem soll ein Forum (42%), eine Online-Beratung (35%) und die Möglichkeit, Nachsorgeziele zu protokollieren (54%) Bestandteil sein. Während der Rehabilitation soll eine Schulung zum Website-Gebrauch (78%) angeboten werden. Ergänzend wies die qualitative Auswertung Aspekte zur nutzerfreundlichen Bedienung und Übersichtlichkeit der Website, Aktualität, Medienvielfalt (Bilder, Audiodateien und Videos), eine verständliche Sprache, Hinweise auf Beratungs- und Sportangebote am Wohnort, eine Sammlung verlässlicher Literaturquellen und Links sowie zum Datenschutz auf.

Von den 50 Teilnehmenden der Pilotphase wiesen 44% eine Brustkrebserkrankung und jeweils 28% einen gynäkologischen Tumor bzw. eine Leukämie-/Lymphom-Erkrankung auf. Entsprechend waren 86% weiblichen Geschlechts und im Durchschnitt $57,6 \pm 9,6$ Jahre alt. Die Teilnehmenden erhielten in der zweiten Reha-Woche eine zweistufige Onko-Vital Schulung sowie die Zugangsdaten zur Website Onko-Vital, die sie in der letzten Reha-Woche auf einem Smartphone oder Tablet nutzen konnten. Die Schulung wurde von 94% der Teilnehmenden mit (sehr) gut und von 96% als praxisnah bewertet und 94% fühlten Sie sich nach der Schulung über den Umgang mit der Website Onko-Vital (sehr) gut vorbereitet.

Am Ende der Rehabilitation wird die Website als vielseitig (86%), professionell (86%) und ansprechend gestaltet (92%) bewertet. Die Bedienung von Onko-Vital ist leicht zu verstehen (78%), sodass gesuchte Informationen problemlos zu finden sind (72%). 94% der Teilnehmenden wollen die Website zuhause weiter nutzen. Auf den 7-stufigen Bewertungsskalen beträgt der mittlere Wert zur visuellen Ästhetik $6,2 \pm 0,7$ Skalenpunkte und zur Nutzerzufriedenheit $6,0 \pm 0,9$ Skalenpunkte, was auf eine „überdurchschnittliche“ Website-Bewertung hinweist (Thielsch und Salaschek, 2017: S. 34 & 42). Die Website Onko-Vital erhält auf der Schulnotenskala die Gesamtnote von $1,6 \pm 0,5$.

Diskussion und Fazit

Die Entwicklung der Website Onko-Vital für die patientenorientierte Reha-Nachsorge konnte erfolgreich abgeschlossen werden. Die Schulung sowie die Website Onko-Vital werden von den Teilnehmenden akzeptiert, überaus positiv bewertet und stellt für die überwiegende Mehrheit eine hilfreiche webbasierte Reha-Nachsorge dar. Zurzeit wird eine RCT-Studie durchgeführt, um die Auswirkungen von Onko-Vital bis zu 12 Monate nach Abschluss der Rehabilitation zu überprüfen.

Literatur

- Baumeister H, Lin J, Ebert DD. (2017). Internet- und mobilebasierte Ansätze. Psychosoziale Diagnostik und Behandlung in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 60: 436–444.
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12. überarb. Aufl.). Weinheim u.a.: Beltz.
- Thielsch, M. T. (unter Mitarbeit von Salaschek, M.) (2017). Toolbox zur kontinuierlichen Website-Evaluation und Qualitätssicherung (Version 2.1). Arbeitsbericht, Köln: BZgA.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V., Norderney

Entwicklung von smarten Textilien zur Therapie von Schlaganfallpatient*innen – TheraTex

Julia Danckwerth¹; Anja Hochschild²

¹ weißensee kunsthochschule berlin; ² Medical Park Berlin Humboldtmühle

Hintergrund und Zielstellung

Der Schlaganfall ist weltweit einer der häufigsten Gründe für eine langfristige Behinderung, was eine große Last für das Individuum und die Gesellschaft darstellt (Dobkin et al., 2011). Das Review „Wearable technology in stroke rehabilitation: towards improved diagnosis and treatment of upper-limb motor impairment“ (Maceira-Elvira et al., 2019) bietet eine gute Übersicht über vor 2019 durchgeführte Studien mit smarten Textilien an Patient*innen. Die Patient*innen als Nutzer wurden nur in wenigen Studien befragt. Kam es zu einer Befragung (Wang et al., 2018, Klaassen et al., 2017, Lorussi et al., 2016), zeigten sich positive Ergebnisse bezüglich Motivation, Interesse, Anwendung und Nutzerfreundlichkeit. Worin sich das Forschungsprojekt TheraTex von anderen unterscheidet, ist das nutzerzentrierte Designkonzept und die iterative Vorgehensweise. Patient*innen werden von Anfang an im Sinne von Expert*innen in die Entwicklung des Textils einbezogen. TheraTex wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen von „futureTEX-Zwanzig20-Partnerschaft für Innovation“ gefördert. Ziel ist es, exemplarisch für den Anwendungsbereich der Hemiparese (Halbseitenlähmung) ein smartes Textil mit hoher Nutzerakzeptanz zu entwickeln. Gerade in ländlichen Regionen mit ungenügender therapeutischer Versorgung wie auch bei Patient*innen mit Mobilitätseinschränkungen sollen smarte Textilien als neue Therapieoption eine orts- und zeitungebundene medizinische Versorgung ermöglichen.

Methoden

Bei TheraTex handelt es sich um einen transdisziplinären und nutzerzentrierten Forschungsansatz, bei dem Patient*innen und deren Angehörige direkt in die Entwicklung und Gestaltung einbezogen werden, wodurch eine hohe Akzeptanz durch die Nutzer*innen erreicht werden soll.

Ein Konsortium von sieben Partner*innen aus Industrie und Forschung sowie die neurologische Reha-Klinik Medical Park Berlin Humboldtmühle bringen die Expertise ein, die für diese Entwicklung erforderlich ist. Hierbei agiert die weißensee kunsthochschule berlin an der Schnittstelle von Design, Medizin, Psychologie, Technologie und Textil. Sie praktiziert und fördert schon seit einigen Jahren die experimentelle, auf neuen Technologien basierende praktische Designforschung. Es handelt sich um eine Beobachtungsstudie mit aktuell 9 rekrutierten erwachsenen halbseitengelähmten Patient*innen, die sich in der Rehabilitationsphase C und D in der Klinik befanden. An Hand von Interviews, Fragebögen, teilnehmender Beobachtung und Workshops konnten die Bedürfnisse und Anforderungen der Patient*innen an ein E-Textile-System eruiert und ein Designkonzept entwickelt wurde.

Ergebnisse

In den Interviews und Workshops wurden insbesondere 2 Textilien (die „Schlaufenjacke“ und der Kimono) favorisiert. Diese sollen im weiteren Verlauf der Studie mit Sensorik ausgestattet und im nutzerzentrierten iterativen Prozess bis hin zu einem Prototypen mit

Feedbackvarianten und App weiterentwickelt werden. Vom Studienpartner ART+COM wurden unterschiedliche Feedbackvarianten entwickelt. U.a. ein interaktives Hörspiel als neue Therapieform, was auf sehr positive Resonanz stieß. Insgesamt konnten wir mittels Fragebögen und Interviews den Wunsch eines smarten Textils seitens der Patient*innen ermitteln.

Diskussion und Fazit

Insgesamt konnten wir im ersten Teil der Studie mittels Fragebögen und Interviews den Wunsch nach einem smarten Textil seitens der Patient*innen ermitteln. Auf dem DRV Kolloquium diskutieren wir, inwiefern Verlauf und Erfolg einer Therapie mit Hilfe von smarten Textilien nachvollziehbar werden, Therapeut*innen bei der Behandlung unterstützt werden und Patient*innen den Umgang mit smarten Textilien als motivierend empfinden.

Daran anschließend stellt sich die Frage, ob ein smartes Textil Versorgungslücken insbesondere im ruralen Raum schließen und eine von Krankenkassen geförderte Therapieoption darstellen könnte.

Literatur

- Dobkin, B., Dorsch, A. (2011). The Promise of mHealth: Daily Activity Monitoring and Outcome Assessments by Wearable Sensors. *Neurorehabil Neural Repair*, 9. 788-798.
- Klaassen, B., van Beijnum, B.-J. F., Held, J. P., Reenalda, J., van Meulen, F. B., Veltink, P. H., Hermens, H. J., (2017). Usability Evaluations of a Wearable Inertial Sensing System and Quality of Movement Metrics for Stroke Survivors by Care Professionals. *Frontiers in Bioengineering and Biotechnology*, 5. Article 20.
- Lorussi, F., Carbonaro, N., De Rossi, D., Paradiso, R., Veltink, P., Tognetti, A. (2016). Wearable Textile Platform for Assessing Stroke Patient Treatment in Daily Life Conditions. *Frontiers in Bioengineering and Biotechnology*, 4. Article 28.
- Maceira-Elvira, P., Popa, T., Schmid, A.-C., Hummel, F. C. (2019). Wearable technology in stroke rehabilitation: towards improved diagnosis and treatment of upper-limb motor impairment. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 16. Article number 142.
- Wang, Q., Timmermanns, A., Chen, W., Jia, J., Ding, L., Xiong, L., Rong, J., Markopoulos, P. (2018). Stroke Patients' Acceptance of a Smart Garment for Supporting Upper Extremity Rehabilitation. *IEEE Journal of Translational Engineering in Health and Medicine's*, 6. 1-9.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Entwicklung, Implementierung und Evaluation einer multimodalen Peer-Schulung im Rahmen des Projektes „Qualitätssicherungsverfahren für Durchgangsarztberichte“ der DGUV

Bianca Biedenweg; Daniel Szczotkowski
 Universitätsmedizin Greifswald

Hintergrund und Zielstellung

Zur Sicherung der Prozessqualität innerhalb des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens ließ die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) in den Jahren 2017/18 erstmalig bundesweit die Qualität von zufällig ausgewählten Durchgangsarztberichten (D-Berichten) im Rahmen eines webbasierten Peer-Review-I-Verfahrens bewerten. Als Instrument diente hierbei eine Checkliste mit neun Fragen im dichotomen Antwortformat und einer abschließenden Globaleinschätzung der Berichte („sehr gut“ bis „ungenügend“). Das Verfahren erreichte eine gute prozentuale Beurteilerübereinstimmung von durchschnittlich 81% (Szczotkowski et al., 2020). Seit August 2021 wird das Peer Review mit abermals etwa 1.000 zu evaluierenden Leistungserbringern fortgesetzt. Um die Beurteilerübereinstimmung zu verbessern, wurde ein multimodales Schulungskonzept* entwickelt.

Methoden

Die Schulung wurde mit Hilfe eines Expert*innenteams aus der Ärzteschaft und Verwaltung konzipiert und wird den eingeschlossenen Peers auf einer eigenen Moodle-Lernplattform zur Verfügung gestellt.

Tab. 1: Elemente und Inhalte der multimodalen Peer-Schulung

Modul	Medium	Lerninhalte
26-seitiges Manual*	postalisch an die Peers versandt, Erarbeitung im Selbststudium	konsentiertere, einheitliche Kriterien (Checklistenkriterien) zur Beurteilung von D-Berichten, Anwenderhinweise für die Webanwendung C-DAB
Interaktiver Fragenkatalog	integriert in die Lernplattform „Moodle“, Bearbeitung im Selbststudium	Beurteilung ausgewählter Fälle anhand der zuvor vermittelten Checklistenkriterien
Online-Schulung	einstündig, mittels Videokonferenzdienst „ZOOM“	Demonstration der Webanwendung, Aufzeigen aufgetretener Problemfelder, Klärung offener Fragen zum Peer-Verfahren
Trainingsberichte*	implementiert auf der projekteigenen Webanwendung „C-DAB“ (Polak et al., 2018)	Erste eigenständige Bewertung von drei „echten“ D-Berichten zur Übung

Es wurden insgesamt 110 Peers für das Verfahren ausgewählt. Diese Peers erhielten einen passwortgeschützten Zugang zur eigenen Lernplattform Moodle. Mit dem neu konzipierten Interaktiven Fragenkatalog sollten die in dem Manual vermittelten Grundlagen zur Beurteilung von D-Berichten anhand von praktischen Fallbeispielen weiter vertieft werden. Dazu waren

die Multiple-Choice-Fragen eng an die Formulierungen der Checkliste angelehnt. Zur Selbstkontrolle der Peers erhielten diese im Anschluss an jede gegebene Antwort eine durch das Expert*innenteam konsentierete automatisierte Ergebnismeldung. In der einstündigen Online-Schulung (sechs Gruppen mit bis zu 20 Peers) wurde zunächst die Funktionen der Webanwendung C-DAB live demonstriert. Im Anschluss wurden Problemfelder, die durch die Ergebnisse des Interaktiven Fragenkatalogs identifiziert wurden, thematisiert und mit dem Expert*innenteam offen diskutiert. Das letzte Schulungselement beinhaltete die selbstständige Bearbeitung von drei Übungsfällen (Trainingsberichten) mit unterschiedlicher Berichtsqualität. Auch hier erhielten die Peers zur Selbstkontrolle eine computergestützte Ergebnismeldung. Eine abschließende Evaluation mit dem moodle-internen Evaluationstool gab mittels 22 Fragen Auskunft über die subjektiven Eindrücke der Peers zur neukonzipierten Schulung.

Ergebnisse

Die neukonzipierte multimodale Schulung wurde erstmals in das 2021 gestartete Peer-Review-Verfahren II implementiert. Von 110 Peers absolvierten 99 Peers alle vier Schulungselemente. Durchschnittlich erreichten die Peers 22 von 25 Punkten beim Interaktiven Fragenkatalog (\bar{X} =22Pkt., Min=17Pkt., Max=25Pkt.). Die durch das Expert*innenteam festgelegte Bestehensgrenze lag bei 18 Punkten, welche durch 98% der Peers erreicht wurden. Lediglich zwei Peers erreichten eine geringere Punktzahl und nahmen an einer Nachschulung mit 8 weiteren Fragen teil. Beide bestanden diese mit 87,5%. Die am häufigsten falsch beantworteten Fragen des Interaktiven Fragenkataloges wurden in der Online-Schulung aufgegriffen und im Plenum mit dem Expert*innenteam diskutiert. Die Termine der Online-Schulungen dauerten \emptyset 62min und gingen mit einer eher heterogenen Interaktivität der Peers (Wort- und Chatbeiträge) einher.

Tab. 2: Ausgewählte Ergebnisse der Evaluation der Peer-Schulung

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils/teils	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
Die Schulungselemente sind für die Tätigkeit als Peer sehr relevant.	93,3% (n=31)	6,0% (n=2)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)
Durch die bisherigen Schulungselemente verfüge ich über ein breites Grundlagenwissen für meine Tätigkeit als Peer.	75,8% (n=25)	24,2% (n=8)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)
Es wurde bis jetzt gezielt darauf hingearbeitet, das Gelernte auch in die Praxis übertragen zu können.	66,7% (n=22)	30,3% (n=10)	3,0% (n=1)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)
Meine Erwartungen an die Peer-Schulung wurden bisher erfüllt.	72,7% (n=24)	24,2% (n=8)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)

In einer Nachbefragung wurde die multimodale Schulung von der Mehrheit der Peers als sehr gut/gut bewertet (Tab.2). Auch einzeln betrachtet schnitten die Schulungselemente gut bei der abschließenden Evaluation ab. Von einigen Peers wurde angemerkt, dass Online-

Meetings nicht so interaktiv gestaltet wurden, wie sie sein sollten und es zu Redundanzen zu anderen Schulungselementen kam. Zusätzlich wünschten sich einzelne Peers weitere Beispiele u.a. für die Mängelbewertung und die daraus resultierende Gesamtbewertung.

Diskussion und Fazit

Mit den hier beschriebenen Schulungsmodulen, insbesondere dem neu eingeführten Interaktiven Fragenkatalog und der Online-Schulung, wurden die Schulungsmaßnahmen gegenüber dem Peer-Review-I-Verfahren der DGUV mit medizinischer und unfallversicherungsrechtlicher Expertise erheblich intensiviert. Die Ergebnisse des Interaktiven Fragekataloges lassen auf einen insgesamt hohen Grad an Fachwissen der Peers schließen, das für die vorgesehene Peer-Tätigkeit vorauszusetzen ist. Die Evaluation der Schulung zeigte, dass das neu konzipierte multimodale Schulungskonzept bei den Peers auf eine hohe Akzeptanz stieß. Durch schriftliche Rückmeldungen und die aktive Beteiligung bei den Online-Schulungen ließ sich bereits für viele Peers ein unmittelbarer Nutzen für die eigene routinemäßige Dokumentation erkennen. Die aus der Evaluation hervorgegangenen Kritikpunkte wurden in die Überarbeitung der Schulungsmodule aufgegriffen. Eine im weiteren Verlauf geplante Überprüfung der Beurteilerübereinstimmung soll nun darüber Aufschluss geben, ob sich die hier geschilderten subjektiven Eindrücke der Peers in messbaren Verbesserungen der Berichtsbewertung widerspiegeln.

Literatur

Polak U, Wittwer M, Szczotkowski D, Kohlmann T (2018). Evaluation von Durchgangsarztberichten mithilfe eines Peer-Review-Verfahrens. Trauma und Berufskrankheit. 20 (237-240).

Szczotkowski D, Neik C, Polak U, Wittwer M, Kohlmann T (2020). Evaluation der Durchgangsarztberichte in der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Methodik und Ergebnisse eines Peer-Review-Verfahrens. Der Unfallchirurg. 124 (3).

*Neben den Autoren waren Dr. Andreas Gruner (Herzogin Elisabeth Hospital Braunschweig), Thomas Ideker (DGUV Landesverband Nordwest), Prof. Dr. Thomas Kohlmann (Universitätsmedizin Greifswald), Ute Polak (DGUV Berlin), Prof. Dr. Michael Wich (Unfallkrankenhaus Berlin), Marion Wittwer (DGUV Berlin) sowie Gerald Ziche (DGUV Landesverband Nordost) maßgeblich an der Erstellung der Peer-Schulung beteiligt.

Förderung: DGUV - Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.

Erfahrungen mit dem Sozialsystem im Rahmen eines erwerbsbezogenen Casemanagements und die moderierende Rolle der Fallbegleiter*innen

Rieka von der Warth; Franziska Kessemeier; Erik Farin-Glattacker

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

Menschen, die aufgrund von suchtbezogenen oder psychischen Belastungen ihre Erwerbstätigkeit verloren haben, erleben bei ihrer Reintegration ins Erwerbsleben häufig Probleme. Entweder wird kein Arbeitsplatz gefunden oder dieser wird bei Konflikten schnell wieder verloren bzw. aufgegeben. Eine langfristige Reintegration in die Erwerbstätigkeit gelingt vor allem dann, wenn diese im ersten Jahr nach der Entlassung aus der Entwöhnungsbehandlung erreicht wird (Kobelt-Pönicke, 2021). Im Rahmen des Projekts „Begleiteter Einstieg ins Arbeitsleben durch Starthilfe“ (BEAS, gefördert im Rahmen des Bundesprogramms rehapro) wurde eine sektorenübergreifende, erwerbsbezogene Fallbegleitung entwickelt, welche die Reintegration für Personen mit suchtbezogenen oder psychischen Belastungen erleichtern soll. Die Fallbegleitung umfasst ein individuelles Coaching mit Fallbegleiter*innen von bis zu einem Jahr, welches die Reintegration unterstützen soll. Ziel des vorliegenden Beitrags ist die Darstellung der Erwartungen von Teilnehmenden an eine erwerbsbezogene Fallbegleitung sowie die Barrieren, die sie innerhalb des Sozialsystems bei ihrer Teilnahme wahrnehmen.

Methoden

Im Zeitraum zwischen Dezember 2020 und August 2021 wurden insgesamt N=15 Teilnehmende von BEAS mittels halb-strukturierter Interviews befragt. Die Interviews dauerten im Schnitt 15-20 Minuten. Die Teilnehmenden nahmen zum Zeitpunkt des Interviews seit etwa drei Monaten an BEAS teil. Der Leitfaden enthielt Fragen zu den ersten Erfahrungen und Inhalten von BEAS sowie zu der subjektiven Bewertung der Fallbegleitung. Die Auswertung orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2000). Dabei wurden Kategorien zunächst deduktiv dem Interviewleitfaden entnommen und in einem iterativen Prozess induktiv angepasst. Die Auswertung und Erstellung des Kategoriensystems erfolgten unabhängig von zwei Autor*innen, um Intersubjektivität zu gewährleisten. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse zu den Erwartungen und Bewertung sowie die Erfahrungen mit dem Sozialsystem dargestellt.

Ergebnisse

80% (n=12) der Teilnehmenden war männlich, das Durchschnittsalter lag bei 48,1 Jahren (SD=11,5). N=11 Teilnehmende gaben an zu Beginn der Intervention Arbeitslosengeld I oder II zu beziehen. Teilnehmende berichteten im Rahmen der Interviews von ihren Erwartungen an BEAS, die daraus resultierenden Bewertungen sowie Erfahrungen mit anderen Akteuren des Sozialsystems in Bezug auf BEAS.

In Bezug auf die Erwartungen äußerten die Teilnehmenden, dass sie sich Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche, Umgang mit Ämtern und anderen sozialen Fragen, wie der Wohnungssuche, wünschten. Wenige Teilnehmende berichteten, dass sie keine inhaltliche

Erwartung hatten, aber zu Beginn nervös gewesen seien, da sie nicht gewusst haben, was passieren wird.

Während der Fallbegleitung machten Teilnehmende unterschiedliche Erfahrungen mit anderen Akteuren des Sozialsystems. So berichteten manche Teilnehmende, dass sie durch ihre Teilnahme an der Fallbegleitung keine Betreuung mehr durch Jobcenter oder Arbeitsagentur hatten. Andere Teilnehmende berichteten, dass sie sich auf Stellenanzeigen der Arbeitsagenturen/Jobcenter bewerben müssten, um keine Leistungskürzungen zu erfahren. Auch die Kontaktaufnahme zu Beratenden in den genannten Einrichtungen sei insgesamt schwierig. Darüber hinaus wurde berichtet, dass es kompliziert sei für eine neu gefundene Arbeitsstelle Arbeitsmaterialien, wie Schreibtische oder Computerbildschirme bei der Rentenversicherung zu beantragen. So wurde insgesamt die Frage aufgeworfen, warum Regelungen in Bezug auf die Wiedereingliederung so unterschiedlich und unklar seien, wenn Arbeitsagenturen, Jobcenter und Rentenversicherung in diesem Projekt miteinander kooperieren.

Die Bewertung der Fallbegleitung fiel dennoch insgesamt positiv aus. Teilnehmende berichteten von neuer Motivation für eine Wiedereingliederung und, dass sie sich trotz verschiedener Problematiken als verstanden und unterstützt fühlten. Anfängliche Nervosität wurde aufgelöst. Die Fallbegleiter*innen wurden häufig als engagierte Kontaktpersonen gegenüber Arbeitsagenturen, Jobcenter und Rentenversicherung wahrgenommen.

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Erwartungen und Erfahrungen von Teilnehmenden in Bezug auf die erwerbsbezogene Fallbegleitung unterschiedlich waren. Insbesondere in Aussagen zu der Kooperation zwischen den Akteuren des Sozialsystems wurden Schwierigkeiten deutlich. Hier agierten die Fallbegleiter*innen, wie von Teilnehmenden erwartet, als moderierende Kontaktperson. Die genannten Barrieren und negativen Erfahrungen mit dem Sozialsystem sind bereits in der Literatur beschrieben (Svärd et al., 2021). Deshalb gilt eine gute Beziehung zwischen den Akteuren als besonders wichtig in der Versorgung von Personen mit suchtbezogenen Belastungen (Savic et al., 2017). Inwiefern sich die Barrieren im Umgang mit dem Sozialsystem auf die Reintegration ins Erwerbsleben auswirken bleibt unklar. Zur erfolgreichen Umsetzung von BEAS ist es daher nötig, dass durch die Arbeit der Fallbegleiter*innen die Barrieren überwunden werden.

Literatur

- Kobelt-Pönicke, A. (2021). Arbeitslos in die Entwöhnungsbehandlung. Was passiert danach? Eine Vierjahreskatamnese. *Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation*, 114, 5-14.
- Mayring, P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (7 ed.). Deutscher Studienverlag.
- Savic, M., Best, D., Manning, V., & Lubman, D. I. (2017). Strategies to facilitate integrated care for people with alcohol and other drug problems: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 12(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0104-7>

Svärd, V., Friberg, E., & Azad, A. (2021). How People with Multimorbidity and Psychosocial Difficulties Experience Support by Rehabilitation Coordinators During Sickness Absence. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 1245-1257. <https://doi.org/10.2147/jmdh.S308840>

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesprogramm rehapro

Erfahrungen mit Rehanachsorgeleistungen für Kinder- und Jugendliche – Perspektiven involvierter Akteur*innen.

Judith Stumm; Sandra Fahrenkrog; Laura Klüpfel; Karla Spyra
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gewinnt aufgrund steigender Prävalenzen chronischer Erkrankungen an Bedeutung. Und auch die Corona Pandemie hinterlässt ihre Spuren: Es werden steigende Zahlen von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas und psychischen Erkrankungen erwartet (Ärzteblatt, 2021; Jarnig et al., 2021; Witte et al., 2020). Durch Inkrafttreten des Flexirentengesetzes wurde die Rehabilitation für Kinder und Jugendliche deutlich gestärkt.

Seitdem ist die Leistung zur Rehabilitation für Kinder- und Jugendliche nach § 15a VI von einer Kann- zu einer Pflichtleistung für die gesetzliche Rentenversicherung geworden und die ambulante Kinder- und Jugendrehabilitation eine weitere mögliche Option. Kinder und Jugendliche haben außerdem Anspruch auf Nachsorgeleistungen nach der medizinischen Rehabilitation, wenn diese zur Sicherung des Rehaerfolges erforderlich sind (Köhler, 2017).

Ziel des Projekts ist es, Bedarfe zur Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen sowohl unter den Leistungserbringer*innen als auch unter Betroffenen zu ermitteln und dadurch Hinweise auf notwendige Weiterentwicklungen und Handlungsbedarfe zu erhalten.

Methoden

Im Rahmen eines mixed-methods-Designs fanden tiefergehende qualitative Befragungen zum Wissensstand, Erfahrungen, Bedarfen und Wünschen zu Rehanachsorgeleistungen statt. Zwischen Oktober 2020 und März 2021 wurden telefonische semistrukturierte Leitfadenterviews mit Kinderärzt*innen (N=10) und Mitarbeiter*innen von Rehakliniken (N=10) durchgeführt. Zwischen August und Oktober 2021 wurden eine Fokusgruppe (N=3) und zwei telefonische semistrukturierte leitfadengestützte Einzelinterviews mit Eltern von rehabedürftigen Kindern und Jugendlichen und eine Fokusgruppe mit ihren rehabilitationsbedürftigen Jugendlichen (N=3) durchgeführt.

Die qualitative Vorgehensweise beleuchtet die verschiedenen Sichtweisen der im Nachsorgeprozess involvierten Akteur*innen und gibt jeweils Hinweise auf spezifische und individuelle Barrieren und Probleme.

Die Interviews und Fokusgruppen wurden anonymisiert transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet. Pandemiebedingt wurden die Fokusgruppen online durchgeführt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Interviews geben Hinweise darauf, dass wenig Wissen über die Neuerungen im Flexirentengesetz bezüglich der Rehanachsorge sowohl auf Seiten der Ärzt*innen und Klinikmitarbeiter*innen als auch auf Seiten der Eltern und Kinder besteht.

Eine tendenziell positive Einstellung zu Rehanachsorgeangeboten und der entstehende Mehrwert für Kinder und Jugendliche durch die Umsetzung von Rehanachsorgeprogrammen lässt sich unter den Befragten deutlich erkennen.

Unter den interviewten Leistungserbringer*innen herrschen aktuell noch Unsicherheiten in Bezug auf Zuständigkeiten der Organisation der Umsetzung von Nachsorgeangeboten. Das „in die Wege leiten“ von Nachsorgeangeboten scheint derzeit eher aus persönlicher und individueller Motivation heraus zu geschehen. Auf den Eltern lastet schließlich die Verantwortung der Organisation der Durchführung eines Nachsorgeangebotes. Sie wünschen sich eine proaktive Informations- und Umsetzungsquelle von Seiten der Leistungserbringer*innen oder der Deutschen Rentenversicherung.

Neben einem derzeit noch eher geringen verfügbaren Angebot an Rehanachsorgeprogrammen, welches sich vor allem ausschließlich auf die Indikation Adipositas fokussiert und nicht flächendeckend deutschlandweit zur Verfügung steht, fehlt es allen Befragten insgesamt an Informationen zu bestehenden Rehanachsorgeprogrammen in der jeweiligen Region. Ein niedrigschwelliger Zugang zu solchen Angeboten und die Berücksichtigung ländlicher Regionen spielt für alle Akteur*innen bei der Etablierung eine bedeutende Rolle.

Diskussion und Fazit

Trotz eines scheinbar großen Interesses an langfristigen Rehaerfolgen von Kindern und Jugendlichen lässt sich ein eher mangelnder Wissensstand zu Rehanachsorgeprogrammen unter den interviewten Leistungserbringer*innen ableiten. Auch Eltern und ihre rehadefizienten Kinder kennen das Angebot eher nicht und sind abhängig von der Informationsübermittlung durch Leistungserbringer*innen und der Deutschen Rentenversicherung.

Es gilt Wege zu finden, Leistungserbringer*innen nochmals umfassend über Rehanachsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche zu informieren und ein einheitliches vernetztes Vorgehen der Akteur*innen in der Organisation und Umsetzung solcher Angebote zu fördern. Insbesondere Eltern sollten zum einen besser über die Möglichkeit der Rehanachsorge informiert werden, niedrigschwellig in den Prozess der Nachsorge miteinbezogen werden aber gleichzeitig langfristig von der hinzukommenden Verantwortung der Organisation und Umsetzung entlastet werden.

Durch die Publikation der Ergebnisse wird eine Weiterentwicklung der Informationsstreuung durch die Verantwortlichen erwartet. Und auch durch eine stetig wachsende Zahl neu entstehender und zugelassener Nachsorgeprogramme ist ein zeitnahes flächendeckendes Angebot vorstellbar.

Literatur

- Ärzteblatt, 11.05.2021. WHO Europa: Corona-Pandemie mit Folgen für Fettleibigkeit bei Kindern. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123759/WHO-Europa-Coronapandemie-mit-Folgen-fuer-Fettleibigkeit-bei-Kindern> (aufgerufen am 12.10.2021, 12:52).
- Jarnig G, Jaunig J, van Poppel MNM (2021). Association of COVID-19 Mitigation Measures With Changes in Cardiorespiratory Fitness and Body Mass Index Among Children Aged 7 to 10 Years in Austria. *JAMA Netw Open*.2021;4(8):e2121675. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.21675
- Köhler S. (2017). Neue Möglichkeiten für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen durch das Flexirentengesetz – Bericht von einer Tagung der Fachkliniken Wangen, Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche, am 3. Februar 2017 in Wangen im Allgäu; Beitrag D35-2017 unter www.reha-recht.de; 17.08.2017
- Witte J, Batram M, Hasemann L. (2021). Folgen der Pandemie in der Krankenhausversorgung 2020. DAK Sonderanalyse im Rahmen des Kinder- und Jugendreports. 09.09.2021.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Erfassung von Symptomen und Laborpathologika von Post-COVID Patienten (Pat.) zu Beginn einer stationären Rehabilitation.

Julia Thiemer¹; Johannes Jeschke¹; Annika Dahm¹; Anke Peil-Grun¹; Ulf Seifart²

¹ Deutsche Rentenversicherung Hessen Klinik Sonnblick;

² Deutsche Rentenversicherung Hessen

Hintergrund und Zielstellung

Erstmal wurde im Dezember 2019 der Ausbruch einer COVID 19 Erkrankung in Wuhan in der Provinz Hubei in China beschrieben, die sich zur bekannten weltweiten Pandemie entwickelt hat (Guan et al., 2020). Nachdem ab Frühjahr 2020 in Deutschland die ersten COVID 19 Überlebenden medizinisch behandelt wurden, wurde deutlich, dass viele Patienten oft sehr lange nach der Akutinfektion unter persistierenden Beschwerden leiden. Dieser longitudinale Verlauf der COVID 19 Erkrankung wird derzeit als Post-COVID oder Long-COVID Syndrom, je nach Dauer der Symptome, bezeichnet. (2) Anhand der genannten langen Verläufe der COVID-19-Erkrankung wird deutlich, dass COVID 19 nicht nur hinsichtlich der Mortalität auch eine hohe sozioökonomische Bedeutung haben kann. Zum besseren Verständnis dieser Erkrankung haben wir in unserem Forschungsvorhaben die klinischen Daten von Patienten erhoben, die nach COVID 19 eine stationäre Rehabilitation in der Klinik Sonnenblick angetreten haben.

Methoden

Zwischen Dezember 2020 und April 2021 haben wir die Routinepatientendaten von 147 Patienten, die sich aufgrund eines Long- oder Post-COVID-Syndroms bei uns zur stationären Reha befanden, ausgewertet. Neben einer aktuellen Symptomabfrage wurden eine ausführliche Labordiagnostik mit u. a. Fokus auf inflammatorische Werte, kardiale Marker und

Marker der Blutgerinnungen bestimmt. Anschließend erfolgte eine Beurteilung der kardio-pulmonalen Leistungsfähigkeit mittels, EKG, 6 Minuten-Gehtest (zu Beginn und am Ende der Rehabilitation), Bodyplethysmographie mit Diffusionskapazität und ein Belastungs-EKG. Eine neurologische Statuserhebung sowie die selektive Durchführung von Geruchs- und Hirnleistungs-Messung erweiterten die körperliche Untersuchung, ebenso wie die BIA-Messung. Die Beurteilung der Einschränkung der Lebensqualität, Angst- und Depressions-Symptomatik sowie der Fatigue-Symptomatik erfassten wir mithilfe der Fragebögen SF-36, HADS, LQ-11. Darüber hinaus wurde die Dauer der AU nach der Erkrankung erfasst.

Ergebnisse

Basierend auf den oben genannten Untersuchungen sollen hier die ersten klinischen Beobachtungen vorgestellt werden. Insgesamt wurden 147 Pat. untersucht von denen 38% männlich waren und ein Durchschnittsalter von 52,2 Jahren aufwiesen. 7% arbeiteten im sozial-medizinischen Bereich. Das klinische Bild zeigte sich sehr heterogen mit einer Vielzahl von Symptomen. Durchschnittlich boten die Pat. 22 verschiedene Symptome bzw. Befunde. Diese dauerten durchschnittlich 71 d an. Die wesentlichen klinischen Symptome und Befunde verteilen sich wie folgt:

Sauerstoffpflichtigkeit bei Aufnahme:	11,6%
Belastungsdyspnoe:	95,7%
Auffälliges Thorax-CT:	81,7%
Konzentrations-/ Gedächtnisstörungen:	56,9%
Geruchs-/ Geschmacksstörungen:	27,6%
Neurologische Auffälligkeiten:	22,4%
Schlafstörungen	66,4%
Fatigue:	91%

Die Laboranalysen ergaben folgende erhöhte Laborparameter

Hba1c	D-Dimere	Fibrinogen	ANA	GPT	CK	TNI	BNP
46%	73%	48%	19%	21%	4%	9%	21%

Diskussion und Fazit

Die bei unseren Patienten erhobenen Langzeitsymptome und Laborbefunde decken sich mit den Angaben aus der aktuellen Literatur. (3,4) So sehen wir als häufigstes Symptom eine Belastungsdyspnoe und eine Fatigue-Symptomatik. Laborchemisch zeigt sich, bei bis zu, 48% der Pat. eine andauernde Gerinnungsaktivierung und bei 46% eine entgleiste Blutzuckerkonstellation innerhalb der letzten 3 Monate, wobei nur bei 34% der Pat. vor der COVID Erkrankung ein Diabetes mellitus bekannt war. Jeder 5te Pat zeigte laborchemisch eine ventrikuläre Funktionsstörung und bei 9% zeigte sich ein laborchemisch ein Hinweis auf einen Myocardschaden.

Die in dieser Untersuchung erhobenen Daten zeigen, dass es sich beim Post-COVID Syndrom um ein multifaktorielles Erkrankungsbild handelt, welches der Kompetenz des gesamten multiprofessionellen Rehabilitationsteams bedarf. Hinsichtlich der Kompetenz des Therapieteams haben wir, in einem internen Lernprozess, in den letzten 18 Monaten eine Expertise aufbauen müssen, so dass wir anregen möchten, dass Post-COVID Pat. in Kliniken

behandelt werden, die über eine entsprechende Expertise und Erfahrung verfügen bzw. diese entwickelt haben.

Literatur

- Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, Liu L, Shan H, Lei CL, Hui DSC, Du B, Li LJ, Zeng G, Yuen KY, Chen RC, Tang CL, Wang T, Chen PY, Xiang J, Li SY, Wang JL, Liang ZJ, Peng YX, Wei L, Liu Y, Hu YH, Peng P, Wang JM, Liu JY, Chen Z, Li G, Zheng ZJ, Qiu SQ, Luo J, Ye CJ, Zhu SY, Zhong NS (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. *N Engl J Med.*, 382(18):1708-1720. doi: 10.1056/NEJMoa2002032. PMID: 32109013.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) and Royal College of General Practitioners (RCGP) (2020). COVID 19 rapid guideline: managing COVID-19 long term effects. NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>
- Lenzen-Schulte, M (2020). Long COVID. *Der lange Schatten von COVID-19 Dtsch Arztebl*; 117(49): A-2416 / B-2036
- 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. *medRxiv : the preprint server for health sciences*, 2021.01.27.21250617. <https://doi.org/10.1101/2021.01.27.21250617>

Erhebung von PROMs zur vergleichenden Ergebnisqualität in der psychosomatischen Rehabilitation - Ergebnisse einer Pilotphase

Volker Beierlein¹; Ralf Bürgy²; Torsten Kirsch³; Johannes Kneißl⁴; Matthias Köhler³; Annabelle Neudam⁵; Holger Schulz¹

¹ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; ² MediClin GmbH & Co. KG;

³ VAMED Gesundheit Deutschland; ⁴ Medical Park SE ; ⁵ 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Die patientenzentrierte Erfassung der Ergebnisqualität einer medizinischen Leistung nimmt einen immer höheren Stellenwert in der Evaluierung der medizinischen Leistungen ein (Pross et al., 2017; Black, 2013). Auch im Bereich der Rehabilitation gewinnt die Erhebung von Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) als Instrument der Qualitätssicherung mehr und mehr an Bedeutung, wobei Mehrpunktmessungen (insbesondere Anfang und Ende der Rehabilitation sowie Katamnese) als Goldstandard angesehen werden. Durch die Verwendung standardisierter Fragebögen können PROMs-Erhebungen auch für den direkten Vergleich zwischen verschiedenen Einrichtungen sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene genutzt werden (Devlin und Appleby, 2010).

Im Rahmen einer aktuellen Pilotstudie der Qualitätsinitiative 4QD - Qualitätskliniken.de wurde der Einsatz standardisierter PROMs in der Psychosomatischen Rehabilitation zur Messung der Ergebnisqualität sowie ein Verfahren der Risikoadjustierung mittels a priori definierter Confounder erprobt, um gemeinsam mit den beteiligten Kliniken einen international

vergleichbaren Standard zu schaffen und Behandlern und Patienten eine differenzierte Einschätzung der verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen zu ermöglichen.

Methoden

In die Pilotstudie wurden Patientinnen und Patienten mit der primären Diagnose Depressive Störungen (ICD 10: F32, F33, F34.1) bzw. Angsterkrankungen (ICD 10: F40, F41) konsekutiv eingeschlossen. Auf der Basis von ICHOM-Empfehlungen wurden als krankheitsspezifisches Instrument für die Indikation Depressive Störungen der PHQ-9 und für die Indikation Angsterkrankungen der GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7) und als generisches Instrument der VR-12 (Veteran RAND 12 Item Health Survey, Ergebnisse hier nicht mitgeteilt) eingesetzt. Für die Risikoadjustierung wurden soziodemografische und (sozial-) medizinische Angaben erfasst.

Insgesamt wurden $n = 3.555$ Datensätze aus 12 Rehaeinrichtungen für beide Störungsgruppen erhoben, wovon $n = 2.776$ vollständige Datensätze (Depressive Störungen: $n = 2052$; Angsterkrankungen: $n = 724$) in die Analyse eingeflossen sind.

Für unadjustierte Prä/Post-Ergebnisse wurde als Effektstärke Cohen's d für verbundene Stichproben berechnet. Die Risikoadjustierung wurde anhand von Regressionsmodellen getrennt nach Indikationen und Instrumenten durchgeführt.

Ergebnisse

PatientInnen mit Depressiven Störungen waren im Mittel 51,9 Jahre alt ($SD = 9,60$) und zu 73,2% Frauen. Die durchschnittliche Effektstärke über alle Patientinnen und Patienten aller Kliniken im PHQ-9 beträgt $d = 0,86$. Die Effektstärken variieren zwischen den Kliniken von $d = 0,43$ bis $d = 1,14$. Zusammenhänge mit dem Behandlungsergebnis weisen in der Risikoadjustierung neben dem PHQ-9 Ausgangswert vor allem ein geplanter oder gestellter Antrag auf Erwerbsminderungsrente, das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit direkt vor Aufnahme, Zeiten von mehr als 6 Monaten Arbeitsunfähigkeit im Jahr vor der Rehabilitation und die Anzahl psychischer Diagnosen (ICD 10, Kapitel V) auf.

PatientInnen mit Angsterkrankungen waren im Mittel 50,5 Jahre alt ($SD = 11,1$) und zu 71,7% Frauen. Die durchschnittliche Effektstärke aller zwölf Kliniken im GAD-7 beträgt $d = 1,02$. Die erreichten Effektstärken pro Klinik variieren von $d = 0,55$ bis $d = 1,41$. Relevante Prädiktoren für die Risikoadjustierung waren neben der Ausgangsbelastung vor allem eine Arbeitsunfähigkeit vor der Aufnahme, ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente, die Anzahl an Diagnosen psychischer Erkrankungen sowie der Familienstand.

Diskussion und Fazit

Die unadjustierten durchschnittlichen Effektstärken der krankheitsspezifischen PROMs PHQ-9 und GAD-7 können in diesem Pilotprojekt in den beiden Störungsgruppen als hoch eingeordnet werden. Die vorgenommene Risikoadjustierung für den Klinikvergleich ist praktikabel und führt zu einer geringfügig veränderten Rangfolge der Kliniken hinsichtlich der Ergebnisqualität im Vergleich mit den unadjustierten Effektstärken. Auch wenn sich Limitationen aus der begrenzten Anzahl teilnehmender Kliniken und möglichen Selektionseffekten bei der Messung durch den pandemiebedingten Lockdown ergeben, kann der Einsatz dieser PROMs zur Erfassung der Ergebnisqualität empfohlen werden. In zukünftigen Erhebungen ist geplant, eine Katamnesebefragung zu ergänzen.

Literatur

- Black, N. (2013). Patient reported outcome measures could help transform health care. *BMJ*, 346: f167.
- Devlin, N. J., Appleby, J. (2010). Getting the most out of PROMS: Putting health outcomes at the heart of NHS decision-making. London: The King's Fund.
- Obbarius, A., van Maasackers, L., Baer L., Clark, D. M., Crocker A. G., Beurs E., ... Rose, M. (2017). Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group. *Quality of Life Research* 26 (12): 3211-3225.
- Pross, C., Geissler, A., Busse, R. (2017). Measuring, Reporting, and Rewarding Quality of Care in 5 Nations: 5 Policy Levers to Enhance Hospital Quality Accountability. *The Milbank Quarterly*, 95(1): 136–183.

Förderung: Qualitätskliniken.de

Evaluation eines neuen Rehabilitationskonzepts für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen: Ausgangslage bei Reha-Antritt

*Sarah Leinberger¹; Nora Volmer-Berthele²; Rainer Kaluscha¹; Buket Koyutürk²;
Stefanie Emhart¹; Lena Tepohl¹*

¹ IFR Ulm; ² Fachkliniken Wangen

Hintergrund und Zielstellung

Über ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zwischen 7 und 17 Jahren zeigen vermehrt schwere und chronische psychische Auffälligkeiten, weshalb eine geeignete Behandlung besonders wichtig ist (Ravens-Sieberer et al., 2007). Wenn chronische kinder- und jugendpsychiatrische Krankheiten nicht (adäquat) behandelt werden, kann dies zu verringerter Leistungs-, Schul- und Ausbildungsfähigkeit führen. Eine stationäre Rehabilitation kann als bedeutsame Maßnahme dienen, Gesundheitszustand sowie Schul- oder Ausbildungsfähigkeit zu verbessern (Petermann et al., 2006).

In den Fachkliniken Wangen wurde ein neues Behandlungskonzept entwickelt, durch das eine zielführendere Rehabilitationsmaßnahme für Kinder und Jugendliche mit ausgewählten psychiatrischen Erkrankungen wie affektiven, neurotischen und Entwicklungsstörungen und besonderen persönlichen Herausforderungen gestaltet werden soll. Im Rehabilitationsverlauf werden standardisierte, leitlinienorientierte, alters- und indikationsspezifische Therapieangebote durchgeführt. Durch intensivere Betreuung sowie erweiterte Schulungsangebote werden Verbesserungen der schulischen, beruflichen und psychosozialen Teilhabefähigkeit fokussiert.

Das Ziel des von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg geförderten Projektes ist es, das neue Rehabilitationskonzept wissenschaftlich zu begleiten und zu

evaluieren. Im Rahmen der Studie finden konzeptionelle und ergebnisbezogene Gegenüberstellungen des neuen zum bisherigen Behandlungskonzept statt.

Methoden

Für die Evaluation werden die Behandlungsergebnisse nach neuem Rehabilitationskonzept (Interventionsgruppe; IG) mit denen einer Kontrollgruppe vor Einführung des Konzeptes (KG) in einem nicht-randomisierten kontrollierten Studiendesign verglichen. Die Kinder/Jugendlichen der IG sowie ggf. deren Bezugspersonen werden jeweils zu unterschiedlichen Zeitpunkten befragt: direkt vor (t1), direkt nach (t2) und zwei Jahre nach der Rehabilitation (t3). Außerdem werden Rehabilitanden/-innen befragt, die eine Rehabilitation nach altem Konzept erhalten haben (KG, Nachbefragung zu t3). Altersspezifisch erfolgt die Befragung über eine Selbst- und/oder Fremdbefragung. Erfasst werden u.a. Teilhabe, Lebensqualität, Gesundheitszustand und Krankheitsmanagement. Ergänzt werden die Befragungsdaten durch Routinedaten der Fachkliniken Wangen (u.a. Entlassbericht-Teile) und leitfadenbasierte Interviews mit dem interdisziplinären Team. Personen fünf verschiedener Berufsgruppen (u.a. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pflege und Schulungsmitarbeitende) wurden zu Stärken und Schwächen der Behandlungskonzepte sowie zu Verbesserungspotenzialen bezüglich Inhalten, Abläufen und Prozessen interviewt.

Ergebnisse

Die Datenerhebung zu den Zeitpunkten t1 und t2 der IG sowie t3 der KG ist abgeschlossen. Insgesamt wurden N=481 Kinder und Jugendliche in die Studie eingeschlossen (IG: 275, KG: 206). Die Rücklaufquote der IG betrug zu t1 48% und zu t2 30%, in der KG knapp 27%. Die Befragungsdaten werden momentan aufbereitet und Ergebnisse der Interventionsgruppe zu t1 berichtet (N = 112, 64,6% männlich, MWAlter = 10,8 Jahre, SDAlter = 4,0).

Der mittlere Gesamtwert des KINDL-Fragebogens (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998). zur Lebensqualität zu Reha-Beginn ist in unserer Stichprobe mit 42,1 signifikant niedriger als der nach Alter und Geschlecht gewichtete Normwert von 75,63 ($t(61) = -37,97$, $p < 0,001$), wobei höhere Werte eine höhere subjektive Lebensqualität bedeuten (Skala: 0-100; vgl. Abbildung 1).

Die Kinder/Jugendlichen geben zu 36,6% an, sich zu Beginn der Rehabilitation (sehr) stark durch ihre Erkrankung belastet zu fühlen. 61,6% der Bezugspersonen der Kinder/Jugendlichen fühlen sich durch die Erkrankung ihres Kindes (stark) belastet. Als (sehr) groß werden die Nachteile durch die Erkrankung bei den Kindern in Alltag (45,1%) bzw. Kindergarten, Schule oder Ausbildung (42,9%) empfunden.

Die Auswertung des Verhaltens-Screenings „Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)“ (Goodman, 1998) zeigt, dass, verglichen zum Normbereich (20% grenzwertige und auffällige Kinder), ein deutlich höherer Anteil der Rehabilitanden/-innen zu Reha-Beginn Anzeichen einer emotionalen (42,3%), Verhaltens- (45,7%) oder Hyperaktivitätsstörung (30,4%) sowie einer Verhaltensstörung mit Gleichaltrigen (44,9%) zeigt. Über die Hälfte der Bezugspersonen bzw. Kinder/Jugendlichen wünscht sich durch die Rehabilitation eine Veränderung beim Umgang mit der Erkrankung (55,0 % bzw. 53,5%), der Alltagsbewältigung (54,1% bzw. 53,5%) und dem Ernährungsverhalten (57,1% bzw. 62,8%; vgl. Abbildung 2).

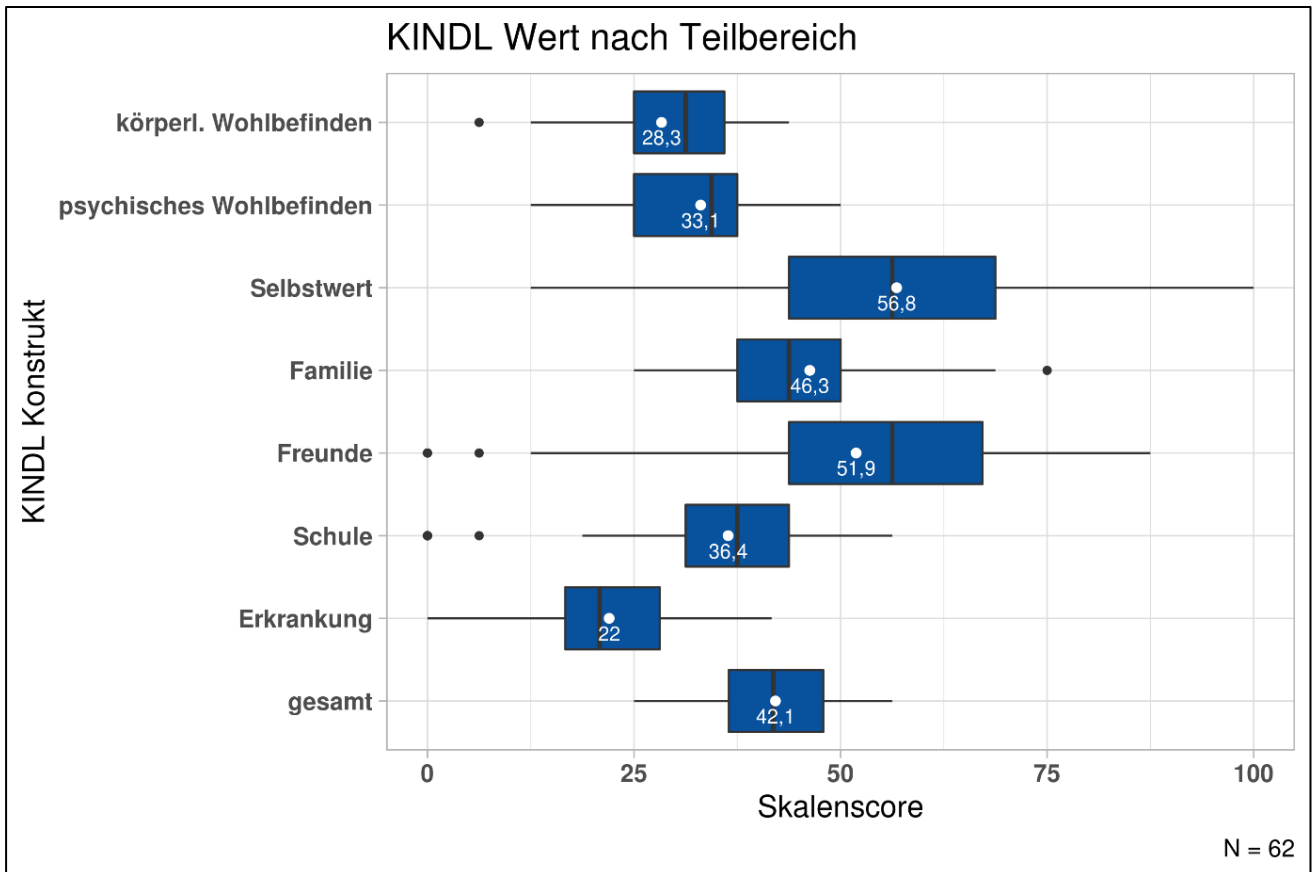


Abb. 1: KINDL-Teilskalenscores zu Rehabilitationsbeginn

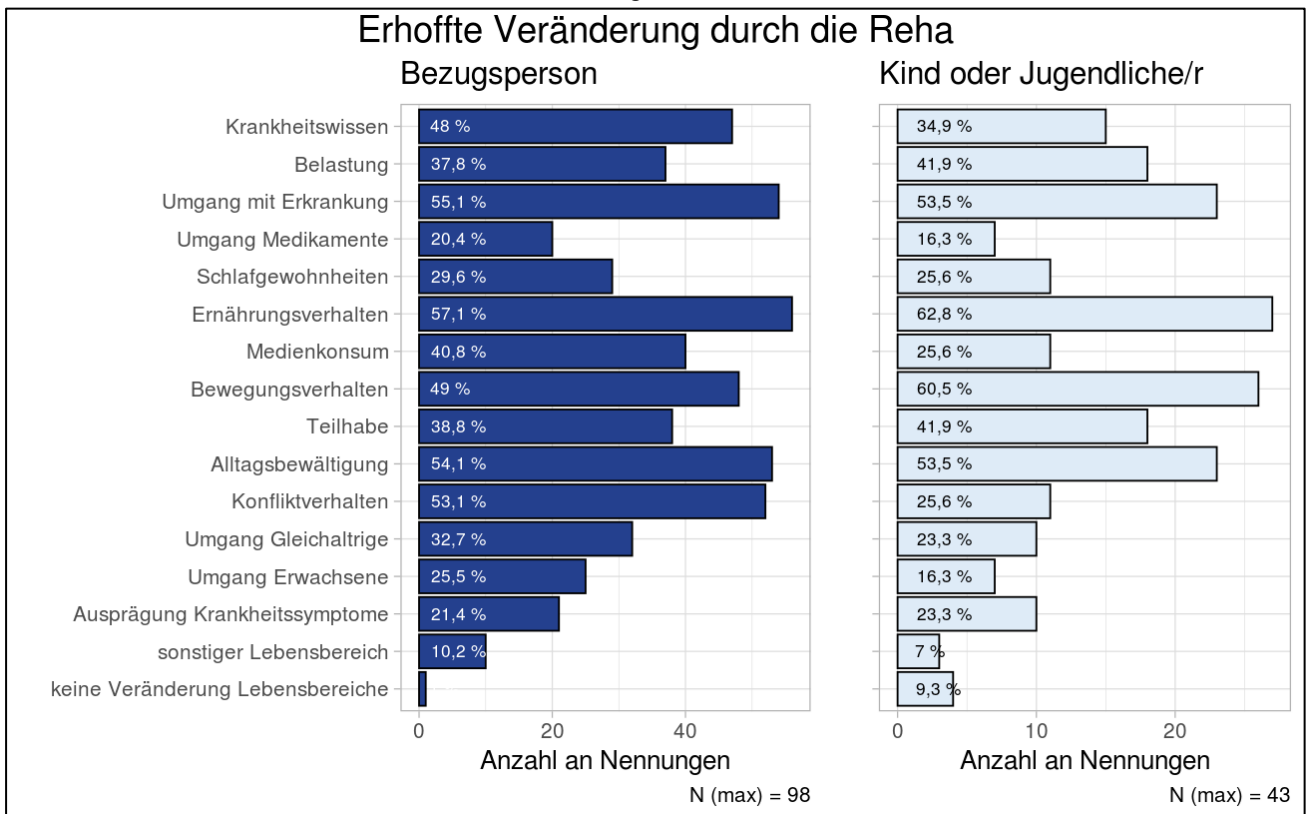


Abb. 2: Erwartungen der Betroffenen an die Reha

Diskussion und Fazit

Die hohen wahrgenommenen Teilhabebeeinträchtigungen der Kinder/Jugendlichen in Alltag und Schule unterstreichen die Notwendigkeit der expliziten Ausrichtung der Rehabilitationsmaßnahme auf eine Teilhabeverbesserung. Die SDQ- und KINDL-Werte verglichen zu den Normwerten unterstreichen, dass die Kinder/Jugendlichen mit einer niedrigen subjektiven Lebensqualität und Problemen in vielen Lebensbereichen in die Rehabilitation starten und somit Handlungsbedarf zur Verbesserung des Gesundheitszustands vorliegt.

Nach einer Rehabilitationsmaßnahme nach neuem, besonders auf Teilhabebeeinträchtigungen ausgerichtetem Behandlungskonzept wird eine Besserung des Gesundheitszustands und der Teilhabe erwartet, welche eine langfristig bestehende Leistungsfähigkeit und somit die zukünftige berufliche Teilhabe der Kinder/Jugendlichen sichert.

Literatur

- Goodman R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire. A research note. *J Child Psychol Psychiatry*; 38: 581–586.
- Petermann F, Koch U, Hampel P. (2006). Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. *Rehabilitation*; 45: 1–8.
- Ravens-Sieberer U, Bullinger M. (1998). Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content-analytical results. *Quality of Life Research*; 7: 399–407
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*; 50: 871–878.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden Württemberg

Expectations, concerns and experiences of rehabilitative patients during the COVID-19 pandemic in Germany: a qualitative analysis of social media posts.

Kübra Altinok¹; Fabian Erdsiek¹; Yüce Yilmaz-Aslan²; Patrick Brzoska²

¹ Universität Witten / Herdecke; ² Universität Witten / Herdecke; Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

The COVID-19 pandemic and the infection control measures implemented affect different parts of society including health care. Rehabilitative care is one sector of health care where challenges are particularly pronounced. Most rehabilitation hospitals have implemented specific regulations and hygiene precautions to contain the COVID-19 pandemic (Glöckl et al., 2020; Biase et al. 2020). This, for example, is reflected in reservations of patients to utilize services out of fear of infection. Patients utilizing services may also face difficulties as restrictions related to social distancing may affect treatments that require a close contact

between health care users and staff. Using social media data, the present study aims to analyze the perspectives of health care users who have already used or are planning or advised to use rehabilitation services during the pandemic.

Methoden

Six social media forums were included in the study to explore the perspectives of health care users covering all posts between the beginning of March and mid-November 2020. Posts were analyzed using qualitative document analysis.

Ergebnisse

In total, 99 threads containing posts and comments based on data from 6 different forums were obtained, generating a total of 7 codes and subcodes: Closure of hospitals and interruption of treatment, precautions and regulations in the hospitals, hygiene concerns, problems with appointments, information flow between insurance companies, hospitals and health care users, information about the new regulations and evaluation of the rehabilitation service.

Diskussion und Fazit

The lack of information and the rapid changes in protective measures affect vulnerable patients physically, psychologically and economically. Insufficient regulations and problems with consultations put extra pressure on many health care users. The limited admission to the rehabilitation hospitals potentially increases the demand for rehabilitation in the future.

Literatur

Glöckl R, Buhr-Schinner H, Koczulla AR, Schipmann R, Schultz K, Spielmanns M, et al. DGP-Empfehlungen zur pneumologischen Rehabilitation bei COVID-19. [Recommendations from the German Respiratory Society for Pulmonary Rehabilitation in Patients with COVID-19]. *Pneumologie*. 2020;74:496–504. doi:10.1055/a-1193-9315.

Biase S de, Cook L, Skelton DA, Witham M, Hove R ten (2020). The COVID-19 rehabilitation pandemic. *Age Ageing*; 49:696–700. doi:10.1093/ageing/afaa118.

Finanzielle und berufliche Folgen einer Krebserkrankung bei jungen Erwachsenen - eine Patientenbefragung

Ulf Seifart¹; Lena Deinert²

¹ Deutsche Rentenversicherung Hessen;

² Deutsche Rentenversicherung Hessen Klinik Sonnenblick

Hintergrund und Zielstellung

Maligne Erkrankungen haben in den letzten Jahren einen deutlichen Zuwachs verzeichnet. In Zukunft werden, im Hinblick auf die höheren Lebenserwartungen, maligne Tumorerkrankungen einen weiteren Anstieg erfahren. Die Krebserkrankung selbst sowie deren Therapie und Folgen sind mit körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen verbunden. Durch diagnostische und therapeutische Fortschritte ist heute für viele Patienten

eine soziale Reintegration in ihr Berufsleben möglich, wo vorher allenfalls eine symptomatische Betreuung möglich erschien. Pro Jahr erkranken etwa 16 500 junge Menschen zwischen 18 und 39 Jahren an Krebs, Tendenz steigend. Bei steigender Lebensarbeitszeit, stellt die Diagnose Krebs und die Folgen der Therapien, in diesem jungen Lebensabschnitt, neben den physischen und psychischen Belastungen, ein relevantes finanzielles Problem dar. Eine Berentung oder der Verlust des Arbeitsplatzes gehen oft mit erheblichen finanziellen Konsequenzen einher. Eine Krebsdiagnose bedeutet für diese Patienten einen gravierenden Einschnitt in die gesamte Lebens- und Zukunftsplanung. Dabei unterscheiden sich die Problemstellungen und Herausforderungen deutlich von Patienten aus dem Bereich der pädiatrischen Onkologie als auch der Onkologie bei älteren Erwachsenen (Deutsche Stiftung für Junge Erwachsene mit Krebs, 2020).

Zielsetzung

- Haben junge Krebspatienten finanzielle Einbußen aufgrund ihrer Erkrankung?
- Wie beeinträchtigt die Erkrankung den beruflichen Alltag und Reintegration in die Berufswelt?
- Wann sind diese finanziellen Einschränkungen aufgetreten?
- Wurden Unterstützungsangebote angeboten oder gewünscht?

Die sozialmedizinischen Auswirkungen finanzieller Einbußen insbesondere von jungen Erwachsenen mit Krebs sind in Deutschland bis dato nicht erfasst und es gibt keine standardisierten Instrumente zur Erforschung der finanziellen Toxizität von Krebserkrankungen (Mehlis, 2020).

Methoden

Es handelt sich um eine Querschnittstudie. Anhand eines selbsterstellten Fragebogens wurde die berufliche Reintegration, die aktuelle sowie vorhergehende finanzielle Situation der Patienten untersucht. Anhand drei weiterer standardisierten Fragebögen wurde die subjektiv empfundene Lebensqualität (Short Form Health 36 Gesundheitsfragebogen, SF-36), die psychische Situation mit Augenmerk auf die Thematik Angst (Generalized Anxiety Disorder Scale-7 ,GAD-7) sowie neun Fragen zur Depressivität (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) untersucht. Zuvor wurde ein positives Ethikvotum der Ethikkommission des Fachbereiches Medizin der Philipps-Universität eingeholt (Az 163/20), welches am 24. November 2020 erteilt wurde.

Die Teilnahme an der Befragung war zu jedem Zeitpunkt für alle Patienten freiwillig und anonym. Der Fragebogen wurde Patienten, die dem Netzwerk der Deutschen Stiftung für Junge Erwachsene mit Krebs angeschlossen sind, vom 11. Dezember 2020 bis zum 31. Januar 2021 auf der Online-Plattform SoSci Survey zur Verfügung gestellt. Die erhobenen Daten aus den 125 rückläufigen, vollständig ausgefüllten Fragebögen wurden deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse

Junge Krebspatienten müssen finanzielle Verluste insbesondere während ihrer Behandlung hinnehmen. Die Befragung zeigt, dass neben krankheitsbedingten Mehrausgaben insbesondere Einkommenseinbußen aufgrund einer längeren Krankschreibung zu finanziellen Verlusten führen und deshalb die Lebensqualität beeinträchtigt. Neben der

Belastung der onkologischen Diagnose und der körperlich beeinträchtigenden Therapie, stellen zusätzlich die Sorgen um die eigene wirtschaftliche Situation und finanzielle Lage eine große Belastung der jungen Patienten dar.

Vor der Diagnose gaben 75,2 % der Befragten an berufstätig gewesen zu sein. Nach Diagnose und Therapie gaben lediglich 56 % der Befragten an wieder erwerbstätig zu sein. Die Mehrheit der Patienten gaben an ihre beruflich Situation habe sich durch die onkologische Diagnose geändert. Ein Patient berichtete, „die Sorge um die finanzielle Situation sei schlimmer gewesen, als die Krebsdiagnose und Therapie an sich.“

Hinsichtlich Unterstützungsangeboten, berichteten 40 % der Befragten, keine Hilfe oder Beratung im Verlauf hinsichtlich ihrer finanziellen Situation angeboten bekommen zu haben. Dabei war der Wunsch nach Unterstützungsangeboten bei 95 % vorhanden. Die Möglichkeit einer onkologischen Rehabilitation haben weniger als 80 % angeboten und wahrgenommen. Die häufigste Hilfestellung, wurde den Patienten in Form von Beratung durch den Sozialdienst gestellt.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse dieser Studie, welche an einem kleinen Patientenkollektiv durchgeführt wurde, zeigen, dass eine frühzeitige Beratung hinsichtlich der finanziellen Probleme und Unterstützung dringend notwendig ist und diese im Behandlungsablauf mitintegriert werden sollte. Im Rahmen einer onkologischen Rehabilitation können diese Unterstützungsangeboten insbesondere in Form von Beratungen, aber auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeits- und Gesellschaftsleben, initialisiert und erbracht werden. Somit ist es wichtig, die behandelnden Ärzte und Kliniken auf das Angebot einer onkologischen Rehabilitation insbesondere von jungen Patienten aufmerksam zu machen

Literatur

- Deutsche Stiftung für Junge Erwachsene mit Krebs [online] <https://junge-erwachsene-mit-krebs.de/ueber-uns/motivation-und-ziele/> [Abruf: 10.05.2020]
- Mehlis, K., Surmann, B., Winkler, E.C: (2020): Finanzielle Auswirkung von Krebserkrankungen und sozioethische Implikationen. *Onkologe*, 26:425-430.

Förderfaktoren und Barrieren bei der Inanspruchnahme des rehapro-Präventionsangebots für Arbeitslose

Ellen Gaus; Katharina Kotula; Rainer Kaluscha; Lena Tepohl

IFR Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Um die negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit zu verringern und die Erwerbsfähigkeit zu sichern (Neubert et al., 2019), soll ein niederschwelliges, d.h. eigenanteil- und vorleistungsfreies Präventionsangebot der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg für Arbeitslose entstehen, das speziell auf die psychosozialen Probleme von Arbeitslosen zugeschnitten ist. PräVAlO ist ein multimodales Programm, das

gesundheitsförderlichen Maßnahmen insbesondere mit psychosozialen Komponenten wie Empowerment, Stärkung der Resilienz sowie den Umgang mit Konflikten und knappen Ressourcen beinhaltet. Durch diese innovativen Maßnahmen soll die physische und insbesondere die psychische Gesundheit der Arbeitslosen verbessert und das Risiko für die Entstehung von Krankheiten verringert werden.

Die ursprünglich geplante Rekrutierung über die Jobcenter/Agentur für Arbeit konnte pandemiebedingt nicht wie geplant stattfinden, sodass nur eine postalische Information erfolgte. Zudem fiel die Teilnahmebereitschaft der Arbeitslosen im ersten Durchgang im Jahr 2020 spärlich aus. Einige potenziellen Teilnehmer meldeten sich zwar für die Maßnahme an, traten diese aber schlussendlich nicht an oder brachen diese ab. Daher wurden Interviews durchgeführt, um bestehende Hürden und Förderfaktoren in Bezug auf die Inanspruchnahme des rehapro-Modellprojekts zu identifizieren und hieraus Verbesserungsmöglichkeiten für nachfolgende Durchgänge abzuleiten.

Methoden

Für den hier gewählten Untersuchungsgegenstand wurden Telefoninterviews als Erhebungsinstrument ausgewählt. Die Stichprobe wurde anhand eines qualitativen Quotenplans aus dem Pool des Suchlaufs, der im Zuge des PrävAlo-Projekts durchgeführt wurde, ermittelt.

Diese untergliederten sich in drei Gruppen:

- Teilnehmer, die die PrävAlo-Maßnahme bereits angetreten haben
- Nicht-Teilnehmer, die sich zwar zu der PrävAlo-Maßnahme angemeldet hatten, aber schlussendlich die Maßnahme nicht antraten
- Non-Responder, d.h. Arbeitslose, die postalisch über das Angebot informiert wurden, aber nicht reagiert haben

Quotierungsmerkmale wurden gezielt aus der Populationszusammensetzung ausgewählt, sodass die besonders wichtigen soziodemographischen Merkmale herangezogen werden konnten (Geschlecht, Alter, Arbeitslosigkeit und Nationalität).

Für die Interviews wurden für jede der drei Interviewgruppen ein teilstandardisiertes Erhebungsinstrument entwickelt, das als Interviewleitfaden diente. Der Interviewleitfaden enthielt Fragen zu Förderfaktoren, Barrieren, Hindernisse der Teilnahme, Zugangswege, Zufriedenheit mit dem Informationsmaterial, Ansprache, Motivation und Zielsetzung.

Die Telefoninterviews wurden aufgrund der sensiblen Zielgruppe nicht aufgezeichnet, um einen offenen und ungezwungenen Austausch mit den Teilnehmern zu ermöglichen. Anstatt einer Aufnahme des Interviews und einer anschließenden Transkription wurde das Interview durch einen Beisitzer protokolliert. Die Protokolle wurden inhaltsanalytisch nach gängigen Methoden der qualitativen Sozialforschung ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt wurden elf Interviews durchgeführt, darunter vier Interviews mit Nicht-Teilnehmern, vier mit Non-Respondern und drei mit Teilnehmenden der PrävAlo-Maßnahme. Durch die Interviews wurde ersichtlich, dass man bei der Erstellung der Informationsmaterialien verstärkt Barrieren abbauen, auf eine einfache Sprache achten und die

Informationsmaterialien möglichst auf das Wesentliche kürzen sollte. Unter anderem wurde deutlich, dass vermehrt Begrifflichkeiten wie z.B. Prävention/Rehabilitation eine Hürde darstellten und nicht voneinander abgegrenzt werden konnten und es dementsprechend zu Fehlschlüssen kam.

Die Interviewteilnehmer wurden auch zu geeigneten Ansprechpartnern für das Bewerben der PräVAlO-Maßnahme befragt. Aus Sicht der Befragten eigneten sich als Multiplikatoren der PräVAlO-Maßnahme Mitarbeiter des Jobcenters oder der Agentur für Arbeit. Gründe, die zu dieser Sichtweise beitrugen, waren die Auffassungen, dass den Mitarbeitern im Jobcenter das Krankheitsbild der Arbeitslosen bekannt sei und sie dadurch die gesundheitliche Verfassung einschätzen könnten. Die Befragten äußerten sich auch dahingehend, dass von den Mitarbeitern des Jobcenters und der Agentur für Arbeit eine erweiterte Zugkraft ausginge, da die Zielgruppe befürchten könnte, dass ihnen bei Nichtantritt daraus Nachteile entstehen könnten (z.B. Kürzung der monetären Leistungen). Diese Möglichkeit der Ansprache sah die Mehrzahl der Interviewten als Förderfaktor an, um potenzielle Teilnehmer auf die Präventionsmaßnahme aufmerksam zu machen. Arbeitslosenzentren hingegen sollten laut den Befragten für die Ansprache der Arbeitslosen nicht forciert werden.

Des Weiteren wurde von einigen Befragten der Wunsch geäußert, psychologische Betreuungen und Therapien vermehrt in den Fokus zu rücken. Auch die Konzeption eines rein ambulanten Präventionsprogrammes sahen die Befragten als Förderfaktor an, da die Hürden, die durch ein stationäres Setting (z.B. Wegstrecke, Unterbringung, Betreuung von Angehörigen und Tieren) entstehen, ausgeräumt würden.

Diskussion und Fazit

Zusammengefasst kann dargestellt werden, dass die Zielgruppe zum einen ein ambulantes Setting und zum anderen die Agentur für Arbeit und das Jobcenter als geeigneten Ansprechpartner für die Bewerbung von Präventionsmaßnahmen favorisiert. Durch die Kenntnis von Förderfaktoren und Barrieren ist eine optimierte Ansprache möglich, um die Teilnehmerquote zu erhöhen und vermehrt Arbeitslose bei der Förderung ihrer physischen und psychischen Gesundheit zu unterstützen.

Literatur

Neubert, M.; Süßenbach, P.; Rief, W.; Euteneuer, F. (2019). Unemployment and mental health in the German population. The role of subjective social status. In: *Psychology research and behavior management* 12, S. 557–564. DOI: 10.2147/PRBM.S207971.

Förderliche Kontextfaktoren bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation – ein Scoping Review

Maria Mader¹; Yüce Yılmaz-Aslan²; Oliver Razum¹

¹ Universität Bielefeld; ² Universität Bielefeld / Universität Witten/Herdecke

Hintergrund und Zielstellung

Der Anteil von Erwerbstätigen in der Bevölkerung wird in den nächsten Jahren sinken. Ursache ist der demografische Wandel, einhergehend mit einer höheren Anzahl versorgungsbedürftiger und multimorbider Menschen, die sich möglicherweise vorzeitig aus dem Erwerbsleben zurückziehen. Um die Teilhabe dieser Menschen zu verbessern sowie Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, ist die medizinische Rehabilitation eine geeignete Gesundheitsstrategie (Robert Koch-Institut, 2015; Stucki et al., 2018). Obwohl die medizinische Rehabilitation ein gesetzlich verankerter Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist, wird sie auch bei vorhandenem Rehabilitationsbedarf nicht immer beantragt. Bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) wurden im Jahr 2020 nur ca. 1,13 Mio. Leistungen medizinischer Rehabilitation im Vergleich zu 2010 (ca. 1,36 Mio.) beantragt (DRV 2021). Bislang fokussierte die Forschung vor allem Barrieren im Rehabilitationszugang und im Antragsverhalten bei der medizinischen Rehabilitation. Welche förderlichen Kontextfaktoren bei der Beantragung medizinischer Rehabilitationsleistungen bestehen, wurde eher selten untersucht (Mittag et al., 2007; Spanier et al., 2016). Diese Lücke soll die vorliegende Arbeit füllen.

Methoden

In einem Scoping Review wurde der aktuelle Forschungsstand zu förderlichen Kontextfaktoren bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation bei Erwachsenen mit Rehabilitationsbedarf oder -bedürfnis unter Einbeziehung aller Studientypen sowie grauer Literatur identifiziert. Zwei Forscherinnen sichteten, bewerteten und diskutierten die eingeschlossenen Studien im Vier-Augen-Prinzip. In diesen Datenbanken und grauer Literatur wurde recherchiert: PubMed, Livivio, Base, Rehadat und Tagungsbände. Eingeschlossen wurden Studien von 1995-2020, die das Antragsverhalten und den Rehabilitationszugang bei medizinischer Rehabilitation, Personen mit Rehabilitationsbedarf und -bedürfnis mit dem Fokus auf förderlichen Kontextfaktoren untersuchen.

Ergebnisse

Von 3.353 Literaturquellen wurden Titel und Abstracts gesichtet und 90 Volltexte auf ihre Eignung für das Review geprüft. Es wurden 40 Studien eingeschlossen. Davon waren 39 der Studien quantitativ ausgerichtet und nur eine Studie wurde in einem qualitativen Design durchgeführt.

92% der Studien untersuchten förderliche und hinderliche Kontextfaktoren im Antragsverhalten einer medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit Rehabilitationsbedarf oder -bedürfnis. 8% der Studien fokussierten allein jene Faktoren, die zu einer Antragsstellung medizinischer Rehabilitation führen können.

Diese förderlichen Kontextfaktoren wurden identifiziert: ein schlechter Gesundheitszustand, Multimorbidität, chronische Erkrankungen sowie Einschränkungen der Leistungsfähigkeit.

Das Verhalten betreffende Erwartungen umfassen u.a. die Selbstwirksamkeit, die Vorerfahrung mit einer Rehabilitation, die subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit, die Gefährdung der Arbeitsfähigkeit und weitere Motive, die die Antragsstellung fördern können. Die Unterstützung durch Beziehungen und Umfeld äußert sich v.a. in den Empfehlungen für eine medizinische Rehabilitation durch An- und Zugehörige sowie durch Haus- und Fachärzt*innen. Ferner ist die Tätigkeit in einem größeren Betrieb oder öffentlichen Arbeitgeber ein Faktor, der sich positiv auf das Antragsverhalten auswirken kann. Eine Aufforderung durch die Rentenversicherung oder Krankenkasse wird ebenfalls als ein fördernder Faktor für das Antragsverhalten der medizinischen Rehabilitation beschrieben.

Diskussion und Fazit

Es fehlen Mixed-Methods-Studien und rein qualitative Studien, um das komplexe Antragsverhalten adäquat verstehen zu können. Auch inwieweit die Diversität der Antragsstellenden eine fördernde Rolle für die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation spielt, sollte untersucht werden. Die alleinige Betrachtung von Barrieren in Studien zum Rehabilitationszugang ist zu kurz gegriffen, wenn in den nächsten Jahren eine größere Anzahl versorgungsbedürftiger Personen zu erwarten ist. Vielmehr sollten die förderlichen Kontextfaktoren mit Fokus auf den Ressourcen bei der Antragsstellung für ein tieferes Verständnis untersucht werden, um einen Perspektivenwechsel in der Rehabilitationsforschung herbeizuführen.

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (Hrsg.) (2021). Rentenversicherung in Zahlen 2021. Statistik der deutschen Rentenversicherung, Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Mittag, O., Meyer, T., Glaser-Möller, N., Matthis, C., Raspe, H. (2007). Prädiktoren der Reha-Antragstellung in einer Bevölkerungsstichprobe von 4.225 Versicherten der Arbeiterrentenversicherung. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 20 (77), 161–166.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Berlin: RKI.
- Spanier, K., Mohnberg, I., Peters, E., Michel, E., Radoschewski, M., Bethge, M. (2016). Motivational and Volitional Processes in the Context of Applying for Medical Rehabilitation Services. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 66 (6). 242–248.
- Stucki, G., Bickenbach, J., Gutenbrunner, C., Melvin J. (2018): Rehabilitation: The health strategy of the 21st century. Journal of rehabilitation medicine, 50, 309–316.

Freitextanalyse einer aktuellen Erhebung zur Tele-Reha-Nachsorge

Frank Merten; Sebastian Knapp

Goreha GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Durch eine Reha-Nachsorge kann eine Verstetigung der gesundheitsbezogenen Veränderungen erzielt und über dies eine verbesserte berufliche Wiedereingliederung erreicht werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019). Dennoch wird Reha-Nachsorge indikationsübergreifend nur von etwa jedem vierten Patienten durchgeführt (Gerdes et al., 2005). Web-basierte Nachsorgeangebote bieten hier das Potenzial, Rehabilitanden eine Nachsorgemaßnahme trotz unterschiedlicher Lebensumstände zu ermöglichen. Insbesondere in der Pandemie-Situation, kommt der Tele-Reha-Nachsorge (TRN) eine wesentliche Bedeutung zu. Bedingt durch die Corona-Pandemie hat die DRV Bund eine zunächst befristete Öffnung der Reha-Nachsorge für digitale Therapieangebote umgesetzt. Vor diesem Hintergrund wurde von der DRV ein Evaluationsfragebogen an alle anerkannten Anbieter von TRN übermittelt, welcher nach Beendigung eines digitalen Nachsorgeangebots von den Rehabilitanden ausgefüllt werden soll. Es wurde nun der Frage nachgegangen, welche Gründe Rehabilitanden für die Wahl einer TRN angegeben haben und welche Aspekte für sie hier ausschlaggebend sind.

Methoden

Die Datengrundlage stellten die digital erhobenen anonymen Fragebogenangaben der aktuellen DRV Befragung dar, die im Zeitraum von Mai bis Oktober 2021 erhoben werden konnten. In die Analysen wurden alle Rehabilitanden eingeschlossen, für die ein digitaler Fragebogen vorlag und die ihre Nachsorge mit der Online Therapieplattform Caspar Health durchgeführt haben. Es wurden Fragen mit Mehrfachauswahl sowie die Freitextangaben zu den Gründen der Wahl einer TRN extrahiert, inhaltlich geclustert und analysiert. Zudem wurden die soziodemographischen Merkmale der Rehabilitanden deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse

Die Grundlage der Datenanalyse bildeten insgesamt 348 Fragebögen. Die Rehabilitanden waren zu knapp 60% weiblich, hatten zu etwa 64% ein Alter zwischen 46 und 59 Jahren, waren zu ca. 61% ganztags berufstätig und die Behandlung erfolgte zu fast 92% aufgrund einer Erkrankung des Bewegungsapparates. Die Fragen für die ausschlaggebenden Gründe der Teilnahme an der TRN (Mehrfachauswahl mit max. drei Antworten) konnten von 348 Rehabilitanden ausgewertet werden. In absteigender Reihenfolge wurden zumeist geringer Zeitaufwand (157), berufliche Gründe (139), kein wohnortnahes Angebot (126), sowie gegebene technische Voraussetzungen (121) genannt. Mit relativem Abstand folgten danach die Nachsorge explizit digital durchführen zu wollen (79), die Einzelleistung einer Gruppenleistung vorzuziehen (67) als auch familiäre Gründe (54). Zusätzliche freitextlich genannte Gründe konnten von 64 Rehabilitanden analysiert werden. In beinahe zwei Drittel aller Freitextantworten wurde die Corona-Pandemie genannt. An diese Antwort geknüpft wurden u.a. die Maskenpflicht sowie die Angst vor der eigenen Ansteckung, insbesondere bei Risikopatienten, als auch die Sorge andere unwissentlich anzustecken, z.B. bei Erziehern

oder Lehrern. Im Kontext der Corona-Pandemie wurde zudem häufig die stark eingeschränkte Möglichkeit eine ambulanten Präsenznachsorge (APN) antreten zu können, genannt. Es zeigte sich häufig die Sorge vor einem Abbruch einer bereits begonnenen APN. Die teils sehr langen Wartezeiten, die praktisch keinen nahtlosen Übergang von der Rehabilitation in die Nachsorge zulassen sowie die Situation keine Termine für eine APN noch eine andere Therapiemöglichkeit zu bekommen, selbst dann, wenn es prinzipiell wohnortnahe Therapiemöglichkeiten gab, waren weitere Aspekte.

Als weiteres wesentliches Argument wurde die Flexibilität einer TRN genannt. Es kondensierten sich drei Aspekte heraus: Zum einen die zeitliche Unabhängigkeit, da die Rehabilitanden weder auf feste Therapietage noch Uhrzeiten angewiesen sind und auch das Wochenende nutzen können. Zum zweiten die inhaltliche Flexibilität, indem Therapieinhalte individuell über den Tag verteilt (z.B. morgens Training und abends Entspannung oder Edukation) umgesetzt werden können. Und drittens die personalisierte Flexibilität, da es die TRN ermöglicht, die Therapie der eigenen Tagesform anzupassen, sodass dem eigenen Wohlbefinden entsprechend trainiert oder pausiert werden kann. Ferner wurde der Aspekt der reduzierten Mobilität genannt, die häufig aufgrund von Nachbehandlungsschemata, persistierenden Belastungseinschränkungen oder Schmerzen infolge einer Operation besteht. Daher ist zum Teil das Führen des eigenen Fahrzeugs oder die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel nicht oder nur eingeschränkt möglich.

Diskussion und Fazit

Die Auswertung der subjektiven Freitextangaben ergibt richtungsweisende Einblicke in die Befindlichkeiten der Teilnehmenden während und nach einer TRN. Insbesondere kristallisieren sich wichtige Aspekte für die Entscheidung zur Teilnahme an einer Maßnahme heraus. Die TRN ist mittlerweile ein fester Bestandteil der Flexibilisierung der Angebotsstrukturen der Leistungserbringer geworden. Die Ergebnisse stärken die Notwendigkeit einer Öffnung der Rehe-Nachsorge für digitale Therapieangebote.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2019). Reha Bericht 2018.: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.

Gerdes N, Bührlen B., Lichtenberg S., Jäckel W.H. (2005). Rehabilitationsnachsorge (RENA Pro- jekt). Vorläufiger Abschlussbericht. Bad Säckingen.

Interessenskonflikt: Frank Merten und Sebastian Knapp sind Mitarbeiter bei Caspar Health.

Frühe maladaptive Schemata und Symptomreduktion bei chronisch und nicht chronisch depressiven Rehabilitanden

Alexandra Schosser; Daniela Fischer-Hansal; Birgit Senft

BBRZ-Med

Hintergrund und Zielstellung

Frühe maladaptive Schemata (Early Maladaptive Schemas, EMS) sind der Niederschlag früher biographischer Erlebnisse von nicht erfüllten emotionalen Grundbedürfnissen. Sie spielen eine kausale Rolle in der Entwicklung späterer Psychopathologie. Jeffrey Young (1990) unterteilte die EMS in fünf Domänen welche sich als signifikante Prädiktoren von Depressionsschwere und depressiven Episoden erwiesen (Halvorsen et al., 2010, Renner et al., 2012). Die aktuelle Studie hatte zum Ziel den prädiktiven Wert von Schemata auf die Symptomreduktion bei chronisch depressiven im Vergleich zu nicht chronisch depressiven Rehabilitanden zu untersuchen. Weiters werden auch nicht depressive Rehabilitanden den beiden o.g. Gruppen gegenübergestellt.

Methoden

Alle Rehabilitanden wurden schriftlich bei Beginn und Ende der 6-wöchigen Rehabilitation mittels Beck Depressions-Inventar-BDI-II (Hautzinger et al. 2006) befragt, für die Erfassung der frühen maladaptiven Schemata (EMS) wurde die deutsch Kurzversion des Young-Schema-Questionnaire (YSQ-S3; Berbalk et al. 2007) vorgegeben. Von 1916 Rehabilitanden der Jahre 2017 bis 2021 liegen vollständige Daten für sowohl BDI-II als auch YSQ-S3 bei Aufnahme vor, für das BDI-II liegen zusätzlich Entlassungswerte von 1546 Rehabilitanden vor (80,7%). Das Durchschnittsalter liegt bei 44,06 Jahren (SD=10,19) und der Frauenanteil liegt bei 64,7%. Der überwiegende Teil ist nicht erwerbstätig (55,4%), 25,2% sind berufstätig, 17,3% beziehen RehaGeld oder Erwerbsminderungsrente und 2,1% sonstige Einkünfte. Von der Gesamtstichprobe litten 49,4% (n=947) unter einer chronischen und 22,4% (n=429) unter einer nicht-chronischen Depression (28,2% nicht depressive Erkrankungen; n=540).

Ergebnisse

Bei Beginn der Rehabilitation weisen alle drei Diagnosegruppen eine mittelschwere und am Ende eine leichte depressive Symptomatik im BDI-II auf. In allen drei Gruppen kommt es zu einer signifikanten und starken Reduktion der Symptomatik (chronische Depression: $d=0,78$; KI: 0,68 – 0,88; nicht-chronische Depression: $d=0,75$; KI: 0,60 – 0,90; sonstige Störungen: $d = 0,75$; KI: 0,61 – 0,89).

In den fünf Schema-Domänen des YSQ-S3 zeigen sich sowohl multivariat ($p < 0,001$) als auch univariat signifikante Unterschiede (siehe Abbildung 1).

Young - Schema - Domänen: Mittelwerte

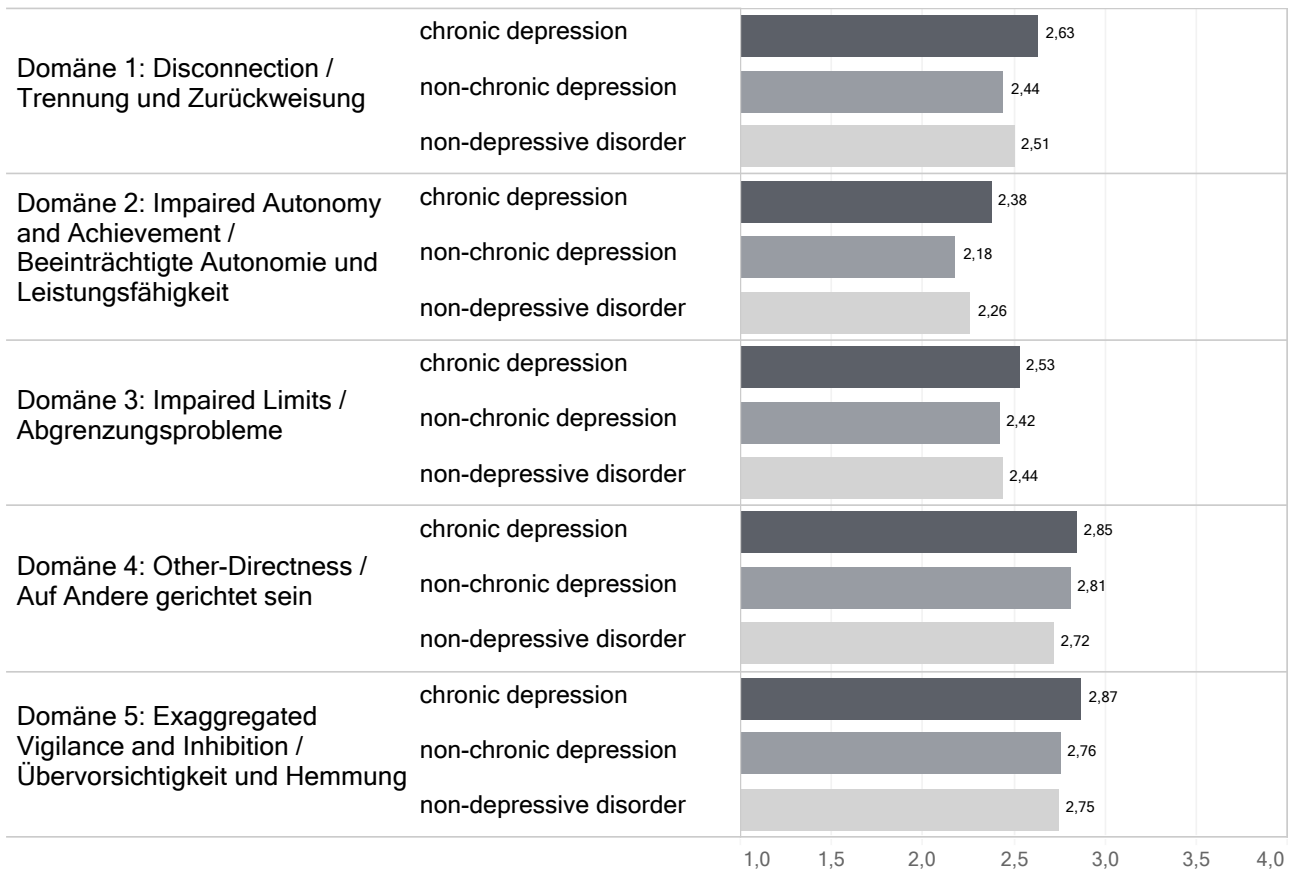


Abb. 1: Mittelwerte in den Schema-Domänen (Young et al. 1990) bei Reha-Beginn nach Diagnose-Kategorie. Rehabilitanden mit einer chronischen Depression weisen signifikant höhere Werte in den Domänen 1 „Trennung und Zurückweisung“, 2 „Beeinträchtigte Autonomie und Leistungsfähigkeit“ sowie 5 „Übervorsichtigkeit und Hemmung“ auf als Patienten mit einer nicht-chronischen Depression oder mit nicht depressiven Erkrankungen. In den Domänen 3 „Abgrenzungsprobleme“ und 4 „Auf andere gerichtet sein“ weisen Rehabilitanden mit einer chronischen Depression signifikant höhere Werte auf als Rehabilitanden ohne depressive Störung, zu Rehabilitanden mit einer nicht-chronischen Depression besteht hingegen kein signifikanter Unterschied. Auch auf Ebene der einzelnen Schemata zeigte sich multivariat ein signifikanter Unterschied zwischen den Diagnosegruppen ($p < 0,001$), auf univariater Ebene zeigten sich bei 15 von 18 Schemata ebenfalls signifikante Unterschiede (siehe Abbildung 2).

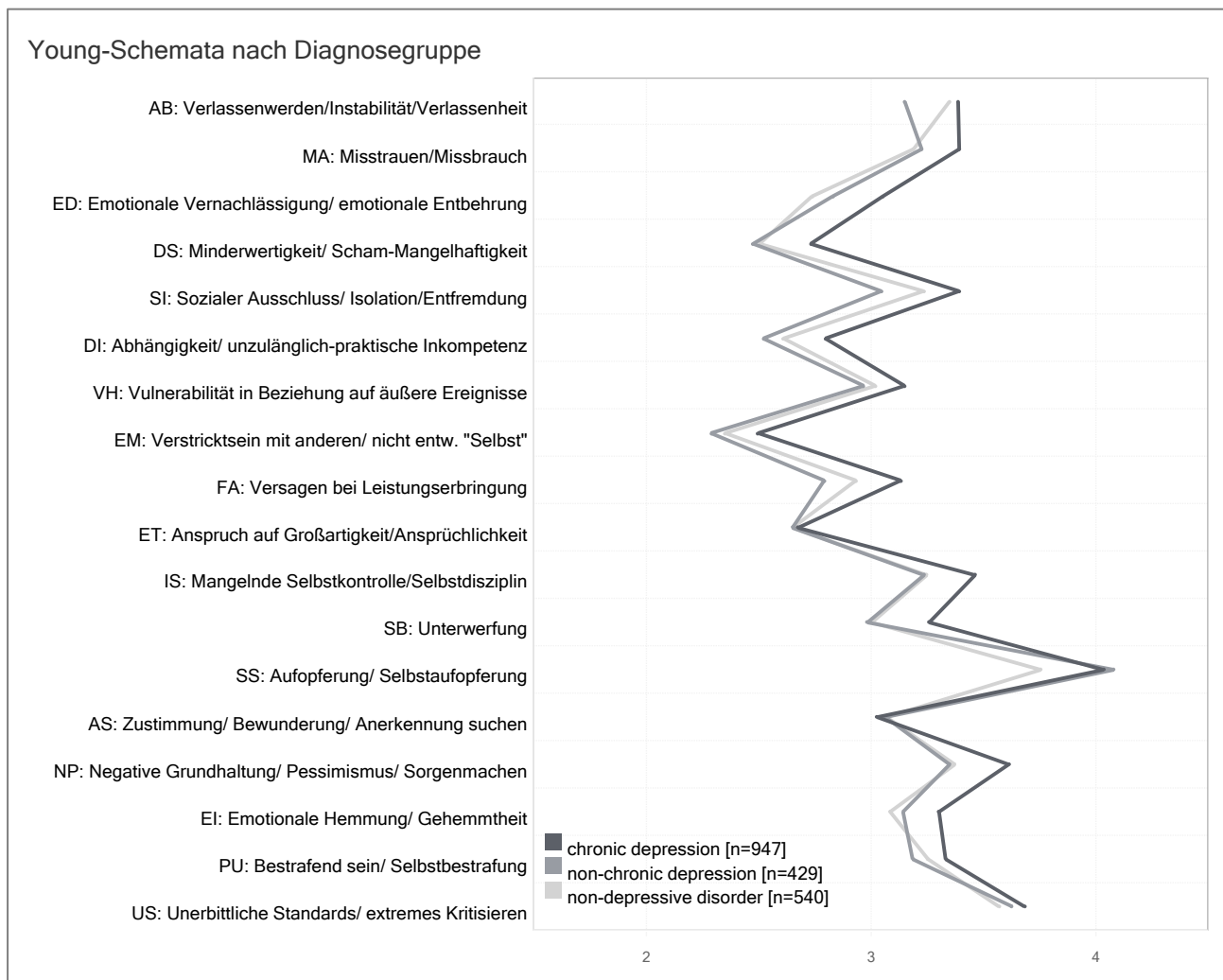


Abb. 2: Mittelwerte für die frühen maladaptiven Schemata (Young et al. 1990) nach Diagnosegruppe

Nur in den Schemata „Anspruch auf Großartigkeit“ ($p = 0,849$), „Zustimmung/ Bewunderung/ Anerkennung suchen“ ($p = 0,757$) und „Unerbittliche Standards/extremes Kritisieren“ ($p = 0,153$) zeigte sich kein signifikanter Unterschied. Das Schema „Aufopferung/ Selbstaufopferung“ ist bei chronischer und nicht-chronischer Depression mit Abstand am höchsten ausgeprägt. Bei der Einbeziehung der Schema-Domänen als Kovariate in die Varianzanalyse mit Messwiederholung erweist sich Domäne 4 „Auf andere gerichtet sein“ als signifikanter Einflussfaktor ($\text{time} * D4: p = 0,012$). In dieser Domäne finden sich die Schemata „Unterwerfung“, „Aufopferung“ und „Zustimmung/Bewunderung“ suchen. Je stärker diese Schemata ausgeprägt sind, desto geringer ist die Reduktion der depressiven Symptomatik, allerdings ist der Effekt klein ($\eta^2p = 0,004$).

Diskussion und Fazit

Rehabilitanden mit chronischer Depression profitieren von der 6-wöchigen Rehabilitation im gleichen Ausmaß wie Rehabilitanden mit nicht-chronischer Depression oder mit nicht depressiven Erkrankungen. Chronische Depressive zeigen jedoch in allen Domänen und in fast allen Schemata signifikant höhere - und damit kritischere – Ausprägungen. Ein Fokus auf die Behandlung früher maladaptiver Schemata, beispielsweise durch die Bearbeitung früher biographischer Erlebnisse, sollte zur nachhaltigen Stabilisierung der Effekte deshalb

Bestandteil der Rehabilitation chronisch Depressiver sein, um einer weiteren Chronifizierung entgegenzuwirken.

Literatur

- Berbalk, H., Grutschpalk, E., Parfy, E. & Zarbock, G. (2007). Young Schema Questionnaire Short Form - deutsche Fassung (Institut für Schematherapie, Hrsg.). Hamburg: Institut für Schematherapie.
- Halvorsen, M., Wang, C.E., Eisenmann, M., Waterloo, K. (2010). Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas as Predictors of Depression: A 9-Year Follow-Up Study. *Cogn Ther Res* 34:368-379.
- Hautzinger, M., Keller F. & Kühner, C. (2006). BDI-II Beck Depressions-Inventar Revision. Manual. Frankfurt: Harcourt Test Services.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *J Affect Disord* 136:518-590.
- Young, J.E., Brown, G. (1990). Young schema questionnaire. New York: Cognitive Therapy Centre of New York.

Gesundheitskompetenz in der Rehabilitation - Befragung von Rehabilitand*innen und medizinischen Fachpersonen

Mona Voigt-Barbarowicz¹; Ruben Schmöger²; Nicole Renken²; Günter Dietz²; Gerrit Maier²; Norbert Hemken²; Anna Levke Brütt¹

¹ Carl von Ossietzky Universität Oldenburg; ² Reha-Zentrum am Meer - Bad Zwischenahn

Hintergrund und Zielstellung

Vielen Patient*innen fällt es schwer, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden – sie sind in ihrer Gesundheitskompetenz eingeschränkt (Sørensen et al., 2012). Gesundheitskompetenz beruht einerseits auf den persönlichen Fähigkeiten jedes einzelnen Menschen, aber ist auch von den Anforderungen und der Komplexität der Systeme und Organisationen abhängig. Eine geringere Gesundheitskompetenz hängt mit höheren Gesundheitsrisiken und mit schlechteren patientenrelevanten sowie gesundheitsbezogenen Outcomes zusammen. Bei chronisch Erkrankten beeinflusst sie das Selbstmanagement (Bitzer, Spörhase, 2015). Besonders in der Rehabilitation sind medizinische Fachpersonen (Health Care Professionals, HCPs) an der Klärung von gesundheitlichen Fragen beteiligt. Um (Informations-) Bedürfnisse identifizieren zu können, sollte die Gesundheitskompetenz ihrer Rehabilitand*innen als multidimensionales Konstrukt verstanden und erfasst werden (Voigt-Barbarowicz & Brütt, 2020).

Die Fragestellungen dieser Studie waren daher:

1. Wie verändert sich die eingeschätzte Gesundheitskompetenz der Rehabilitand*innen im Verlauf eines 3-wöchigen Rehabilitationsaufenthaltes?
2. Wie schätzen verschiedene HCPs (Ärztenschaft, Physiotherapie, Sozialdienst, Pflege) die rehabilitand*innenbezogene Gesundheitskompetenz ein?

3. Stimmen die Einschätzung der patientenbezogenen Gesundheitskompetenz durch Rehabilitand*innen und HCPs überein?

Methoden

Eine kombinierte Querschnitts- und Längsschnittstudie wurde von September bis Dezember 2020 in einem orthopädischen und rheumatologischen Rehabilitationszentrum (stationär) durchgeführt. Die Rehabilitand*innen schätzten ihre Gesundheitskompetenz zu Beginn (T0) und am Ende (T1) ihres Reha-Aufenthaltes mit dem Health Literacy Questionnaire (HLQ, Nolte et al., 2017) ein. Die Selbsteinschätzung erfolgte anhand von 44 Items, die 9 Skalen (Skala 1: Sich von Gesundheitsdienstleistern verstanden und unterstützt fühlen, Skala 2: Ausreichende Informationen zu haben, um mich um meine Gesundheit zu kümmern, Skala 3: Sich aktiv um seine Gesundheit kümmern, Skala 4: Soziale Unterstützung für die Gesundheit, Skala 5: Bewerten von Gesundheitsinformation, Skala 6: Fähigkeit zur aktiven Zusammenarbeit mit Gesundheitsdienstleistern, Skala 7: Navigation im Gesundheitswesen, Skala 8: Fähigkeit, gute Gesundheitsinformationen zu finden, Skala 9: Gesundheitsinformationen gut verstehen können, um nach ihnen zu handeln) zugeordnet werden können. Jede HLQ-Skala umfasst zwischen 4 und 6 Items. Zudem schätzen HCPs zu Beginn des Reha-Aufenthaltes die Gesundheitskompetenz ihrer Rehabilitand*innen auf vier der HLQ-Skalen (2,3,6 und 9) ein. Die Bewertung der Items erfolgte auf einer vier- bzw. fünfstufigen Likert-Skala, wobei hohe Werte darauf hindeuten, dass die Aussage völlig zutrifft bzw. bestimmte Anforderungen als einfach empfunden werden. Neben dem HLQ wurden soziodemografische Daten von Rehabilitand*innen und HCPs, wie z.B. Geschlecht, Altersgruppe, Bildungsabschluss, Erwerbssituation oder auch Berufserfahrung, erhoben. Eingeschlossen wurden über die DRV-versicherte Rehabilitand*innen, die mindestens 18 Jahre alt waren. Die Datenauswertung erfolgte deskriptiv und über Tests auf Mittelwertunterschiede.

Ergebnisse

Für die erste Fragestellung wurden n=287 Fragebögen von Rehabilitand*innen (T0 und T1) in die Analyse einbezogen. Der Großteil der Teilnehmenden war weiblich (n=178) und befand sich in der Altersgruppe 50-59 Jahre (n=140). Zum Reha-Ende bewerteten die Rehabilitand*innen ihre Gesundheitskompetenz auf fünf der HLQ-Skalen (2,3,6,7 und 8) höher als zu Reha-Beginn.

Zur Beantwortung der zweiten und dritten Fragestellung wurden n=278 Einschätzungen von Rehabilitand*innen sowie für diese Rehabilitand*innen verfügbare HCP-Einschätzungen ausgewertet. Für n=126 Rehabilitand*innen lagen Einschätzungen von einem HCP vor, für n=112 Rehabilitand*innen waren zwei und für n=40 drei oder mehr HCP-Einschätzungen verfügbar. Insgesamt schätzen N=32 HCPs die Gesundheitskompetenz ihrer Rehabilitand*innen ein.

Die Einschätzungen der HCPs lagen auf den Skalen 6 und 9 höher als die Einschätzungen der Rehabilitand*innen. Die Berufsgruppe Pflege schätzte auf jeder der vier Skalen die Gesundheitskompetenz höher ein als die Rehabilitand*innen selbst. Die Einschätzungen durch Rehabilitand*innen und HCPs weisen insgesamt eine geringe bis mittelmäßige Übereinstimmung auf.

Diskussion und Fazit

Die durchgeführte Studie fokussiert die Gesundheitskompetenz als wichtiges Thema im Setting Rehabilitation. Im Verlauf einer orthopädischen oder rheumatologischen Rehabilitation konnten einzelne Aspekte der Gesundheitskompetenz signifikant verbessert werden. So werden Informationen besser verstanden und auch die Navigation im Gesundheitssystem fällt leichter. Rehabilitand*innen und HCPs stimmen in ihren Einschätzungen der Gesundheitskompetenz nur wenig überein. Besonders Überschätzungen können dazu beitragen, dass HCPs nicht ausreichend auf die Gesundheitskompetenz der Rehabilitand*innen eingehen. Daher sollten die verschiedenen Aspekte der Gesundheitskompetenz von HCPs in der Kommunikation mit ihren Rehabilitand*innen stärker beachtet werden, um Kommunikationsprobleme zu vermeiden.

Literatur

- Bitzer, E. M., & Spörhase, U. (2015). Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation und die Bedeutung für die Patientenschulung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 58(9), 983-988.
- Nolte, S., Osborne, R. H., Dwinger, S., Elsworth, G. R., Conrad, M. L., Rose, M., ... & Zill, J. M. (2017). German translation, cultural adaptation, and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *PloS one*, 12(2), e0172340.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1-13.
- Voigt-Barbarowicz, M., & Brütt, A. L. (2020). The Agreement between Patients' and Healthcare Professionals' Assessment of Patients' Health Literacy—A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2372.

Herzangst beeinflusst kardiale Risikofaktoren und Lebensqualität im Verlauf psychokardiologischer Rehabilitation

Christoph Schmitz¹; Eike Langheim²; Judit Kleinschmidt²; Volker Köllner²

¹ Celenus Klinik Kinzigtal; ² Reha-Zentrum Seehof

Hintergrund und Zielstellung

Herzangst ist ein relevantes Konzept in der Psychokardiologie (Eifert et al., 2000; Hoyer & Lueken, 2011), wird aber in der klinischen Praxis selten erfasst und empirisch bislang wenig beforscht. Die Subdimensionen Furcht, Vermeidung und Aufmerksamkeit stellen kognitiv-emotionale, behaviorale und kognitiv-attentive Aspekte dar. In dieser Studie untersuchten wir Zusammenhänge zwischen Herzangst und behavioralen kardialen Risikofaktoren sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (LQ) bei komorbid kardial und psychisch erkrankten Patienten, auch hinsichtlich der Behandlungsergebnisse stationärer psychokardiologischer Rehabilitation.

Methoden

Im prospektiven Beobachtungsdesign wurden 238 Patienten in der psychokardiologischen Rehabilitation im Rehasentrum Seehof untersucht. Herzangst via Herzangstfragebogen (HAF) (Hoyer, Eifert, 2005), LQ via SF-12-Fragebogen, körperliche Leistungsfähigkeit im 6-Minuten-Gehtest und Rauchen wurden alle sowohl bei Aufnahme (t0) als auch bei Entlassung (t1) erfasst, körperliche Aktivität via IPAQ-Fragebogen zu t0.

Multiple Regressionsmodelle wurden verwendet, um den Vorhersagewert von Herzangst für die Ergebnisvariablen zu analysieren, adjustiert für soziodemografische Faktoren und Depressivität (BDI-II). Zunächst berechneten wir Analysen für die Ausgangsdaten zu t0, dann für die Veränderung der Ergebnisvariablen im Verlauf der Reha mit dem Regressorvariablen-Ansatz (Allison, 1990).

Ergebnisse

Keine der HAF-Skalen war Prädiktor für Rauchstatus zu t0, weder in einfachen noch in multiplen Regressionsmodellen. Der HAF-Gesamtwert war negativer Prädiktor für Erreichen von Rauchkarenz während der Reha. Herzangstbezogene Vermeidung war unabhängiger negativer Einflussfaktor auf körperliche Leistungsfähigkeit bei t0, in einfachen sowie in adjustierten Regressionsmodellen. Keine der HAF-Skalen zeigte Vorhersagewert für die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit in der Reha. Vermeidung erwies sich weiterhin sowohl in einfachen als auch in adjustierten Regressionsmodellen als unabhängiger negativer Prädiktor für körperliche Aktivität vor der Reha.

Hinsichtlich LQ zu t0 waren der HAF-Gesamtwert sowie Vermeidung negative unabhängige Prädiktoren für die SF-12 Unterskala körperliche Gesundheit, während herzangstbezogene Aufmerksamkeit unabhängiger negativer Prädiktor für die SF-12 Unterskala psychische Gesundheit war. Bezüglich Verbesserung der LQ im Verlauf der Reha erwies sich nur Vermeidung als unabhängiger (negativer) Prädiktor für eine Verbesserung der körperlichen Gesundheit.

Diskussion und Fazit

In unserer Stichprobe erwies sich Herzangst als wichtiger Einflussfaktor auf behaviorale kardiale Risikofaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität. Insbesondere herzbezogene Vermeidung ist assoziiert mit geringer körperlicher Aktivität und Leistungsfähigkeit sowie niedriger körperlicher gesundheitsbezogener Lebensqualität.

Hinsichtlich des Rauchens weisen unsere Ergebnisse darauf hin, dass Herzangst das Erreichen von Abstinenz erschwert. Herzbezogene Vermeidung sagte in unserer Stichprobe auch ein schlechteres psychokardiologisches Reha-Ergebnis hinsichtlich Verbesserung der körperlichen Lebensqualität voraus. Dies konnte nicht nur auf korrelationaler Ebene, sondern auch prospektiv und unabhängig von Depressivität und soziodemographischen Faktoren gezeigt werden, was auf kausale Zusammenhänge hinweist.

Zusammenfassend zeigt die vorliegende Studie, dass Herzangst, vor allem herzbezogene Vermeidung, ein relevanter hindernder Faktor bei der Erreichung therapeutischer Ziele ist, welche gesundheitsbezogene Lebensqualität und Verhaltensfaktoren in Bezug auf Herzerkrankungen betreffen. Daher erscheint es ratsam, Herzangst in diesem Bereich regelmäßig zu untersuchen und therapeutisch zu adressieren.

Literatur

- Allison, P.D. (1990). Change Scores as Dependent Variables in Regression Analysis. *Sociol Methodol.* 20. 93–114.
- Eifert, G.H., Zvolensky, M.J., Lejuez, C.W. (2000). Heart-Focused Anxiety and Chest Pain: A Conceptual and Clinical Review. *Clin Psychol Sci Pract*, 7. 403–417.
- Hoyer, J., Eifert, G.H. (2005). Herzangstfragebogen (HAF-17) – Deutsche Version des Cardiac Anxiety Questionnaire. In: Hoyer, J., Helbig, S., Margraf, J. (Hrsg): Diagnostik der Angststörungen. Göttingen: Hogrefe. 85–87.
- Hoyer, J., Lueken, U. (2011). Herzangst. *Psychother im Dialog*, 12. 70–74.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Implementierung und praktische Umsetzung der Erhebung von Patient-Related Outcomes (PROs) in der orthopädischen Rehabilitation – Chancen und Limitierungen

Torsten Kirsch¹; Anja Spies²; Matthias Köhler¹

¹ VAMED Gesundheit Holding Deutschland GmbH; ² VAMED Rehaklinik Damp GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Mit der rasanten Entwicklung in der medizinischen Behandlung hat auch der Bedarf nach einer Evaluierung der verschiedenen Behandlungsoptionen zugenommen. Die Erhebung der Behandlungsqualität aus Patientensicht (patient reported outcomes, PROs) nimmt hierbei eine zentrale Rolle ein, da in den bisher eingesetzten Qualitätssicherungssystemen die Erwartung und das Wohlergehen der Patienten nur eine untergeordnete Rolle spielen (Pross et al., 2017). In der Rehabilitation bieten PROs die Möglichkeit, nicht nur die individuelle Einschätzung der Patienten zu erheben, sondern durch die Verwendung standardisierter Fragebögen auch die Qualität und das Ergebnis der Rehabilitationsmaßnahmen verschiedener Einrichtungen und Träger direkt zu vergleichen. Erste Pilotprojekte der Qualitätsinitiative 4QD sind veröffentlicht und unterstreichen die Bedeutung und den qualitativen Nutzen von PROs (qualitätskliniken.de).

Allerdings zeigte sich in diesen Projekten auch, dass die Qualität der Datensätze stark variiert. Ziel dieser Arbeit ist, anhand der Erfahrungen aus vorangegangenen Studien die Probleme und Limitationen bei der Erhebung der PROs zu beschreiben und mögliche Lösungen aufzuzeigen.

Methoden

Im Rahmen des Projektes „Ergebnismessung in der orthopädischen Rehabilitation“ wurden in unseren Kliniken insgesamt 942 konsekutiv aufgenommene Patienten in die Studie eingeschlossen. Für die Assessments wurden die deutsche Version des VR-12 sowie indikationsspezifisch der HOOS-PS (Hip Osteoarthritis Outcome Score), der KOOS-PS (Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score) bzw. der ODI (Oldwestery Disability Index) eingesetzt. Die Befragungen fanden in einem Zeitraum zwischen 2 - 5 Monaten jeweils zu

Beginns und Ende des Reha-Aufenthaltes statt und wurden entweder digital erfasst oder per paper/pencil ausgefüllt und digital übertragen. Im Anschluss an das Projekt wurden die beteiligten Behandler bzgl. ihrer Erfahrungen und Schwierigkeiten bei der Erhebung der Daten und der Durchführung der Studie befragt.

Ergebnisse

Von 942 übermittelten Datensätzen wurden 773 vollständige Datensätze in die Auswertung übernommen (82%). Hierbei variierte die Qualität der Datensätze in den verschiedenen Einrichtungen erheblich (52% - 100%).

Pro Tag wurden zwischen 0,2 und 5 Patienten in die Studie eingeschlossen, abhängig von der Größe der Einrichtung und der Indikation. Wenn auch nicht signifikant, so ist doch eine Tendenz erkennbar, wonach die Anzahl der pro Tag eingeschlossenen Patienten mit dem Anteil der vollständig übermittelten Datensätze negativ korreliert. Eine mögliche Erklärung liegt in der Betreuung der Patienten, die in kleineren Einrichtungen zumeist intensiver und persönlicher ist und die Bereitschaft, die Befragungen gewissenhaft auszufüllen, erhöhte. Auch machte es einen Unterschied, ob der Bogen beim Abschlussgespräch zusammen mit den beteiligten Therapeuten oder Ärzten ausgefüllt wurde oder ob die Patienten den Bogen alleine ausfüllen sollten.

Die ursprüngliche Einschussrate der Patienten lag wesentlich höher als die übermittelten 942 Datensätze. Bei der Frage, warum die Rücklaufquote niedriger als erwartet war, stellte sich heraus, dass unter den Patienten die Relevanz und der Mehrwert der PRO-Erhebung für die Therapie nicht klar ersichtlich war und daher die Abschlussbögen nicht ausgefüllt wurden.

Auf Seiten der Ärzte und Therapeuten wurde die technische Umsetzung bemängelt, so mussten Daten aus den Kliniksystemen händisch in die Bögen übertragen werden. Auch wurde kritisiert, dass die Daten dem ärztlichen Dienst erst nach Auswertung der Studie zur Verfügung standen und nicht Eingang in das Entlassgespräch gefunden haben.

Diskussion und Fazit

Der Nutzen der Erhebung von PROs als Mittel der Qualitätssicherung und therapiebegleitende Maßnahme bzw. als Benchmarking zwischen verschiedenen Einrichtungen ist sicherlich unbestritten. Allerdings zeigten sich bei der praktischen Umsetzung etliche Probleme, die sicherlich dem Projektcharakter dieser Studie geschuldet sind, allerdings Verbesserungspotentiale für zukünftige PRO-Erhebungen aufzeigen.

So ist die Integration der Befragungen in die klinische Routine sicherlich eine der wichtigsten Voraussetzungen, um die Akzeptanz und Unterstützung der Behandler zu gewinnen. Erst wenn die Daten zeitnah in die klinischen Systeme übernommen und von den Behandlern im Rahmen der Therapie genutzt werden können, wird die Unterstützung und Motivation der Ärzte und Therapeuten gewährleistet sein.

Ebenso muss sichergestellt sein, dass auch die Patienten entsprechend geschult werden, so dass sie zum einen in der Lage sind, ihre Situation und den Therapieerfolg objektiv und realistisch einzuschätzen. Zum anderen muss auch der Mehrwert klar ersichtlich sein, damit auch hier eine größtmögliche Akzeptanz erreicht wird. Ob dieses durch z.B. Aufklärungsgespräche oder Informationsmaterial sichergestellt wird, hängt von den Einrichtungen und auch vom Klientel der Patienten ab. Auch die Methodik der Erhebung

(App/Web-basiert, Paper-Pencil, Interview) der PROs ist sicherlich ein wichtiger Faktor und sollte auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt sein.

Literatur

Pross, C., Geissler, A., Busse, R. (2017). Measuring, Reporting, and Rewarding Quality of Care in 5 Nations: 5 Policy Levers to Enhance Hospital Quality Accountability. *The Milbank Quarterly*, 95(1). 136–183.

Qualitätskliniken.de. (2020). Ergebnismessung in der orthopädischen Rehabilitation. URL: https://www.qualitaetskliniken.de/fileadmin/user_upload/Ergebnismessung_in_der_orthopaedischen_Rehabilitation_Gesamtbericht_20200131_4qd.pdf, Abruf: 25.10.2021.

Implikationen psychischer Belastung im Home Office für die psychosomatische Rehabilitation

Scott Stock Gissendanner¹; Frank Kleemann²; Regina Diedrichs¹; Kai Lorenz¹; Gerhard Schmid-Ott¹; Jörg Manzik¹

¹ Berolina Klinik GbmH & Co. KG; ² Universität Duisburg-Essen

Hintergrund und Zielstellung

"Home Office" is here to stay. Der Anteil der Arbeitstätigen ausschließlich oder überwiegend im Home Office (HO) ist von 4% im Januar 2019 auf 15% im Juli 2021 gestiegen (WSI, 2021). Im Juli 2021 bot die Hälfte aller deutschen Betriebe HO-Optionen an und 64% der Unternehmen in Deutschland mit mehr als 250 Beschäftigten hatten vor, HO zu expandieren (Bellmann et al., 2021).

HO meint Erwerbsarbeit, die durch einzelne Mitarbeitende in räumlicher Distanz zum Betrieb unter Nutzung von digitalen Vernetzungstechnologien verrichtet wird (auch „mobiles Arbeiten“). Die Frage ist, welche Auswirkungen die dauerhafte Ausbreitung von HO haben wird – bezogen auf psychische Belastungen und auch für die beruflich orientierte medizinische Rehabilitation (MBOR) und die Reha-Nachsorge? Mit dieser Fragestellung betritt die Reha-Forschung aktuell ein Feld, das bereits seit vielen Jahren von der qualitativen arbeitssoziologischen Forschung bearbeitet wird. Ziel dieses Beitrags ist, aus den Ergebnissen einer arbeitssoziologischen Pionier-Studie die Stressrisiken von HO und ihre Implikationen für Reha-Behandlung und Reha-Nachsorge abzuleiten.

Methoden

Die Ergebnisse einer arbeitssoziologischen Studie (Kleemann 2005) mit 34 HO-Arbeitenden unter Verwendung leitfadengestützter narrativen Interviewverfahren und Techniken der rekonstruktiven (interpretativen) qualitativen Sozialforschung wurden re-analysiert. Der Hauptanteil der eingeschlossenen Personen wechselte zwischen einem betrieblichen Büro und zu Hause (mit mindestens einem ganzen 8-stündigen Arbeitstag wöchentlich). Interviews wurde durch Anfragen an Personalabteilungen und über persönliche Kontakte im Schneeballverfahren gesichert und 1996-98 durchgeführt.

Ergebnisse

HO bewirkt einen Wandel der betrieblichen Kommunikations- und Führungskultur, mit Auswirkungen für die psychische Gesundheit. Nicht nur verringern sich face-to-face Kontakte zu anderen Beschäftigten; die dominant telematisch geführten Gespräche reduzieren sich auch auf Themen, die unmittelbar um die Verrichtung der Arbeitsaufgaben kreisen. Unstimmigkeiten, die akut geklärt werden müssen, haben Priorität. Fürsorgliche Gesprächsmomente fallen öfters weg. Tendenziell entsteht ein negatives Kommunikationsklima. Als Konsequenz verstärken sich Stressrisiken in fünf aus den Interviews entnommenen Bereichen:

1. Isolation

Durch die Reduktion der informellen und halbformellen (mittelbar auf Arbeitsaufgaben bezogene) Kommunikation entfallen Normen zur tatsächlich erwarteten Menge und Qualität der Arbeit. Diese müssen durch individuelle Normen in Verhandlung mit Vorgesetzten ersetzt werden. In dieser Konstellation gewinnen direkte Vorgesetzte an Macht und Einfluss über tendenziell sozial isolierte HO-Arbeitende.

2. Misstrauen und Wettbewerbsorientierung

Beschäftigte verspüren fundamentale Bedenken, ob ihre KollegInnen hinreichend viel arbeiten, da man sich beim Arbeiten nicht mehr direkt beobachten kann. Somit wird die Tendenz zu einem verschärften Konkurrenzverhältnis mit anderen darüber befördert, wer hinreichende Mengen und Qualität liefert. Anreize zur Selbstaussbeutung (unangemessener freiwilliger Verdichtung der Aufgaben) verstärken sich.

3. Entgrenzung Arbeits- und Freizeit

Der Arbeitsalltag muss an die jeweiligen Bedingungen des häuslichen Privatlebens angepasst werden. Es wird tendenziell schneller und häufiger zwischen Inseln der Arbeitszeit und Freizeit hin und her gewechselt, was eine latente Desorientierung der Arbeitenden erzeugt. Die soziale Umwelt der Beschäftigten folgt häufig der dominanten Vorstellung, dass jemand, der zu Hause ist, eben nicht arbeitet. Daraus können Überlastungen der Person sowie Konflikte im Familienleben resultieren.

4. Erhöhte Erfordernisse an die Selbstwahrnehmung

Die Verantwortung für eine angemessene Erledigung der Arbeitsaufgaben wird stärker auf die Beschäftigten verlagert. Es ergibt sich eine latente Verunsicherung darüber, wie man „gut genug“ für sich definieren (und messen) soll und wie man sich adäquat selbst entlastet.

5. Selbstaussbeutungsrisiken

Die doppelte Gefahr der Selbstaussbeutung ergibt sich erstens durch eine „freiwillige“ Steigerung der Arbeitszeit und zweitens durch eine Steigerung der Effizienz der Arbeit dadurch, dass Beschäftigte genau jene Zeiten des Tages reservieren, in denen sie die Arbeitsaufgaben besonders effizient erledigen können und private Zeiträume erst in Abhängigkeit davon gestalten.

Diskussion und Fazit

Ziel der MBOR ist, berufliche Problemlagen während der Rehabilitation zu identifizieren und ihnen therapeutisch zu begegnen. Beschäftigte im HO haben arbeitsbedingt individuelle Bedürfnisse. MBOR-Kliniken können in folgenden drei Bereichen reagieren.

Diagnostik: Auf Basis dieser wie anderer arbeitssoziologischer Untersuchungen kann eine Checkliste für die Einschätzung der Stressbelastung im HO in typischen Bereichen, wie oben beschrieben, entwickelt werden. Die Ergebnisse bieten Anhaltspunkte für Therapeutengespräche an.

Behandlung: Themen wie Bekämpfung der sozialen Isolation, angemessene Selbstdisziplin, Selbstorganisation bzw. Selbstentlastung werden in Therapeutengesprächen und im Work-Life-Balance-Training noch bedeutsamer sein. Ein besonderes Gruppenangebot für RehabilitandInnen im HO kommt auch in Frage. BehandlerInnen sollten für das vielschichtige Thema sensibilisiert werden.

Nachsorge: Neue Formen der Rehabilitation sind für HO-Mitarbeitende zu schaffen. CoWorking-Räume in Kliniknähe mit therapeutischer Begleitung könnten innovative Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung im HO anbieten.

Literatur

- Bellmann, L., Gleiser, P., Hensgen, S., et al. (2021). Homeoffice in der Corona-Krise: leichter Rückgang auf hohem Niveau, In: IAB-Forum 11. Oktober 2021, <https://www.iab-forum.de/homeoffice-in-der-corona-krise-leichter-rueckgang-auf-hohem-niveau/>, Abrufdatum: 15. Oktober 2021.
- Kleemann F. (2005). Die Wirklichkeit der Teleheimarbeit. Berlin: edition sigma.
- WSI. (2021). Anteil der im Homeoffice arbeitenden Beschäftigten in Deutschland vor und während der Corona Pandemie 2020 und 2021. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Inanspruchnahme von Rehabilitationen aufgrund psychischer Erkrankungen während der SARS-CoV-2-Pandemie: eine Difference-in-Differences-Analyse

Matthias Bethge¹; Pia Zollmann²; Marco Streibelt²; David Fauser¹

¹ Universität zu Lübeck; ² Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die mit der SARS-CoV-2-Pandemie einhergehende Bereitstellung zusätzlicher personeller, räumlicher und finanzieller Ressourcen für die Diagnostik und Behandlung von COVID-19 hat in Deutschland zu Einschränkungen in der Behandlung chronischer Gesundheitsprobleme geführt (Scheidt-Nave et al., 2020). Für die Teilhabechancen von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind dabei mögliche Auswirkungen auf die rehabilitative Versorgung relevant. Unsere Analysen prüften, in welchem Umfang die Inanspruchnahme von Rehabilitationen aufgrund psychischer Erkrankungen zurückgegangen ist, nachdem der Deutsche Bundestag am 27. März 2020 eine epidemische Lage von nationaler Tragweite feststellte.

Methoden

Wir nutzten monatliche Querschnittsdaten zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistung aufgrund psychischer Erkrankungen in den Jahren 2019 und 2020. Diese wurden von der Deutschen Rentenversicherung nach Geschlecht, Bundesland und Monat des Rehabilitationsbeginns zur Verfügung gestellt und umfassten die gemeldeten Rehabilitationen mit Beginn und Ende der Leistung jeweils innerhalb der beiden Jahre. Rehabilitationen aufgrund psychischer Erkrankungen wurden definiert als Rehabilitationen aufgrund psychiatrischer Krankheiten oder Rehabilitationen psychisch Kranker sowie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, für die als erste Entlassungsdiagnose eine psychische Erkrankung dokumentiert war. Rehabilitationen aufgrund von Suchterkrankungen wurden nicht berücksichtigt.

Mit einem Difference-in-Differences-Modell schätzten wir die auf die Pandemie zurückzuführende Reduktion der Rehabilitationsinanspruchnahme aufgrund psychischer Erkrankungen (Bethge et al., 2021). Der Difference-in-Differences-Ansatz nutzt wiederholte Querschnittsdaten, die vor und nach einem Ereignis (z. B. Pandemieausbruch) erhoben werden. Der Difference-in-Differences-Schätzer entspricht dem Unterschied zweier Vorher-Nachher-Veränderungen, die in einer exponierten und einer nicht-exponierten Gruppe beobachtet werden. Die Schätzer wurden mit einem Poisson-Regressions-Modell ermittelt. In den Analysen wurde die exponierte Gruppe durch die Monate Januar bis Dezember des Pandemiejahres 2020 und die nicht-exponierte Vergleichsgruppe durch die Monate Januar bis Dezember 2019 repräsentiert. Das jeweils erste Quartal (Januar bis März) wurde als Vorbeobachtungsperiode kategorisiert. Die Monate April bis Dezember waren die Nachbeobachtungsperiode. Eine Sensitivitätsanalyse definierte lediglich Januar und Februar als Vorbeobachtungsperiode und die Monate März bis Dezember als Nachbeobachtungsperiode.

Als Difference-in-Differences-Schätzer wurde das Incidence Rate Ratio (IRR) berechnet. Der Wert $1 - \text{IRR}$ beschreibt, um welchen Anteil sich die Zahl der Rehabilitationen im pandemischen Jahr 2020 in der Nachbeobachtungsperiode pandemiebedingt durchschnittlich verringerte.

Ergebnisse

Von Januar bis Dezember 2020 wurden 126.512 Rehabilitationen aufgrund psychischer Erkrankungen in Anspruch genommen. In 2019 waren es noch 154.427 Rehabilitationen. Im Vergleich zum Vorjahr war der bundesweite Rückgang von Rehabilitationen aufgrund psychischer Erkrankungen im April des Pandemiejahres 2020 mit 64,3 % am stärksten (Abbildung 1).

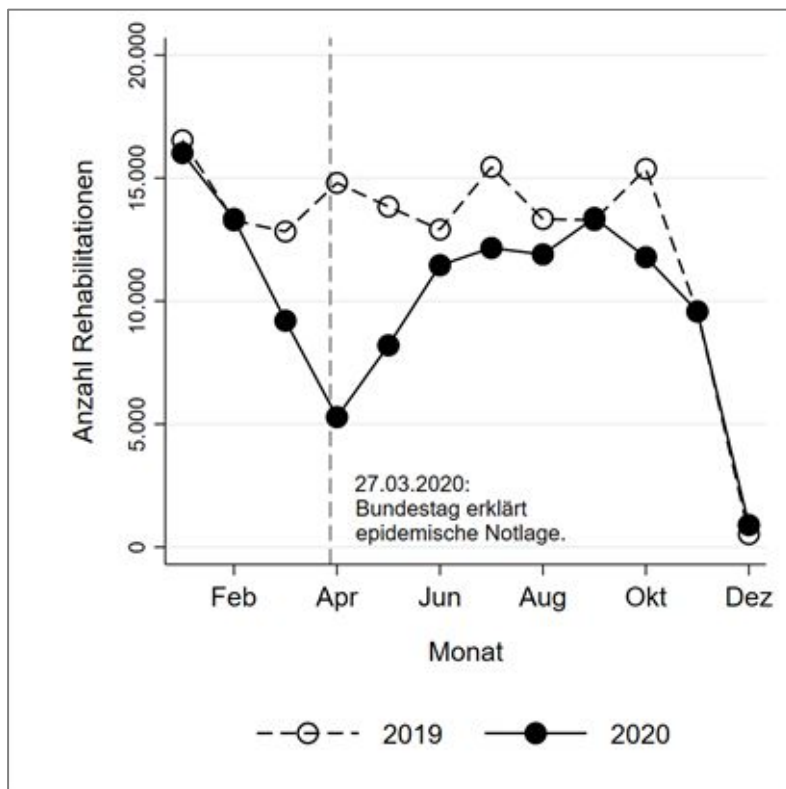


Abb. 1: Rehabilitationen aufgrund psychischer Erkrankungen in 2019 und 2020.

In unserer Poissonregression konnten wir 151.775 im Jahr 2019 durchgeführte Rehabilitationen und 123.229 im Jahr 2020 durchgeführte Rehabilitationen berücksichtigen. Die Inanspruchnahme von Rehabilitationen aufgrund psychischer Erkrankungen reduzierte sich pandemiebedingt um 14,2 % (IRR = 0,858; 95 % KI: 0,844 bis 0,872). Der pandemiebedingte Rückgang war für Frauen (IRR = 0,841; 95 % KI: 0,823 bis 0,858) etwas höher als für Männer (IRR = 0,888; 95 % KI: 0,865 bis 0,913) und in den alten Bundesländern (IRR = 0,849; 95 % KI: 0,834 bis 0,865) stärker ausgeprägt als in den neuen Bundesländern (IRR = 0,902; 95 % KI: 0,867 bis 0,938). Die Sensitivitätsanalyse ergab – aufgrund des bereits im März 2020 sehr deutlichen Rückgangs – eine pandemiebedingte Reduktion um 21,8 % (IRR = 0,782; 95 % KI: 0,768 bis 0,796).

Diskussion und Fazit

Neben einem pandemiebedingten Antragsrückgang (Bethge et al., 2021) lässt sich auch eine erheblich reduzierte Inanspruchnahme von Rehabilitationen aufgrund psychischer Erkrankungen abbilden. Dieser Rückgang liegt je nach Modell für die Gesamtzahl der aufgrund psychischer Erkrankungen durchgeführten Rehabilitationen zwischen 14,2 % und 21,8 %. Dass sich der latente Rehabilitationsbedarf in den kommenden Jahren manifestiert und zu deutlich mehr Rehabilitationen als vor Pandemiebeginn führen wird, ist aufgrund beschränkter Versorgungskapazitäten und des Antragsverfahren eher unwahrscheinlich. Gleichzeitig ist durch die pandemiebedingte Rezession mit einer Zunahme psychischer Störungen zu rechnen (Riedel-Heller et al., 2020). Auch eine Aggravation bestehender psychischer, aber nicht angemessen behandelter Erkrankungen ist wahrscheinlich. Die zu erwartende Versorgungslücke für Menschen mit psychischen Erkrankungen sollte durch eine angemessene Flexibilisierung des Rehabilitationszugangs und der Rehabilitationsdurchführung adressiert werden.

Literatur

- Bethge, M., Fauser, D., Zollmann, P., Streibelt, M. (2021). Reduced requests for medical rehabilitation because of the SARS-CoV-2 pandemic: a difference-in-differences analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, <https://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2021.07.791> (epub).
- Riedel-Heller, S., Richer, D. (2020). COVID-19-Pandemie trifft auf Psyche der Bevölkerung: Gibt es einen Tsunami psychischer Störungen? *Psychiatrische Praxis*, 47. 452-456.
- Scheidt-Nave, C., Barnes, B., Beyer, A. K., Busch, M. A., Hapke, U., Heidemann, C., Imhoff, M., Mumm, R., Paprott, R., Steppuhn, H., Berenberg-Gossler, P., Kraywinkel, K. (2020). Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland - Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *Journal of Health Monitoring*, 5. 1-28.

Interne und externe Responsivität arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster

Lilia Papst¹; Michael Käfer²; Christian Zickwolf²; Volker Beierlein³; Volker Köllner⁴

¹ Charité – Universitätsmedizin Berlin; ² MedClin Blietal Kliniken; ³ UKE Hamburg;

⁴ Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Ungünstige Arbeitseinstellungen und daraus resultierendes Arbeitsverhalten können zu erhöhtem Stress führen und stellen einen Risikofaktor für die Entstehung von Depressionen dar (Schulz et al., 2011). Als zentrales Zielkriterium der psychosomatischen Rehabilitation wurden sie daher auf ihre Veränderbarkeit hin überprüft.

Methoden

Ausgewertet wurden Daten von N = 1706 Rehabilitand*Innen zweier Kliniken zum Aufnahme- (T0) und Entlasszeitpunkt (T1). Arbeitseinstellungen wurden mit dem Fragebogen zur Erfassung Arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM), Depressivität mit dem Beck Depressions-Inventar (BDI-II) erhoben. Die interne Responsivität der AVEM-Skalen wurde anhand von t-Tests für abhängige Stichproben mit Bonferroni-Korrektur und Cohen's D überprüft, externe Responsivität anhand der Korrelationen zwischen den Prä-Post-Differenzen (T1-T0) der AVEM-Skalen und des BDI-II.

Ergebnisse

Signifikante Veränderungen von T0 zu T1 ($p_{\text{korr}} \leq .001$) mit kleinen bis mittleren Effektstärken ergaben sich für Bedeutsamkeit der Arbeit ($t = -10.46$, $d = 0.25$), Verausgabungsbereitschaft ($t = -13.89$, $d = 0.34$), Perfektionsstreben ($t = -14.22$, $d = 0.34$), Distanzierungsfähigkeit ($t = 14.38$, $d = 0.35$), Resignationstendenz ($t = -8.76$, $d = 0.21$), Innere Ruhe ($t = 11.23$, $d = 0.27$) und Lebenszufriedenheit ($t = 11.99$, $d = 0.29$). Keine signifikanten Veränderungen wurden auf den Skalen Ehrgeiz, Problembewältigung, Erfolgserleben und Soziale Unterstützung gefunden.

Signifikante Zusammenhänge der Prä-Post-Differenzen mit depressiver Symptomreduktion ergaben sich für Bedeutsamkeit der Arbeit ($r = .28$), Verausgabungsbereitschaft ($r = .44$), Perfektionsstreben ($r = .39$), Distanzierungsfähigkeit ($r = -.46$), Resignationstendenz ($r = .38$), Problembewältigung ($r = -.23$), Erfolgserleben ($r = -.19$), Innere Ruhe ($r = -.39$), Lebenszufriedenheit ($r = -.52$) und Soziale Unterstützung ($r = -.19$) mit je $p_{\text{korrr}} \leq .001$.

Diskussion und Fazit

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensweisen sind veränderbar und bereits kleine Veränderungen können signifikant mit depressiver Symptomreduktion zusammenhängen.

Literatur

Schulz, M., Damkröger, A., Voltmer, E., Löwe, B., Driessen, M., Ward, M., & Wingenfeld, K. (2011). Work-related behaviour and experience pattern in nurses: impact on physical and mental health. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(5), 411-417.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung

Interpretation des SELF in der beruflich orientierten medizinischen Rehabilitation

David Bühne¹; Torsten Alles¹; Christian Hetzel¹; Maurizio Trippolini²

¹ Deutschen Sporthochschule Köln; ² Berner Fachhochschule

Hintergrund und Zielstellung

Der SELF (Selbsteinschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit) gehört zu denjenigen Verfahren, die im Kontext (beruflich orientierter) medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen zur Erhebung der wahrgenommen körperlichen Leistungsfähigkeit eingesetzt werden. Die Messeigenschaften dieses bebilderten Fragebogens, der das Ergebnis einer Überarbeitung und zugleich Kürzung des Spinal Function Sort (auch bekannt als PACT) darstellt, wurden bereits mehrfach überprüft (Trippolini et al., 2018; Bühne et al., 2021a). Wenngleich die Eignung des SELF zur Erhebung des oben genannten Konstrukts vor dem Hintergrund dieser Studien als nachgewiesen gelten kann, stehen Reha-Akteure weiterhin vielfach vor einem Problem: Wie ist der von 0 bis 80 reichende Gesamtscore des Fragebogens zu interpretieren? Welche Rückschlüsse ermöglicht der Fragebogen hinsichtlich der Fähigkeit zur Bewältigung körperlicher Arbeitsanforderungen? Ein Ziel der vorliegenden Studie bestand folglich darin, den SELF mittels ELA (Alles, 2010) – eines Verfahrens der Functional Capacity Evaluation (FCE) (King et al., 1998) – in Hinblick auf das Niveau der körperlichen Arbeitsschwere zu klassifizieren.

Methoden

Die Erhebung der dieser Analyse zugrundeliegenden Daten erfolgte zwischen 2018 und 2020 bei 194 orthopädischen Patienten beruflich orientierter Rehabilitationsmaßnahmen. Die im Rahmen der Anforderungsanamnese auf Interview-Basis erhobene körperliche Arbeitsschwere der Tätigkeit nach REFA (4-stufig; leicht bis schwer) wurde der FCE-basierten

Einschätzung der zulässigen Arbeitsschwere zu Reha-Ende (5-stufig; < leicht bis schwer) gegenübergestellt. Die körperliche Leistungsfähigkeit wurde hierbei als ausreichend zur Erfüllung der individuellen körperlichen Arbeitsanforderungen bewertet, sofern die zulässige Arbeitsschwere mindestens der körperlichen Arbeitsschwere entsprach. Diese dichotome Einstufung bildete die Zielgröße der nachfolgend berechneten logistischen Regressionsmodelle, im Rahmen derer optimale Cut-Off-Werte für den ebenfalls zu Reha-Ende eingesetzten SELF anhand des Youden-Index bestimmt wurden. Die Berechnungen erfolgten separat für die vier Kategorien der Arbeitsschwere nach REFA.

Ergebnisse

Das mittlere Alter der Stichprobe, die sich aus 100 Rehabilitandinnen und 94 Rehabilitanden zusammensetzte, betrug 46,9 Jahre. Bei 95 Personen (49,0%) war die ICD-10-Erstdiagnose M00-M25 zugehörig.

Nach Unterscheidung der vier Kategorien der körperlichen Arbeitsschwere, war eine Zunahme im SELF um einen Punkt mit einer 1,07- (schwere Arbeit; 95%-Konfidenzintervall (95%-KI): 1,01-1,14) bis 1,13-fach (leichte bis mittelschwere Arbeit; 95%-KI: 1,05-1,21) höheren Chance für eine (gemäß des FCE-Ergebnisses) mindestens der Arbeitsschwere entsprechenden körperlichen Leistungsfähigkeit assoziiert. Die optimalen Cut-Offs lagen bei 44 (leichte Arbeit; 95%-KI: 44-48), 54 (leichte bis mittelschwere Arbeit; 95%-KI: 43-61), 62 (mittelschwere Arbeit; 95%-KI: 54-68) sowie 73 (schwere Arbeit; 95%-KI: 65-76).

Diskussion und Fazit

Auf Grundlage der vorliegenden Analysen konnten Cut-Offs für die vier Kategorien der Arbeitsschwere nach REFA definiert werden: Als Wertebereiche für leichte, leichte bis mittelschwere, mittelschwere und schwere Arbeit werden 44-53, 54-61, 62-72 sowie ≥ 73 empfohlen. Wenngleich sich diese Klassifizierung in einer vertiefenden Analyse als prognostisch valide hinsichtlich der Rückkehr in Arbeit erwies (Bühne et al., 2021b), ist ihre Eignung an weiteren Stichproben zu überprüfen. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit (im Kontext beruflich orientierter Rehabilitationsmaßnahmen) häufig einer gewissen Unsicherheit unterliegt, welche sich auch in den breiten Konfidenzintervallen ausdrückt. In die Interpretation des SELF-Scores sind entsprechend möglichst weiterführende Informationen – wie etwa FCE-Ergebnisse – einzubeziehen.

Literatur

- Alles, T. (2010). Therapieplanung in der MBO-Rehabilitation: Zum Nutzen von Profilvergleichsverfahren und FCE -Systemen. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 86, 23. Jahrgang, 1-2010, S.33-39
- Bühne, D., Alles, T., Hetzel, C., Froböse, I., Trippolini, M. (2021). Selbsteinschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit (SELF): Messeigenschaften in der beruflich orientierten medizinischen Rehabilitation. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, DOI: 10.1055/a-1535-1977
- Bühne, D., Alles, T., Hetzel, C., Streibelt, M., Trippolini, M. (2021). Matching Perceived Physical Capacity and Work Demands: A New Classification of the Modified Spinal Function Sort (M-SFS). Journal of Occupational Rehabilitation, DOI: 10.1007/s10926-021-09986-3

King, P.M., Tuckwell, N., Barrett, T.E. (1998). A critical review of functional capacity evaluations. *Physical Therapy*, 78, 852–866.

Trippolini, M.A., Janssen, S., Hilfiker, R., Oesch P. (2018). Measurement properties of the modified spinal function sort (M-SFS): is it reliable and valid in workers with chronic musculoskeletal pain? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28, 322–331.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Kann der Work Ability Score Rehabilitation, Erwerbsminderungsrente und Tod bei Personen mit Rückenschmerzen vorhersagen?

David Fauser¹; Julia-Marie Zimmer²; André Golla²; Nadine Schmitt²; Wilfried Mau²; Matthias Bethge¹

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

Hintergrund und Zielstellung

Bei komplexen Unterstützungsbedarfen von Menschen mit Rückenschmerzen ist eine koordinierte Versorgung notwendig, um Anforderungen und Leistungen aufeinander abzustimmen. Voraussetzung für eine bedarfsorientierte Zuordnung zu diesen Angeboten sind Screenings, die das Risiko für eine gefährdete berufliche Teilhabe erkennen. Der Work Ability Index (WAI) ist ein derartiges Assessmentinstrument und erfasst die aktuelle und zukünftige Arbeitsfähigkeit (Ilmarinen, 2007). Das erste Item des WAI ist der Work Ability Score (WAS), der die derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit bewertet. Studien zeigen, dass der WAI und WAS eine vergleichbare prognostische Genauigkeit für Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderungsrenten aufweisen (Jääskeläinen et al, 2016; Kinnunen, Nätti, 2018). Die Ergebnisse stammen hauptsächlich aus skandinavischen Ländern und beziehen sich auf erwerbstätige Bevölkerungsgruppen. Eine deutsche Studie zeigt, dass der WAI mit Rehabilitation, Erwerbsminderungsrenten und Tod assoziiert ist (Bethge et al., 2021). Unsere Kohortenstudie untersuchte, inwiefern Rehabilitation, Erwerbsminderungsrente und Tod durch den WAS bei Beschäftigten mit Rückenschmerzen vorhergesagt werden können.

Methoden

Die Daten der Längsschnittanalyse wurden im Rahmen einer prospektiven Beobachtungsstudie erhoben (Fauser al., 2021; Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00011554), in der eine Zufallsstichprobe von 45.000 Personen zu gleichen Teilen aus den Versichertenkonten der Deutschen Rentenversicherung Nord und Mitteldeutschland gezogen wurde. Eingeschlossen wurden erwerbstätige Personen (45 bis 59 Jahre), die in den vorangegangenen vier Jahren keine Rehabilitation beantragt oder in Anspruch genommen, bisher keinen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt hatten und in den letzten drei Monaten Rückenschmerzen berichteten. Die subjektive Arbeitsfähigkeit wurde anhand des WAS (0 bis 10 Punkte) (Ilmarinen, 2007) im Rahmen einer Fragebogenerhebung Anfang 2017 erfasst. Die Skala wurde in folgende Untergruppen klassifiziert: schlechte (0 bis 5 Punkte),

mäßige (6 bis 7 Punkte), und gute bzw. exzellente (8 bis 10 Punkte) subjektive Arbeitsfähigkeit (Jääskeläinen et al., 2016). Daten zu Rehabilitationen, Erwerbsminderungsrenten und Tod umfassen den Zeitraum bis Ende 2018 und wurden aus den Versichertenkonten der Rentenversicherungsträger extrahiert. Die Zusammenhänge wurden mittels proportionaler Hazardmodelle getestet. Zur Adjustierung potenziell konfundierender Variablen wurden Kovariaten zur Soziodemografie, Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand in den Modellen berücksichtigt.

Ergebnisse

Für die Analyse wurden Daten von 6.917 Personen genutzt (57,8 % weiblich). 52,1 % der eingeschlossenen Personen berichteten mindestens eine gute, 27,7 % eine mäßige und 20,2 % eine schlechte subjektive Arbeitsfähigkeit. Im Beobachtungszeitraum wurde 548 Personen eine Rehabilitationsleistung und 57 Personen eine Erwerbsminderungsrente bewilligt. 23 Personen sind verstorben. Die absoluten Risiken für eine Rehabilitation betragen 15,5 %, 8,8 % und 4,5 %, für eine Erwerbsminderungsrente 2,6 %, 0,4 % und 0,4 % für Personen mit schlechter, mäßiger und mindestens guter subjektiver Arbeitsfähigkeit. Vollständig adjustierte Analysen zeigten ein erhöhtes Risiko für eine Rehabilitation bei Beschäftigten mit schlechter (HR = 2,65; 95 % KI 2,11 bis 3,34) und mäßiger subjektiver Arbeitsfähigkeit (HR = 1,65; 95 % KI 1,32 bis 2,06) im Vergleich zu Personen mit mindestens guter Arbeitsfähigkeit. Das Risiko einer Erwerbsminderungsrente bei schlechter subjektiver Arbeitsfähigkeit (HR = 4,12; 95 % KI 2,02 bis 8,39) war ebenfalls signifikant erhöht. Im volladjustierten Modell war schlechte subjektive Arbeitsfähigkeit nicht statistisch signifikant mit Tod assoziiert (HR = 2,75; 95 % KI 0,87 bis 8,73).

Diskussion und Fazit

Erwerbstätige mit schlechter subjektiver Arbeitsfähigkeit haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation und Beantragung einer Erwerbsminderungsrente. Der Zusammenhang zwischen Tod und subjektiver Arbeitsfähigkeit wird vermutlich durch den Schweregrad gesundheitlicher Probleme vermittelt. Zusammengefasst ordnet die Kategorisierung des WAS Erwerbstätige mit Rückenschmerzen Gruppen mit unterschiedlichem Teilhaberrisiko zu und kann die Entwicklung gestufter Versorgungsmodelle unterstützen. Der Ein-Item-WAS kann zudem aufgrund der geringeren Komplexität und einfachen Interpretation als Alternative zum WAI eingesetzt werden, um die zukünftige Arbeitsunfähigkeit von Erwerbstätigen mit Rückenschmerzen zu beschreiben.

Literatur

- Bethge, M., Spanier, K., Köhn, S., Schlumbohm, A. (2021). Self-reported work ability predicts health-related exit and absence from work, work participation, and death: longitudinal findings from a sample of German employees. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94. 591-599.
- Fauser, D., Schmitt, N., Golla, A., Zimmer, J.M., Mau, W., Bethge, M. (2021). Effectiveness of medical rehabilitation in persons with back pain – lessons learned from a German cohort study. *Disability and Rehabilitation*. Doi: 10.1080/09638288.2021.1979110
- Ilmarinen, J. (2007): The Work Ability Index (WAI). *Occupational Medicine*, 57. 160.
- Jääskeläinen, A., Kausto, J., Seitsamo, J., Ojajärvi, A., Nygård, CH., Arjas, E., Leino-Arjas, P. (2016). Work ability index and perceived work ability as predictors of disability pension: a

prospective study among Finnish municipal employees. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 42. 490-499.

Kinnunen, U., Nätti, J. (2018). Work ability score and future work ability as predictors of register-based disability pension and long-term sickness absence: A three-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46. 321-330.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

KardioApp – Nutzungs- und Akzeptanzanalyse einer webbasierten mobilen Anwendung für die Nachsorge kardiologischer Rehabilitand:innen

Sabine Stamm-Balderjahn; Susanne Rossek; Karla Spyra

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Der Einsatz von mobilen Technologien hat in den letzten Jahren nicht nur im Alltagsleben, sondern auch im Bereich der Medizin eine weite Verbreitung gefunden. In diesem Segment bietet die Anwendung von sogenannten „Gesundheits-Apps“ ein großes Potenzial für chronisch kranke Patient:innen, sie wirksam darin zu unterstützen, ein stärkeres Bewusstsein für die eigene Krankheit/Situation zu entwickeln, die Erkrankung selbst zu managen und die Therapietreue zu erhöhen. Dies gilt vor allem für lebensstil-induzierte Krankheiten wie die koronare Herzkrankheit (KHK) und den Diabetes mellitus.

Ziel des Projekts war die Entwicklung einer mobilen Anwendung (App) zur Verwendung auf Smartphones, Tablets und Desktop-PCs für Patient:innen mit koronarer Herzkrankheit (Kardio-App), der sich eine Nutzungs- und Akzeptanzanalyse anschloss. Grundlage für die App bildete der im Forschungsprojekt „AkuReNa“ entwickelte und von Rehabilitand:innen erprobte Kardio-Pass, der für die Nachsorge konzipiert wurde (Stamm-Balderjahn et al., 2019). Nach technischer Fertigstellung wurde die Kardio-App von den Studienteilnehmer:innen über einen Zeitraum von fünf Monaten genutzt und anschließend bewertet.

Methoden

Es wurde eine teilstandardisierte schriftliche Befragung bei Rehabilitand:innen mit kardiovaskulären Erkrankungen (N=156) durchgeführt. Mithilfe der System Usability Scale (SUS) (Jordan, 1998) wurde die Benutzerfreundlichkeit der Kardio-App erfasst. Der Score kann eine Ausprägung zwischen 0 (schlechteste vorstellbare Anwendung) und 100 (beste vorstellbare Anwendung) annehmen. Eine gute Benutzerfreundlichkeit wird einem System ab einem Wert von 72,8 attestiert (Bangor et al., 2008). Das Nutzungsverhalten wurde mit einem selbst entwickelten Fragebogen erhoben. Die statistische Auswertung erfolgte mit Häufigkeitsverteilungen, Mittelwertvergleichen und Chi-Quadrat-Tests. Um Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen zu überprüfen, wurde die binäre logistische Regressionsanalyse angewendet.

Ergebnisse

Den Fragebogen beantworteten 109 Rehabilitand:innen (Rücklauf: 69,9%). Sie waren im Durchschnitt 59,1 Jahre alt (SD \pm 10,6), das Verhältnis männlich zu weiblich betrug 78,9% zu 21,1%. Berufstätig waren 65% der Rehabilitand:innen. Der mit der SUS ermittelte Wert für die Benutzerfreundlichkeit der Kardio-App betrug 74,7 (SD \pm 17,4). Die Detailanalysen zeigten, dass die Menüführung der App für 86,2% der Rehabilitand:innen selbsterklärend und logisch war. Die optische Aufmachung und farbliche Gestaltung gefiel 93,2% der Nutzer:innen. Die Inhalte der in der App verwendeten Texte waren für 95,5% verständlich und die im Glossar verwendeten Fachbegriffe fanden 93,1% gut erklärt. Die Informationen zu Nachsorge-möglichkeiten (z.B. IRENA-Programm) fanden 85,1% der Rehabilitand:innen nützlich. Die Benutzerhinweise zur Bedienung der Kardio-App waren für 95,2% hilfreich. Bei der Frage nach der Häufigkeit der Nutzung gaben die meisten (24,1%) an, die Kardio-App mehrmals in der Woche genutzt zu haben, gefolgt von 20,7%, die sie mehrmals im Monat und 14,9%, die sie einmal in der Woche nutzten. Täglich wurde die App von 11,5% der Befragten genutzt. Der überwiegende Teil (56,5%) nutzte die App mit dem PC/Laptop, es folgten die Smartphone- (34,1%) und Tablet-Nutzung (9,4%). Als hilfreich wurde die App von 35,2% der Nutzer:innen bei der Kommunikation mit dem Arzt/der Ärztin und von 56,8% bei der Planung ihrer körperlichen Aktivitäten empfunden. Die App weiterempfehlen würden 84,1% der Rehabilitand:innen. Hauptkritikpunkte bei der Anwendung waren die fehlende Synchronisationsmöglichkeit mit anderen Anwendungen (z.B. Fitnesstracker, Blutdruck- und Trainingsgeräte) und die limitierte Möglichkeit, mehrere Dokumente (Befundberichte etc.) hochzuladen.

Von 19,3 % (N=21) der Befragten wurde angegeben, dass sie die Kardio-App nicht genutzt haben. Weder in uni- noch in multivariaten Analysen zeigten sich Unterschiede zwischen den Nutzer- und Nichtnutzer:innen im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung und Berufsausübung. Als Gründe für die Nichtnutzung wurden am häufigsten genannt: zu hoher Aufwand (42,9%), Zeitmangel (28,6%) sowie pandemiebedingte Gründe (28,6%).

Diskussion und Fazit

Mit der Kardio-App steht ein digitales Instrument für das Selbstmanagement kardiologischer Rehabilitand:innen zur Verfügung, das alle medizinischen Daten von der Diagnose über die Behandlung bis hin zur Nachsorge kompakt und übersichtlich bündelt. Von den Nutzer:innen wurde es als hilfreiches Tool für die Erfassung und Dokumentation von physiologischen Parametern kardiovaskulärer Schutz- und Risikofaktoren sowie die Planung körperlicher Aktivitäten angesehen. Wünschenswert wäre die Translation dieser Studienergebnisse in die digitale Versorgungspraxis.

Literatur

- Bangor, A., Kortum, P.T., Miller, J.T. (2008). An Empirical Evaluation of the System Usability Scale, *Intl. Journal of Human-Computer Interaction*, 24:6, 574-594, DOI: 10.1080/10447310802205776
- Jordan P.W. (1998). *An Introduction to Usability*. Bristol: Taylor & Francis.

Stamm-Balderjahn, S., Falinski, R., Rossek, S., Spyra, K. (2019). Development and evaluation of a patient passport to promote self-management in patients with heart diseases. BMC Health Services Research, 19:716, DOI: 10.1186/s12913-019-4565-4

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Kinder und Jugendliche mit Migrationsbiografie erreichen: transkulturelle Mediator:innen als Schlüsselakteur:innen der Informationsvermittlung zur medizinischen Rehabilitation

Hannes Banaschak¹; Flaminia Bartolini²; Ramazan Salman²; Matthias Bethge¹

¹ Universität zu Lübeck; ² Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.

Hintergrund und Zielstellung

Nach Ansicht von Expert:innen nehmen Kinder und Jugendliche mit Migrationsbiografie (MB) das Angebot der medizinischen Rehabilitation (MR) trotz ähnlichem Versorgungsbedarf seltener in Anspruch als Gleichaltrige ohne MB. Um sie und ihre Familien über die MR zu informieren und die Inanspruchnahme zu fördern, implementiert das Ethno-Medizinische Zentrum e. V. gemeinsam mit der Universität zu Lübeck in den Bundesländern Berlin und Hamburg seit 2020 eine von der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg und Nord geförderte multimodale Informationskampagne (Banaschak et al., 2021). In der Kampagne nimmt die Ausbildung transkultureller Mediator:innen eine Schlüsselrolle beim Wissenstransfer in die migrantischen Communities ein. In mehrwöchigen Schulungen werden mehrsprachige Personen mit MB durch Expert:innen aus Praxis und Forschung zu Gesundheitsmediator:innen ausgebildet. Neben inhaltlichem Wissen über Krankheitsbilder, das Angebot der MR für Kinder und Jugendliche und den Prozess der Antragstellung liegen weitere Schwerpunkte auf didaktischen und methodischen Kompetenzen. Die Schulung soll die Mediator:innen befähigen, erworbenes Wissen in eigenen Informationsveranstaltungen an Personen aus migrantischen Communities weiterzugeben und niedrigschwellige Beratung zur MR anzubieten. Insgesamt sollen 120 Mediator:innen in den Jahren 2020 bis 2022 ausgebildet werden. Der vorliegende Beitrag beschreibt die bisher erreichte Zielgruppe und gibt einen Einblick in die Bewertung der abgeschlossenen Schulungen.

Methoden

In den Jahren 2020 und 2021 nahmen insgesamt 84 Personen an einer Mediator:innenschulung in Berlin oder Hamburg teil. Die Teilnahme an der Evaluation erfolgte freiwillig und anonym. Die Daten wurden mit Fragebögen erhoben und erfassten neben allgemeinen soziodemografischen Angaben (z. B. Alter) Informationen zur MB (z. B. Geburtsland). Zur Bewertung der Schulung wurden eigenkonstruierte sowie thematisch angepasste 5-stufige Items (1 = „trifft zu“ bis 5 = „trifft nicht zu“) aus der Lehrevaluation eingesetzt (u. a. Gläser et al., 2002). Eingeschlossen wurden Teilnehmende, die den Fragebogen am Ende der Schulung beantworteten. Die Beschreibung der Ergebnisse erfolgt

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.

Ergebnisse

75 Teilnehmende (89,3 %) beantworteten den Fragebogen. Die Mehrheit war weiblich (67,1 %) und hatte einen Hochschulabschluss (63,9 %). Das Alter lag zwischen 20 und 63 Jahren ($M = 40,5$; $SD = 10,9$). Etwas weniger als die Hälfte war deutscher Staatsangehörigkeit (42,6 %). Insgesamt wurden 20 unterschiedliche Geburtsländer (Abb. 1) und 16 primäre Muttersprachen berichtet. Die häufigsten Geburtsländer waren Syrien (17,9 %), Türkei (16,4 %) und Iran (10,4 %). Die häufigste Muttersprache war Arabisch (26,5 %), gefolgt von Türkisch (22,1 %) und Persisch (10,3 %). Teilnehmende, die nicht in Deutschland geboren wurden, lebten zu einem Drittel seit höchstens fünf Jahren in Deutschland (29,2 %).

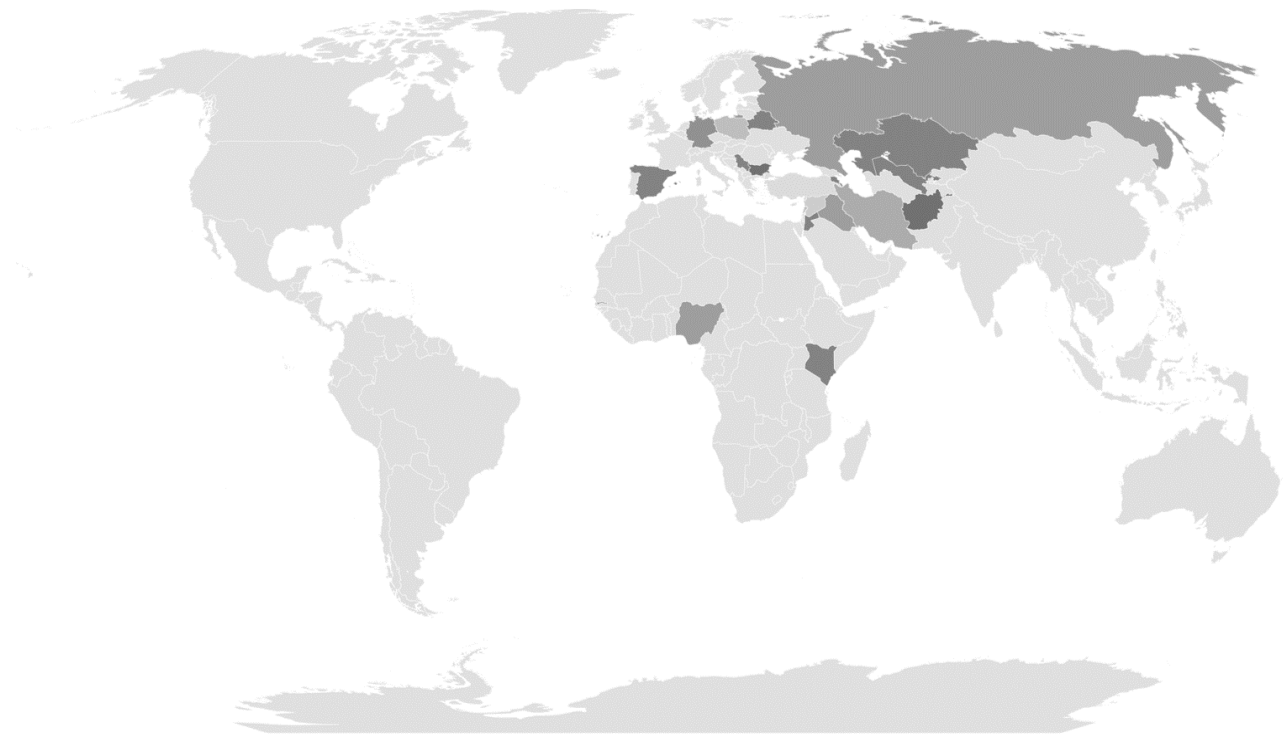


Abb. 1: Geburtsländer der Teilnehmenden

Die Schulung wurde durch die Teilnehmenden positiv bewertet. Das Verfahren der Antragstellung wurde aus Sicht der Teilnehmenden ebenso verständlich erklärt (93,2 %) wie die Inhalte (97,3 %) und Ziele der MR für Kinder und Jugendliche (98,6 %). Entsprechend gab die Mehrheit an, sehr viel über die MR gelernt zu haben (94,6 %) und sich sowohl inhaltlich (97,2 %) wie methodisch und didaktisch (98,7 %) darauf vorbereitet zu fühlen, eigene Informationsveranstaltungen zur MR für Kinder und Jugendliche in migrantischen Communities durchzuführen.

Diskussion und Fazit

In den bisherigen Schulungen konnte eine soziodemografisch und migrationsspezifisch heterogene Personengruppe zu Gesundheitsmediator:innen geschult werden. Positiv hervorzuheben ist neben der Vielzahl an unterschiedlichen Muttersprachen, durch die eine

breite herkunftssprachliche Vermittlung von Informationen zur MR in migrantische Communities ermöglicht wird, dass auch Migrant:innen erreicht werden konnte, die erst seit wenigen Jahren in Deutschland leben. Dies betrifft insbesondere Personen, die seit dem Jahr 2015 aus Syrien nach Deutschland zugewandert sind. Die positive Schulungsbewertung durch die Teilnehmenden spricht für eine erfolgreiche Implementierung des ersten Kampagnenmoduls.

Literatur

- Banaschak, H., Ohmes, L., Salman, R., Bethge, M. (2021). Implementierung und Evaluation einer multimodalen Informationskampagne zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund: Das MiMi Reha-Kids Projekt, in: DRV Bund (Hrsg.). 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 2021, Berlin: DRV Bund, 46–49.
- Gläßer, E., Gollwitzer, M., Kranz, D., Meiniger, C., Schlotz, W., Schnell, T., Voß, A. (2002). TRIL - Trierer Inventar zur Lehrevaluation [Fragebogen]. In Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) (Hrsg.), Elektronisches Testarchiv (PSYINDEX Tests-Nr. 9004523). Trier: ZPID.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg; Deutsche Rentenversicherung Nord

Konstrukttheoretische Auseinandersetzung mit der sozialen Partizipation von Jugendlichen zur Entwicklung eines Partizipationsmessinstruments für die (Re-)Habilitation

*Laura Hoffmann¹; Carina Völlm²; Marie Bernard¹; Astrid Fink¹;
Matthias Richter¹; Britta Gebhard²*

¹ Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ² Fachhochschule Südwestfalen

Hintergrund und Zielstellung

Für Jugendliche ist die soziale Teilhabe in verschiedensten Lebenssituationen wichtiger Bestandteil ihrer Entwicklung (Carlberg & Granlund 2018). Es wird empfohlen, Partizipation als zentrales Ziel von (Re-)Habitations- und Fördermaßnahmen zu setzen. Trotz der zentralen Stellung von Partizipation in der ICF und im Bundesteilhabegesetz, stehen für Jugendliche in Deutschland keine verlässlichen Instrumente für die Selbstbeurteilung ihrer Teilhabe zur Verfügung. Übergeordnetes Ziel des Projektes ist es daher, ein Partizipationsmessinstrument für Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren zu entwickeln. Zunächst gilt es dazu den Partizipationsbegriff in rehabilitations- und versorgungswissenschaftlichen Kontexten zu konkretisieren, da dieser derzeit in erster Linie auf der ICF basiert und darüber hinaus noch nicht ausreichend definiert wurde. Der internationale Diskurs hingegen greift hier die Familie der partizipations-relevanten Konstrukte (Imms et al. 2016, 2017) auf, welche im deutschsprachigen Raum scheinbar noch eine tendenziell untergeordnete Rolle spielt. Hier bedarf es einer Weiterentwicklung des Partizipationskonstrukts für den deutschsprachigen Raum. Das erste Teilziel der Studie ist es

also, das theoretische Verständnis in Bezug auf soziale Partizipation aus drei Perspektiven (Jugendliche, Eltern, Expert:innen) zu erfassen, um so den Partizipationsbegriff zu präzisieren.

Methoden

Es wurden zunächst semi-strukturierte Interviews (n=34) mit Jugendlichen mit (n=14) und ohne (n=20) körperlich-motorische Beeinträchtigungen und/oder chronische Erkrankungen durchgeführt und basierend auf der Grounded Theory ausgewertet (Glaser & Strauss 2010).

Zudem wurden fünf Fokusgruppen mit Eltern (n=24) sowie drei Fokusgruppen mit Expert:innen (n=21) aus den Bereichen der Sozialpädiatrie, Rehabilitation, Physio- und Ergotherapie sowie der Wissenschaft durchgeführt und auf inhaltsanalytischer Grundlage ausgewertet (Mayring 2015).

Ergebnisse

Aus Sicht der Jugendlichen umfasst der Begriff der Partizipation primär die Möglichkeit, verschiedene Tätigkeiten nach ihren individuellen Vorstellungen gemeinsam mit ihrem sozialen Umfeld ausüben zu können. Die Interaktion mit anderen, bei der es sich sowohl um eine aktive als auch passive Rolle des Jugendlichen handeln kann, steht dabei im Fokus. Das Gefühl, einbezogen zu sein, spielt zudem eine zentrale Rolle für die Teilhabe der Jugendlichen. Auch für die befragten Expert:innen gehört das „Gefühl des Einbezogen-seins“ zu den zentralen Aspekten von Partizipation. Die subjektiven Empfindungen des:der Betroffenen in der jeweiligen Lebenssituation stehen dabei im Vordergrund. So kann sich aus Sicht der befragten Expert:innen das Empfinden des Einbezogen-seins unterschiedlicher Betroffener individuell und kontextabhängig in gleichen Lebenssituationen unterscheiden. Entscheidend für das Gefühl des Einbezogen-seins ist die Bewertung, mitunter die Zufriedenheit des:der Betroffenen in der jeweiligen Lebenssituation. Die befragten Eltern fokussieren an dieser Stelle stärker normative Erwartungen der Mehrheitsgesellschaft, welche für sie zentrale Bezugspunkte bilden. Dabei wurde insbesondere die Möglichkeit der Partizipation in sämtlichen Lebensbereichen durch die Anpassung von Umweltfaktoren als zentraler Faktor genannt. Aus der Zusammenführung aller drei Perspektiven konnten drei Hauptdimensionen von Partizipation abgeleitet werden: Teilnahme, Zufriedenheit sowie die Beteiligung. Alle drei Dimensionen werden in dem entwickelten Messinstrument mithilfe verschiedener Items operationalisiert. So setzt sich beispielsweise die Dimension „Teilnahme“ aus der Funktionsfähigkeit des:der Jugendlichen, der Häufigkeit verschiedener Tätigkeiten im Vergleich zu anderen Jugendlichen sowie den Möglichkeiten des:der Jugendlichen zusammen. Die Dimension „Zufriedenheit“ besteht aus Items, die thematisieren, wie zufrieden der:die Jugendliche in verschiedenen Bereichen und Situationen ist und wie wohl er:sie sich dabei fühlt. „Beteiligung“ setzt sich aus Items zusammen, mit denen erfragt wird, wie eingebunden sich der:die Jugendlichen jeweils fühlt.

Diskussion und Fazit

Übereinstimmend mit dem internationalen Diskurs unterstreichen die Ergebnisse aus Jugendlichen- und Expert:innenperspektive die Bedeutung des subjektiven Empfindens sowie das Gewicht normativer Vorgaben aus Sicht der Eltern. Um die subjektive, kontextabhängig variable Komponente von Partizipation zu erfassen, bedarf es geeigneter Messinstrumente,

die auch in der Praxis Anwendung finden können. Die Verknüpfung aller drei Perspektiven stellt dabei eine Herausforderung dar. Um soziale Partizipation zu erreichen, gilt es, in der (Re-)Habilitation und sämtlichen therapeutischen Settings und weiteren Unterstützungsangeboten sowie bei der Planung und Evaluation dieser, stark an den Lebenswelten der Betroffenen anzuknüpfen.

Literatur

- Carlberg, L., Granlund, M. (2018). Achievement and participation in schools for young adolescents with self-reported neuropsychiatric disabilities: A cross-sectional study from the southern part of Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1403494818788415. <https://doi.org/10.1177/1403494818788415>
- Glaser B. G., Strauss A.L., Paul A.T. (2010). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. 3. unveränderte Auflage, Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit).
- Imms, C., Adair, B., Keen, D., Ullenhag, A., Rosenbaum, P., & Granlund, M. (2016). 'participation': A systematic review of language, definitions, and constructs used in intervention research with children with disabilities. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 58(1), 29–38. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12932>
- Imms, C., Granlund, M., Wilson, P. H., Steenbergen, B., Rosenbaum, P. L., & Gordon, A. M. (2017). Participation, both a means and an end: A conceptual analysis of processes and outcomes in childhood disability. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 59(1), 16–25. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13237>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12th ed.). Weinheim [u.a.]: Beltz.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

Körperpsychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung – Eine Pilotstudie.

*Melanie Jagla-Franke¹; Verena Zech²; Philipp Sand²;
Albert Putzhammer²; Gabriele Helga Franke¹*

¹ Hochschule Magdeburg-Stendal; ² Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

Hintergrund und Zielstellung

Eine intellektuelle Beeinträchtigung (IB) wird in der ICD-10 als „Zustand verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten.“ beschrieben (Dilling et al., 2015, S. 254). Menschen mit IB haben ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko an einer psychischen Störung zu erkranken (Schanze, 2014) „Je höher die prämorbid Vulnerabilität ist, [...] desto leichter kann der Betroffene durch Stress an seine persönliche Vulnerabilitätsschwelle gelangen und psychisch dekompensieren oder erkranken.“ (Schanze, 2014, S. 29). Schützwohl und Kollegen (2017) konnten in einer Untersuchung von N=417 Proband*innen mit IB zeigen, dass bei 21% mindestens eine psychische Störung vorlag, am

häufigsten wurden affektive Störungen (7.4%) und Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (6%) diagnostiziert. Zur Behandlung der psychischen Störungen wird die psychopharmakologische Therapie häufig favorisiert (Schützwohl et al., 2017). Weitere Therapieformen, wie z.B. die Körperpsychotherapie (KPT) werden sehr selten eingesetzt. Die KPT wird als Schnittstelle zwischen Psychotherapie und Körpertherapie definiert; Greuter (2015, S. 19) beschreibt „Körper-Psycho-Therapie ist eine Behandlung von Krankheiten oder Leidenszuständen mit körperlichen und psychischen Mitteln“. In der vorliegenden Pilotstudie soll geprüft werden, ob KPT bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und psychischen Störungen durchgeführt und evaluiert werden kann.

Methoden

Im Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren wurde ein KPT-Angebot unterbreitet, das sechs Patient*innen annahm (IG); sechs weitere Patient*innen dienten als Kontrollgruppe (KG), sie erhielten das normale Behandlungsangebot ohne zusätzliche KPT. Die Patient*innen waren durchschnittlich 34.5 Jahre (± 6.8 Jahre) alt, 83% waren ledig, 50% weiblich.

Bei allen 12 Patient*innen wurde zu Behandlungsbeginn und -ende die psychische Belastung mit Hilfe der (für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung) modifizierten Form der Mini-SCL (Jagla et al., 2017) erfasst. Die modifizierte Mini-SCL erfasst mit Hilfe von 20 Items, die sich den drei Skalen Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit zuordnen lassen, die psychische Belastung (Gesamtwert GSI). Die Items werden auf einer dreistufigen Skala (0=keine Belastung, 1=leichte Belastung, 2=starke Belastung) beantwortet; durch Summenbildung werden die Skalenwerte und der Gesamtwert ermittelt (Jagla et al., 2017).

Ergebnisse

Im Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren wurde ein KPT-Angebot unterbreitet, das sechs Patient*innen annahm (IG); sechs weitere Patient*innen dienten als Kontrollgruppe (KG), sie erhielten das normale Behandlungsangebot ohne zusätzliche KPT. Die Patient*innen waren durchschnittlich 34.5 Jahre (± 6.8 Jahre) alt, 83% waren ledig, 50% weiblich.

Bei allen 12 Patient*innen wurde zu Behandlungsbeginn und -ende die psychische Belastung mit Hilfe der (für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung) modifizierten Form der Mini-SCL (Jagla et al., 2017) erfasst. Die modifizierte Mini-SCL erfasst mit Hilfe von 20 Items, die sich den drei Skalen Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit zuordnen lassen, die psychische Belastung (Gesamtwert GSI). Die Items werden auf einer dreistufigen Skala (0=keine Belastung, 1=leichte Belastung, 2=starke Belastung) beantwortet; durch Summenbildung werden die Skalenwerte und der Gesamtwert ermittelt (Jagla et al., 2017).

Diskussion und Fazit

Die Pilotstudie zeigt deutlich, dass KPT bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung gut angewendet werden kann.

Aufgrund der intellektuellen Einschränkungen war der Einsatz eines standardisierten Messinstruments nicht möglich; die modifizierte Form der Mini-SCL konnten von den Patient*innen gut bearbeitet werden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich in der Gruppe der Patient*innen, die KPT erhielten, die Ausprägung von Symptomen, die insgesamt

zur psychischen Belastung führen, statistisch signifikant verbessert hat; dieses Ergebnis zeigte sich auch in der Kontrollgruppe, jedoch nicht so deutlich.

Insgesamt ist festzuhalten, dass KPT bei Patient*innen mit kognitiver Beeinträchtigung und psychischer Erkrankung gut eingesetzt werden kann und dass sich die modifizierte Mini-SCL zur Evaluation der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung für diese Zielgruppe eignet.

Literatur

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (2015). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Göttingen: Hogrefe.

Greuter, U. (2015). Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis. Berlin: Springer.

Jagla, M., Schreckenbach, D., Häring, M., Franke, G.H. (2017). Modifikation der Mini-SCL für den Einsatz bei Menschen mit einer Intelligenzminderung. In Deutsche Rentenversicherung, 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (S. 64-65). DRV: Berlin.

Schanze, C. (2014). Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Stuttgart: Schattauer.

Schützwahl, M., Voss, E., Stiawa, M., Salize, H.-J., Puschner, B., Koch, A. (2017). Bedingungsfaktoren psychopharmakologischer Behandlung bei leichter oder mittelgradiger Intelligenzminderung. Der Nervenarzt, 88, 1273-1280.

Krankheitsverarbeitung von Schmerzpatientinnen und -patienten und deren Zusammenhänge

Gabriele Helga Franke¹; Dieter Küch²; Melanie Jagla-Franke¹

¹ Hochschule Magdeburg-Stendal; ² Klinik Hohenstaufen

Hintergrund und Zielstellung

Chronische Schmerzen, die länger als drei Monate andauern und oftmals durch Arthritis ausgelöst werden, gehen mit erhöhter Komorbidität -vor allem mit psychischer Belastung- einher (Rice et al., 2016). Es stellt sich die Frage, welche unterschiedlichen Krankheitsverarbeitungsstrategien sich bei Schmerzpatientinnen und -patienten finden lassen und wie diese mit psychischer Belastung und Persönlichkeitsfacetten zusammenhängen.

Methoden

Die Datenerhebung fand in der orthopädischen Rehabilitation Gesundheitszentrum Prenzlauer Berg in Berlin statt, im DRK-Schmerzzentrum Mainz, im Helios-Klinikum Hildesheim sowie in der orthopädischen Rehabilitation der Paracelsus-Klinik an der Gande in Bad Gandersheim. Neben dem Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK, Franke & Jagla, 2016) kam die Mini Symptom Checklist (Mini-SCL, Franke, 2017) sowie ein Kurzfragebogen zur Persönlichkeitsstruktur (NEO-FFI-25, Franke, Nentzl & Jagla, 2019) zum Einsatz. Es wurden mithilfe der hierarchischen Clusteranalyse nach Ward (Backhaus et al.,

2018) drei Cluster der Krankheitsverarbeitung gebildet; in multivariaten Varianzanalysen wurden diese auf Unter-schiede geprüft.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung: Es nahmen 554 Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen teil, sie waren im Schnitt 54 Jahre alt (± 14 , 19-88), 61% waren weiblich und 50% verheiratet, 40% wohnten allein und 63% hatten einen Haupt- oder Realschulabschluss; 45% waren berufstätig. Die Rehabilitation wurde in 40% der Fälle stationär und in 60% ambulant durchgeführt.

Krankheitsverarbeitung: Es fanden sich die drei Cluster: aktive (45%), passive (40%) und depressive (15%) Krankheitsverarbeitung. Das aktive Cluster bevorzugte die handelnde, problemorientierte Krankheitsbewältigung sowie die aktive Suche nach sozialer Unterstützung (beide: Stanine = 6 ± 2). Das passive Cluster hatte Probleme, Hilfe anzunehmen (Stanine = 5 ± 2) und das depressive Cluster (Stanine = 7 ± 2) bevorzugte Bagatellisierung und Wunsch-denken (Stanine = 6 ± 2 ; alle Unterschiede $p < ,0001$). Das passive Cluster war mit 56 Jahren (± 15) älter als die beiden anderen (52 ± 13 , $p < ,02$). Im depressiven Cluster fanden sich mehr Personen mit Haupt- oder Realschulabschluss (72%, $p < ,03$) und die Mehrheit wurde stationär behandelt (54%, $p < ,02$).

Psychische Belastung: Insgesamt waren 49% aller Patientinnen und Patienten auffallend psychisch belastet. Die depressive Bewältigung ging bei 86% und die passive Bewältigung bei 57% mit erhöhter psychischer Belastung einher ($p < ,0001$).

Persönlichkeitsstruktur: Das depressive Cluster zeigte die höchsten Werte bei Neurotizismus (Stanine = 8 ± 1) und die niedrigsten bei Extraversion (Stanine = 3 ± 2). Das aktive Cluster hatte die höchsten Werte bei Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit (Stanine = 6 ± 2). Das passive Cluster hatte die niedrigsten Werte bei Offenheit für neue Erfahrungen (Stanine = 4 ± 1 , alle Unterschiede $p < ,0001$; siehe Tab. 1).

Tab. 1: Unterschiede zwischen drei Clustern von Schmerzpatientinnen und -patienten mit unterschiedlicher Krankheitsverarbeitung in Bezug auf die Persönlichkeitsstruktur (Stanine-Werte)

Krankheitsverarbeitung	Depressiv	Passiv	Aktiv	
Persönlichkeitsfacetten (NEO-FFI-25, Franke et al., 2019)	N=81 (14,6%)	N=221 (39,9%)	N=252 (45,5%)	N[Σ]=554
Neurotizismus	7,51 \pm 1,15	5,31 \pm 1,22	3,41 \pm 1,38	4,77 \pm 1,93
Extraversion	3,33 \pm 1,95	3,86 \pm 1,65	5,49 \pm 1,76	4,52 \pm 1,96
Offenheit für neue Erfahrungen	4,11 \pm 1,93	3,65 \pm 1,41	5,29 \pm 1,98	4,46 \pm 1,93
Verträglichkeit	3,65 \pm 1,63	4,71 \pm 1,86	6,13 \pm 1,83	5,20 \pm 2,03
Gewissenhaftigkeit	4,10 \pm 1,89	4,86 \pm 2,04	5,86 \pm 2,00	5,20 \pm 2,00
Alle Unterschiede $p < ,0001$				

Diskussion und Fazit

Patientinnen und Patienten mit aktiver Krankheitsverarbeitung machen mit 46% rund die Hälfte der Stichprobe aus; sie sind mit 31% nur selten psychisch belastet und bei ihnen dominieren Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit.

40% der Stichprobe bewältigt passiv und es fällt ihnen schwer, Hilfe anzunehmen. Diese Gruppe ist mit 56 Jahren (± 15) die älteste, 57% sind psychisch belastet und die Offenheit für neue Erfahrungen ist niedrig.

Die Gruppe mit depressiver Verarbeitung ist mit 15% die kleinste, bei der Bagatellisierung und Wunschdenken dominieren; 72% haben einen Haupt- oder Realschulabschluss und 54% sind in stationärer Behandlung. Bei hohem Neurotizismus liegt gleichzeitig eine geringe Extraversion vor.

Die aktive Gruppe kann von Bestätigung und Psychoedukation profitieren, während es angeraten scheint, die passive Gruppe ressourcenstärkend zu aktivieren. Die depressive Gruppe sollte weiter psychodiagnostisch untersucht werden, um ggf. psychotherapeutische und/ oder medikamentöse Behandlungen einzuleiten.

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse daraufhin, dass die Erfassung der Krankheitsverarbeitung -zusätzlich zur Erhebung der psychischen Belastung- in die Routinediagnostik vor oder bei Aufnahme integriert werden sollte.

Literatur

- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2018). Multivariate Analysemethoden: eine anwendungsorientierte Einführung, 15., vollständig überarbeitete Auflage. Berlin: Springer.
- Franke, G.H. (2017). Mini-SCL. Mini 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.
- Franke, G.H., Nentzel, J. & Jagla, M.J. (2019). NEO-FFI-25 - NEO-Fünf-Faktoren-Inventar mit 25 Items, Deutsches Manual. Stendal: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Rice, D., Mehta, S., Shapiro, A., Pope, J., Harth, M., Morley-Forster, P., et al. (2016). Psychological distress in out-patients assessed for chronic pain compared to those with rheumatoid arthritis. Pain Research and Management, DOI: 10.1155/2016/7071907

Landkarte der Forschungsförderung – Eine Analyse von der Deutschen Rentenversicherung zwischen 2004 und 2020 geförderten Projekte

Ernst von Kardorff; Leije Zeng
Berliner Werkstatt für Sozialforschung

Hintergrund und Zielstellung

Auf Grundlage der von der Rentenversicherung seit 1995 geförderten und ab 2004 systematischer erfassten Forschungsvorhaben (N=514, bereinigt) bis zum Jahr 2020 ging es in der deskriptiven Pilotstudie um:

- die Identifikation bereichsspezifischer Förderschwerpunkte im Zeitverlauf,
- die Feststellung von Forschungslücken hinsichtlich aktueller Herausforderungen für die Rehabilitation,
- Empfehlungen zur Weiterentwicklung einer zielgenaueren strategischen Förderplanung, um veränderten Bedarfen der Versicherten und Entwicklungen innerhalb der Fachwissenschaften, und der Praxis und gerecht zu werden.
- Anregungen zur Ergebnissicherung der Projekte und der Übertragung ihrer Empfehlungen in die Praxis.

Methoden

Die Projekte wurden zunächst in das Programm MAXQDA eingelesen und unabhängig von zwei Projektmitarbeitern nach den folgenden Gesichtspunkten mit Hilfe des Programms codiert und analysiert:

- zentrale Leistungsbereiche der Rehabilitation: Medizinische-Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Sozialmedizin;
- übergreifend bedeutsame Themenstellungen wie Versorgungsforschung, Prävention und Inanspruchnahme/Zugangswege;
- Rehabilitationsorganisation: Reha-Steuerung; Qualitätssicherung; Aus-, Fort- und Weiterbildung; Modellprojekte;
- Aktuelle Herausforderungen der Rehabilitation (z.B. Nachsorge, Rückkehr in Arbeit) und Fragestellungen, die entweder bislang (zu) wenig untersucht wurden wie Gender/Diversity, Migration und Behinderung, auf besonders kritische Phänomene verweisen (z.B. Erwerbsminderungsrente; Komorbidität) oder konzeptionelle Fragen betreffen wie etwa ICF-Umsetzung und Patientenorientierung/Partizipation;

Unsere Ergebnisse wurden vor dem Hintergrund einer bereits von Koch u.a. (2007) vorgelegten Bestandsaufnahme sowie der Themenschwerpunkte des Förderschwerpunkts Rehabilitationswissenschaften (DRV 2009) in einem weiteren Horizont der rehabilitationswissenschaftlichen Entwicklung verortet.

Ergebnisse

a) Forschungslücken im Bereich der rehabilitativen Versorgung und spezieller Zielgruppen

- Die mit 25 Projekten geringe Anzahl von ca. 5% aller geförderten Projekte zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angesichts von ca. 20% aller bewilligten LTA-

Leistungen 2018 markiert eine Forschungslücke, auf die die Rentenversicherung inzwischen mit der Ausschreibung des Förderschwerpunkts „Berufliche Rehabilitation“ reagiert hat.

- Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund: Hier finden sich lediglich 11 Projekte (weniger als 2,5 % aller geförderten Forschungsvorhaben).
- Gender/Diversity: hier sind nur 6 Forschungsprojekte einschlägig.
- Menschen mit Behinderungen: hier finden sich über den gesamten Zeitverlauf lediglich 4 Projekte (davon zwei zu Sehbehinderung/Blindheit).
- Prävention. Die wenigen geförderten Projekte sind neueren Datums, wie etwa eine Studie zur Überprüfung der Effekte der Ü-45 Checks.
- Nachsorge: 72 von 596 Projekten (ca. 12%) widmen sich dem für die Sicherung des Rehabilitationserfolgs zentralen Thema, wobei Projekte zu internetbasierter und telerehabitativer Nachsorge sehr stark vertreten sind.

b) Reha-Steuerung, Forschungslücken in drei Bereichen:

- Vernetzung zwischen primärärztlicher Versorgung und Arbeitswelt und damit verbundene Schnittstellenprobleme in der Zuweisung und bei der träger- und rechtskreisübergreifenden Kooperation und Koordination;
- Rehabilitationsökonomische Analysen (vgl.: Koch u.a. 2007);
- Vergleiche zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation.

c) Qualitätssicherung

- Hier finden sich 11 Studien, die einen inhaltlichen Bezug zum Qualitätsmanagement aufweisen, etwa Projekte zu Leitlinien, Therapiestandards, Reha-Managementkategorien, KTL-Anwendung, -Nutzung- und -Überprüfung.

d) Konzeptionelle Aspekte

- Kaum Studien zur Weiterentwicklung, Anwendung und Nutzung der ICF (vgl. schon: Koch u.a. 2007)
- Wenige Studien zu Patientenorientierung, Partizipation und Patientenerfahrungen.

e) Forschungsmethoden

- Insgesamt zeigt sich ein überwiegend hohes methodisches Niveau der sowohl bei den quantitativen als auch bei den qualitativen Studien. Zusätzlicher Forschungsbedarf besteht an (qualitativen) Verlaufsstudien.

Diskussion und Fazit

Zu einer vollständigeren Charakterisierung der nationalen rehabilitationswissenschaftlichen Forschung wären künftig die Ergebnisse der rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien, sowie Ergebnisse aus den gesundheitswissenschaftlichen akademischen Disziplinen wie Public Health, Medizinsoziologie und -psychologie, Rehabilitationspädagogik und Gesundheitsökonomie einzubeziehen. Darüber hinaus erscheint es wünschenswert eine Forschungsdokumentation als „lernendes System“ zu entwickeln:

- (1) Sicherung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes zu zentralen Bereichen der Rehabilitation. Hier sollten bereichsspezifische systematische Reviews des nationalen und internationalen Forschungsstandes erarbeitet werden.
- (2) Identifikation von Forschungslücken entsprechend der zentralen Zielsetzungen der Rehabilitation und veränderter Bedarfslagen, wie versorgungsepidemiologische Verschiebungen, veränderte rehabilitationspolitische Vorgaben, Sicherung des Reha-Erfolgs durch enge Kooperation zwischen Betrieben und Reha-System.
- (3) Informationssystem zur Vernetzung interessierter wissenschaftliche Kooperationspartner bei ähnlich gelagerten Themen- und Fragestellungen und die Vernetzung von Praxiseinrichtungen.

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2009). Gemeinsamer Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.
- Koch, U., Lehmann, C., Morfeld, M. (2007). Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. Die Rehabilitation 46, S. 127 – 144.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Machbarkeitsstudie des AMA-Testes in verschiedenen Probandenkollektiven

Judith Gartmann¹; Norbert Geissler²; Elena Andreeva¹

¹ Medizinische Hochschule Hannover

² Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Functional Capacity Evaluation (FCE)-Testungen sind im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei unklarem Leistungsvermögen etabliert. Dennoch gibt es bislang keine Testungen, die sich ausschließlich auf den allgemeinen Arbeitsmarkt mit leichter körperlicher Tätigkeit fokussieren. Aus dieser Notwendigkeit heraus wurde im ersten Schritt der kriteriumsorientierte und risikoarme AMA-(ArbeitsMarktbezogenes Assessment)Test entwickelt und an gesunden freiwilligen Probanden getestet (Gartmann et al., 2020). Der Test stellt ein Simulationsmodell für leichte körperliche Arbeit dar, das vor allem bei der sozialmedizinischen Begutachtung dienen kann. Derzeit wird die Anwendung des Testes bei der Begutachtung im Rentenverfahren überprüft.

Ziel dieser Studie war die Prüfung zur Anwendbarkeit in orthopädischen und psychosomatischen Probandenkollektiven.

Methoden

Im Rahmen einer multizentrischen Beobachtungsstudie zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung für den allgemeinen Arbeitsmarkt haben 26 Probanden in einem

städtischen ambulanten Rehasentrum am AMA-Test teilgenommen. Inkludiert wurden Probanden der ICD-10-Diagnosegruppen M51.0+, M51.1, M51.9, M15-M99 sowie F45.41, welche durch die behandelnden ÄrztInnen des Rehasentrums rekrutiert wurden. Nach jedem Test wurden eine Konsistenzanalyse sowie eine Beurteilung des Schmerzverhaltens durchgeführt, um Hinweise auf etwaige Selbstlimitierungen abzuleiten. Das Prinzip ist an bereits erprobte Konsistenzbewertungen angelehnt (Geissler et al. 2016 und 2017). Auffälliges Schmerzverhalten, große Anzahl von Fehlern, unrealistisch geringe Arbeitsmenge oder niedrige Selbsteinschätzung im PACT-Test (Kool et al., 2011) wurden als Konsistenzparameter mit insgesamt 8 Items bewertet und aufsummiert. Die Einstufung der Konsistenz resultiert aus dem errechneten Score: 0-2 Punkte „Gute Konsistenz“, 3-5 Punkte „Mäßige Konsistenz“ und 6-8 Punkte „Schlechte Konsistenz“.

Ergebnisse

Die Testdaten liegen für 21 ProbandInnen (Gruppe „Bandscheibenschädigung“ n= 11 Probanden; Gruppe „Psychosomatik“ n= 10 Probanden) vor. Das Durchschnittsalter der ProbandInnen beträgt 53 Jahre.

Von den 21 ProbandInnen haben 16 ProbandInnen den Test vollständig absolviert. In 5 Fällen wurde der Test abgebrochen (n=1 in der Gruppe „Bandscheibenschädigung“; n=4 in der Gruppe „Psychosomatik“). Die Konsistenzbewertung fiel bei 13 Probanden gut aus und bei 8 ProbandInnen mäßig.

Die Machbarkeit des AMA Testes in verschiedenen Patientengruppen konnte bewiesen werden. Die Gruppe der Probanden mit psychosomatischen Erkrankungen weist eine höhere Abbruchquote auf. Diese entsteht aufgrund der erfüllten Testabbruchkriterien (n=3). Insgesamt haben 2 Testpersonen den Test ohne erkennbare leistungslimitierende Symptome während der Testdurchführung abgebrochen.

Diskussion und Fazit

Diese Studie zeigt, dass der neu entwickelte kriteriumsorientierte AMA-Test zur Durchführung bei Probanden mit lumbalen Bandscheibenschädigungen und psychosomatischen Erkrankungen geeignet ist. Vor allem die hohe Anzahl der absolvierten Tests spricht für eine Anwendbarkeit in der sozialmedizinischen Begutachtung und Implementierung bei unklarem Leistungsvermögen.

Die Ein-, Ausschluss- und Abbruchkriterien ermöglichen eine gezielte Probandenrekrutierung und gewährleisten die gesundheitliche Sicherheit der Testperson.

Vorteilhaft sind auch die geringen Verbrauchskosten für Materialien und geringe Abhängigkeit von Software, deren Kosten und Fehler, die den Ablauf der Leistungstestung hemmen können, wie beispielsweise beim Sapphire® System (Geissler et al. 2020). Auch die Testdauer von ca. 2,5 Stunden ist positiv zu bewerten, da die tatsächliche Belastbarkeit des Probanden auch alltagsnah gezeigt werden kann.

Literatur

Gartmann J., Geissler, N., Gutenbrunner, C., Andreeva, E. (2020). ArbeitsMarktbezogenes Assessment: Neues kriteriumsorientiertes Testsystem zur Quantifizierung des Leistungsvermögens bei Begutachtung auf körperlich leichte Erwerbstätigkeit. In: Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. Tagungsband, „Prävention und Rehabilitation

– der Betrieb als Partner“, 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 2. Bis 4. März 2020 in Hannover. DRV-Schriften 2020; 120: 314-316.

Geissler, N., Andreeva, E., Moesch, W., Kasprowski, D., Schnalke, G., Jakobs, A., Vinagre, N., Niklas, A. (2016). Inkonsistenz und Selbstlimitierung bei der EFL-Leistungsdiagnostik nach Isernhagen unter Berücksichtigung sozioökonomischer Kontextfaktoren. Physikalische Medizin, Rehabilitations, Kurortmedizin, 26. 9-16.

Geissler, N., Andreeva, E., Moesch, W. et al. (2017). Stellenwert der Konsistenzprüfung bei Systemen zur Functional Capacity Evaluation (FCE). In: Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. Tagungsband, „Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung“, 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 20. Bis 22. März 2017 in Frankfurt am Main. DRV-Schriften 2017; 111: 436-439.

Kool J., Oesch P. (2011). Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit: Performance Assessment and Capacity Testing (PACT). In: Oesch P., Hilfiker R., Keller S., Kool J., Luomajoki H., Schädler S., Tal-Akabi A., Verra M., Widmer Leu C. Assessments in der Rehabilitation Band 2: Bewegungsapparat. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Menschen mit Beeinträchtigungen auf dem Arbeitsmarkt – Erwerbsbeteiligung, Beschäftigungsstrukturen und persönliche Einschätzungen

Jörg Schmidt; Christiane Flüter-Hoffmann

Institut der deutschen Wirtschaft

Hintergrund und Zielstellung

Über die Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen wird bereits detailliert berichtet (BMAS, 2021; Der Paritätische Gesamtverband, 2020). Als Teil der Berichterstattung wird oft auch der Lebensbereich rund um die Erwerbstätigkeit und die materielle Situation beleuchtet, allerdings erfolgt dabei oft keine explizite Betrachtung der Situation von Arbeitnehmern und deren Beschäftigungsstrukturen. An diesen Punkten setzt der vorliegende Beitrag an und charakterisiert die Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Er widmet sich primär der Frage, inwieweit sich die Arbeitsmarktsituation von Menschen mit Beeinträchtigungen von erwerbsbezogenen Durchschnittswerten unterscheidet. Dabei werden neben der Partizipation vor allem die Beschäftigungsstrukturen sowie persönliche Einschätzungen über das Erleben der Arbeitssituation näher beleuchtet. Mit Blick auf die Ergebnisse thematisiert der Beitrag eine Reihe von Handlungsoptionen der betrieblichen Personalpolitik, die die Inklusion am Arbeitsmarkt weiter unterstützen können. Der Beitrag (vgl. Flüter-Hoffmann et al., 2021) wird in Kürze veröffentlicht und bildet die Grundlage für den Vortrag.

Methoden

Nach einer vorgelagerten Analyse, die primär auf Basis von Daten der Bundesagentur für Arbeit und des Statistischen Bundesamts die Situation von Menschen mit Behinderungen bzw. Schwerbehinderung allgemein bzw. am Arbeitsmarkt beschreibt, steht eine eigenständige Auswertung der Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) im Zentrum der Untersuchung (Goebel et al., 2019). Der Fokus liegt dabei auf Menschen mit Beeinträchtigungen, die in Anlehnung an die im dritten Teilhabebericht der Bundesregierung (BMAS, 2021) definierte Systematik für das SOEP im Datensatz identifiziert werden. Zudem werden – soweit wie möglich – Arbeitnehmer am ersten Arbeitsmarkt eingegrenzt und Personen in Tätigkeiten am zweiten Arbeitsmarkt ausgeschlossen. Die Grundlage bilden Daten der Welle 2018 (SOEP v35) sowie für zeitliche Entwicklungen zum Teil auch die Wellen 2014 und 2016. Methodisch werden überwiegend bivariate deskriptive Auswertungen durchgeführt sowie zum Teil auch multivariate Verfahren im Rahmen einer Detailanalyse der Sorgen um die eigene wirtschaftliche Situation (Probit-Regressionsschätzungen).

Ergebnisse

Die Auswertungen auf Basis des SOEP zeigen, dass sich erwerbsbezogene Merkmale von Menschen mit Beeinträchtigungen zum Teil deutlich von Durchschnittswerten unterscheiden, die auf Basis aller Beschäftigten beziehungsweise Erwerbstätigen abgeleitet werden. So weisen Menschen mit Beeinträchtigungen eine geringere Arbeitsmarktpartizipation auf, arbeiten häufiger in Teilzeit und sind seltener im erlernten Beruf tätig als im Durchschnitt der Beschäftigten. Zudem sind die Zukunftserwartungen von Beschäftigten mit Beeinträchtigungen, die von Neuerungen am Arbeitsplatz betroffen sind, zum Teil von einer größeren Skepsis hinsichtlich der Auswirkungen dieser Neuerungen geprägt. Beschäftigte mit Beeinträchtigungen sind – wie alle Beschäftigten – im Durchschnitt mit ihrer Arbeit eher zufrieden, allerdings weisen sie im Vergleich zu allen Beschäftigten einen geringeren Anteil von Personen auf, die mit ihrer Arbeit hochzufrieden sind. Zudem machen sie sich größere Sorgen um ihre eigene wirtschaftliche Situation. Multivariate Analysen ergeben, dass ein Unterschied zu Menschen ohne Beeinträchtigungen auch unter Berücksichtigung einer Reihe von personen- und tätigkeitsbezogenen Merkmalen bestehen bleibt.

Diskussion und Fazit

Mit Blick auf die Ergebnisse werden Handlungsoptionen aus betrieblicher Perspektive beschrieben, die darauf abzielen, einerseits den Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen zu fördern und zum anderen die Integration in den (ersten) Arbeitsmarkt und die Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz zu unterstützen. Diese werden danach unterschieden, ob sie primär auf die Unternehmenskultur bzw. Haltung ausgerichtet sind (strategische Ebene) oder ob sie eher auf die Umsetzung bzw. Anwendung bestimmter Strategien fokussieren (operative Ebene). Insofern bestehen vielfältige Anknüpfungspunkte, um die arbeitsmarkt-bezogene Inklusion von Menschen mit Behinderungen und Menschen mit Beeinträchtigungen zu unterstützen.

Literatur

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: TEILHABE – BEEINTRÄCHTIGUNG – BEHINDERUNG, Berlin.

- Der Paritätische Gesamtverband (Hg.) (2020): Der Paritätische Teilhabebericht 2020, Teilhabe und Geschlecht im frühen und mittleren Erwachsenenalter im Rahmen des Projekts: „Teilhabeforschung: Inklusion wirksam gestalten“, gefördert durch die Aktion Mensch Stiftung, Paritätische Forschungsstelle, Berlin.
- Flüter-Hoffmann, C., Kurtenacker, A., Schmidt, J. (2021): Menschen mit Beeinträchtigungen auf dem Arbeitsmarkt – Erwerbsbeteiligung, Beschäftigungsstrukturen und persönliche Einschätzungen. Unveröffentlichtes Manuskript, erscheint demnächst, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln.
- Goebel, J., Grabka, M.M., Liebig, S., Kroh, M., Richter, D., Schröder, C., Schupp, J. (2019): The German Socio-Economic Panel Study (SOEP), in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 239, Nr. 2, S. 345–360.
- SOEP v35: Sozio-oekonomisches Panel, Daten der Jahre 1984–2018, Version 35, Berlin.

Mögliche Ansatzpunkte für psychotherapeutische Interventionen bei psychisch belasteten Herzpatienten aus einer netzwerkanalytischen Perspektive

Stefan Lueger¹; Tanja Lueger²; Peter Deeg¹

¹ Deegenbergklinik; ² Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Ein Herzinfarkt (MI) oder eine Herzoperation kann mit erheblichen psychischen Beeinträchtigungen einhergehen. Neben depressiven Symptomen und Angstsymptomen können auch Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auftreten. Während in den meisten Fällen die anfänglichen PTBS-Symptome in der Zeit nach dem kardialen Ereignis wieder abnehmen, verfestigen sich diese bei einem Teil der Patienten zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (siehe zusammenfassend Jacquet-Smailovic et al., 2021). Wenig ist bisher bekannt, wie die Angst- und Depressionssymptome mit den PTBS-Symptomen zusammenhängen und möglicherweise zu einer Chronifizierung der PTBS-Symptomatik beitragen können.

Zudem gibt es in der neuen ICD-11 wesentliche Änderungen in den Kriterien für eine PTBS. Unspezifische und mit anderen Störungsbildern überlappende Symptome wurden aus den PTBS-Kriterien entfernt. Die ICD-11 beschränkt sich auf sechs Kernsymptome, von denen jeweils zwei den Clustern „Wiedererleben im Hier und Jetzt“ (aufwühlende Träume; intensive Bilder oder Erinnerungen mit Hier-und-Jetzt-Qualität) „Vermeidung“ (Vermeidung innerer Auslöser für Erinnerungen; Vermeidung äußerer Auslöser für Erinnerungen) und „Wahrnehmung erhöhter Bedrohung“ (Hypervigilanz; übertriebene Schreckreaktion) zugeordnet werden.

Mittels Netzwerkanalyse sollte daher der Zusammenhang der PTBS-Symptome nach ICD-11 mit Angst und Depression bei Herzpatienten erhoben werden, um mögliche Ansatzpunkte für psychotherapeutische Interventionen aufzeigen zu können.

Methoden

Insgesamt gingen 345 konsekutiv aufgenommene Herzpatienten (23.5% Frauen) mit einem Durchschnittsalter von 66.3 Jahren (SD = 9.8), in die Analyse ein, die eine Anschlussrehabilitation nach einem akuten MI und/oder einer Herzoperation (Einschlusskriterien) durchführten. 53.9% der Patienten hatten einen MI (davon 45.8% mit Stentimplantation, 5.5% mit Bypassoperation sowie 2.6% mit konservativer Therapie), 18.0% eine Bypassoperation ohne MI, 20.3% eine Herzklappenoperation, 2.9% eine Bypassoperation und zusätzlich eine Herzklappenoperation sowie 4.9% eine Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI).

Zu Beginn wurden im Rahmen des routinemäßig durchgeführten Screenings hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten die PTBS-Symptome nach ICD-11 mittels des International Trauma Questionnaire (ITQ) nach Cloitre et al. (2018) sowie Angst- und Depressionssymptome mittels des PHQ-4 erhoben. Das kardiale Ereignis lag zu Beginn im Durchschnitt 18.6 Tage (SD = 10.5) zurück. Die Auswertung erfolgte mittels des Moduls „Network“ des Statistikprogrammes JASP (Version 0.14.1.0). Bei Schätzung des Netzwerkes mittels regularisierter Partialkorrelationen-Modelle gingen alle 6 PTBS-Symptome sowie die beiden Angst- und Depressionssymptome ein. Die Bedeutsamkeit eines Symptoms im Netzwerk wurde mittels Zentralitätsindizes geschätzt. Für die Interpretation wird ausschließlich auf den Index „Strength“ (in JASP „Degree“ genannt) zurückgegriffen, da dieser der reliabelste Parameter ist. Der Zentralindex „Strength“ gibt an, wie stark ein Symptom direkt mit dem Netzwerk verbunden ist.

Ergebnisse

Abbildung 1 zeigt die Visualisierung der Netzwerkstruktur der sechs PTBS-Symptome und der beiden Angst- und Depressionssymptome.

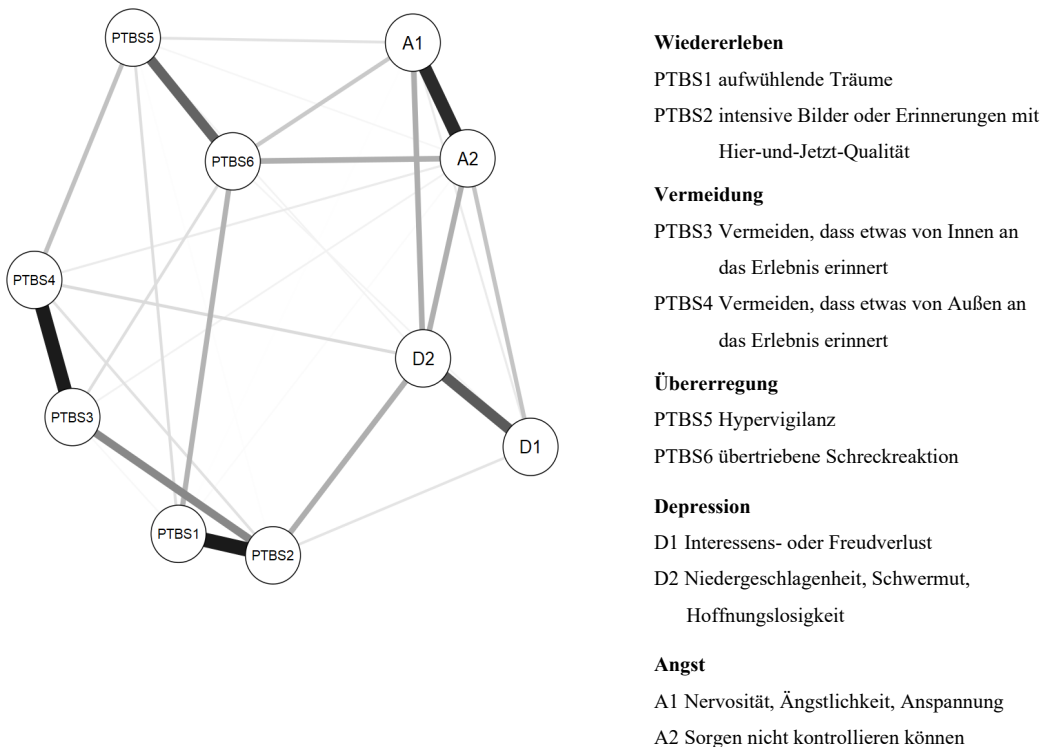


Abb. 1: Netzwerk der 6 PTBS-Symptome sowie der beiden Angst- und Depressionssymptome
Anmerkung: Je dicker und je dunkler die Linie, desto stärker ist der Zusammenhang

Es bestehen nur positive Verbindungen zwischen den einzelnen Symptomen. Theoriekonform bestehen starke Verbindungen jeweils zwischen den beiden Symptomen aus derselben Skala (r zwischen $.37$ und $.54$). Diagnoseübergreifend bestehen (jeweils in identischer Größenordnung von $r = .19$) die stärksten Verbindungen zwischen „Sorgen nicht kontrollieren können“ (A2) und „übertriebene Schreckreaktion“ (PTBS6), „Niedergeschlagenheit, Schwermut, Hoffnungslosigkeit“ (D2) und „intensive Bilder oder Erinnerungen mit Hier-und-Jetzt-Qualität“ (PTBS2), „Niedergeschlagenheit, Schwermut, Hoffnungslosigkeit“ (D2) und „Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung“ (A1) sowie „Niedergeschlagenheit, Schwermut, Hoffnungslosigkeit“ (D2) und „Sorgen nicht kontrollieren können“ (A2).

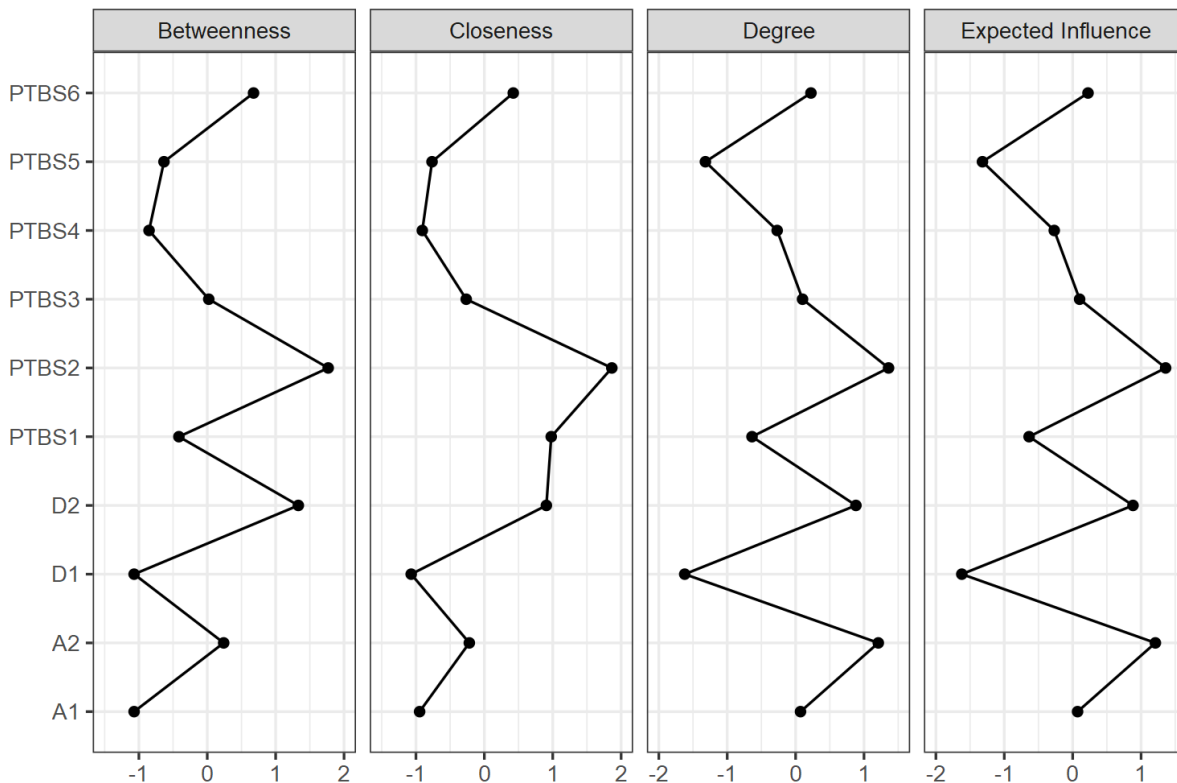


Abb. 2: Zentralitäts-Plot der Zentralindices (standardisierte z-Werte)

Anmerkungen: In der Beschriftung der Plots wird in JASP anstelle der Bezeichnung „Strength“ die Bezeichnung „Degree“ verwendet, da „Degree“ und „Strength“ in einem gewichteten Netzwerk identisch sind; je größer der z-Wert, desto bedeutsamer ist ein Symptom für das Netzwerk

Wie Abbildung 2 zeigt, sind die für dieses Netzwerk zentralsten Symptome „intensive Bilder oder Erinnerungen mit Hier-und-Jetzt-Qualität“ (PTBS2; $z = 1.35$), „Sorgen nicht kontrollieren können“ (A2; $z = 1.21$) sowie „Niedergeschlagenheit, Schwermut, Hoffnungslosigkeit“ (D2; $z = 0.89$).

Diskussion und Fazit

Auf Patienten, die intensive Bilder oder Erinnerungen an ihr kardiales Ereignis berichten und mit einem depressiven Verarbeitungsstil oder einer starken Sorgenneigung reagieren, sollte während der AHB besonders geachtet werden, um die mögliche Entwicklung einer PTBS zu verhindern. Dies ist konkordant mit bestehenden Befunden, die zeigen, dass repetitives negatives Denken die Chronifizierung einer PTBS begünstigen (Moulds et al., 2020) und bei Herzpatienten Angst und Depression langfristig vorhersagen kann (Guan et al., 2021).

Achtsamkeitsbasierte Verfahren wie die achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR), die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) oder die metakognitive Therapie könnten daher mögliche psychotherapeutische Interventionen darstellen. Netzwerkanalysen stellen insgesamt einen vielversprechenden Ansatz dar, um mögliche Ansatzpunkte für Interventionen aufzuzeigen.

Literatur

- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138, 536-546.
- Guan, Y.Y., Phillips, L., Murphy, B., Crebbin, S., Le Grande, M., Worcester, M.U., Jackson, A. (2021). Impact of rumination on severity and persistence of anxiety and depression in cardiac patients. *Heart and Mind*, 5, 9-16.
- Jacquet-Smailovic, M., Tarquinio, C., Alla, F., Denis, I., Kirche, A., Tarquinio, C., Brennstuhl, M.J. (2021). Posttraumatic stress disorder following myocardial infarction: a systematic review. *Journal of Traumatic Stress*, 34, 190-199.
- Moulds, M.L., Bisby, M.A., Wild, J., Bryant, R.A. (2020). Rumination in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 82, 101910.

Nutzen, Zufriedenheit und Verbesserungspotenziale des rehapro-Modellprojektes „Ü35 Gesundheitschecks mit WAI“ - aus Sicht der Teilnehmer/-innen und Nicht-Teilnehmer/-innen

*Christina Kaltenbach; Lea Raiber; Marina Jost; Rainer Kaluscha;
Theresa Kölle; Lena Tepohl*

IFR Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Prävention ist umso wirksamer, je früher damit begonnen wird. Daher bietet die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ihren Versicherten bereits ab dem 35. Lebensjahr einen Gesundheitscheck zur Identifikation gesundheitlicher Beeinträchtigung und Einleitung evtl. erforderlicher Maßnahmen an. Nach dem Grundsatz "Prävention vor Reha vor Rente" hat auch die deutsche Rentenversicherung (DRV) den Auftrag, berufsbedingte Belastungen, die ein Risiko für Erwerbsunfähigkeit darstellen, frühzeitig zu erkennen und ihnen mit entsprechenden Maßnahmen entgegen zu treten. Der Anstieg der neu bewilligten Erwerbsminderungsrenten (DRV Bund, 2020a) und die Zunahme der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen (DRV Bund, 2020b) wegen Erwerbsminderung legen nahe, dass bisher Präventionspotenziale nicht genutzt wurden. Aus diesem Grund wurde im vorliegenden rehapro-Modellprojekt der Ü35-Gesundheitscheck der GKV um Elemente des Ü45-Gesundheitschecks der DRV ergänzt. So können zum einen bestehende Erkrankungen und individuelle Risikofaktoren (z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen, körperliche Belastung, Fehlernährung, Bewegungsmangel) identifiziert und ggf. Präventionsmaßnahmen der GKV empfohlen werden. Zum anderen können über den Ü45-Gesundheitscheck der DRV die

Arbeitsfähigkeit anhand des Work-Ability-Index (WAI) ermittelt und bei Bedarf Teilhabeleistungen zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit eingeleitet werden. Ziel der Begleitstudie des Modellprojekts ist es, Erkenntnisse über Nutzen, Zufriedenheit und Verbesserungspotenziale dieses kombinierten Gesundheitsangebots (Ü35-Check+) von der DRV BW und der GKV zu gewinnen

Methoden

Die formative Evaluation des rehapro-Modellprojekts umfasste Teilnehmer/-innen des Ü-35-Checks+ (Interventionsgruppe (IG)) und Versicherte, für die das Angebot eines kombinierten Gesundheitschecks nicht zur Verfügung steht (Vergleichsgruppe (VG)). Teilnehmen konnten Versicherte aus beiden Gruppen, die 35 Jahre oder älter waren und im Stadt und Landkreis Heilbronn wohnten.

Beide Gruppen wurden zu zwei Zeitpunkten befragt. Die IG unmittelbar nach Durchführung (t1) und ein Jahr nach dem Ü35-Gesundheitscheck+ (t2). Die VG wurde entweder zu Beginn des Modellprojekts befragt, wenn sie bereits im Vorjahr an einem GKV Ü35-Gesundheitscheck teilgenommen haben oder unmittelbar nach dem GKV Ü35-Gesundheitscheck, wenn sie zur Teilnahme am Ü35-Check+ nicht berechtigt waren (z.B. nicht bei der DRV BW versichert) (t1) und ebenfalls ein Jahr danach (t2). Neben der deskriptiven Beschreibung zur subjektiven Einschätzung des Ü35-Checks+ wurden Gruppenvergleiche mittels Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben auf statistische Signifikanz geprüft ($\alpha = 0,05$).

Ergebnisse

Insgesamt konnten 126 Versicherte der IG (59,5% männlich, 40,5% weiblich, Alter: 51.9 ± 6.8) und 154 Versicherte der VG (48,3% männlich, 51,7% weiblich, Alter: $51,6 \pm 7,6$) in die Studie eingeschlossen werden. Der durchschnittliche WAI Index lag in der IG mit 36,3 Punkten etwas höher als der der VG mit 34,9 Punkten (max. Punktzahl: 49), jedoch unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant ($U = 9,17$; $p = 0,092$). Aus der Analyse ging hervor, dass 107 (84,3%) Versicherte der IG und 114 (80,3%) der VG ein kombiniertes Angebot als sinnvoll erachten. Außerdem würden 74% der IG und 68,8% der VG einen kombinierten Gesundheitscheck gegenüber zwei getrennten Angeboten bevorzugen. Die Mehrheit aus der IG mit 69,8% und etwas mehr als die Hälfte in der VG (55,7%) gaben an, dass sie 35 Jahre als das richtige Zugangsalter ansehen. Ein Viertel der VG gab jedoch auch an, dass sie ein späteres Alter, im Durchschnitt $44,2 (\pm 4,1)$ Jahre, für angemessen halten. Bei der Bewertung der Teilnehmer/-innen (IG) für den berufsbezogenen Teil des Ü-35-Checks+ der DRV BW gab die Mehrheit an sehr zufrieden (42,1%) bzw. weitgehend zufrieden (53,2%) zu sein. Verbesserungsvorschläge zum berufsbezogenen Teil des Ü35-Checks+ der DRV BW waren z.B. die Erfassung der Arbeitszeiten (Soll/Ist), Analysen des Alltags und ein höherer Berufsbezug, einschließlich der Berücksichtigung von Home-Office und Homeschooling.

Diskussion und Fazit

Die ersten Auswertungen zeigen, dass der kombinierte Gesundheitscheck der DRV BW und der GKV als sinnvoll und positiv bewertet wird. Leichte Diskrepanzen bestehen zwischen den Gruppen zur Einschätzung zum richtigen Zugangsalter. Hier sind weitere Untersuchungen

zum Bedarf und zu den anschließend durchgeführten Leistungen im Bezug zum Alter notwendig, um eine finale Aussage treffen zu können.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2020a). Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2021. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/erwerbsminderungsrenten_zeitablauf_2021.pdf?__blob=publicationFile&v=7, Abruf: 12.10.2021.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2020b). Reha-Atlas 2020. Die Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung in Zahlen, Fakten und Trends. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Rehaatlas/2020/rehaatlas_2020_download.pdf?__blob=publicationFile&v=3, Abruf: 12.10.2021

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Online-Betreuung zur Bewältigung der COVID-19 Pandemiefolgen – Implementierung, Nutzungshäufigkeit und Teilnehmerzufriedenheit in RPK-Einrichtungen

Gustav Wirtz¹; Monika Stuhlinger²; Stefanie Freund¹

¹ SRH RPK Karlsbad GmbH; ² Rehabilitationszentrum grund.stein, RPK

Hintergrund und Zielstellung

Seit spätestens März 2020 verändert die Coronapandemie die Situation medizinisch-beruflicher Rehabilitation in den RPK-Einrichtungen. Dabei spielen die Erkrankung selbst, die damit im Zusammenhang stehenden psychischen Veränderungen, vor allem aber die Folgen der Eindämmungsmaßnahmen der Pandemie eine wichtige Rolle. Neben Hygienevorschriften, Landesverordnungen, Lockdown-Maßnahmen und anderem ist auch den Haltungen und Überzeugungen der Mitarbeiter Rechnung zu tragen.

Methoden

Den 60 Mitgliedseinrichtungen der Bundesarbeitsgemeinschaft RPK (BAG-RPK) wurde per E-Mail ein halbstrukturierter Fragebogen zur Verfügung gestellt. Primäres Ziel war einrichtungsunabhängig das Ausmaß des Einsatzes online-basierter Medien zu explorieren und die diesbezügliche Diskussion in den Einrichtungen abzubilden. Eine Rücksendung des Fragebogens war wiederum per E-Mail, per Fax oder postalisch möglich.

Ergebnisse

Von 60 angeschriebenen Einrichtungen antworteten 32. Dabei zeigte sich ein heterogenes Bild, wobei in der Folge der Pandemie zwar die Mehrheit der Einrichtungen Rehabilitation in Präsenz fortführen konnte, aber Gruppengrößen, Personaleinsatz und Kontakte in- und außerhalb der Einrichtungen sich verändert haben. Der Einsatz online-basierter Methoden

varierte zwischen den Einrichtungen teilweise stark, so dass teilweise strukturierte Online-Behandlungs- und Lernplattformen eingeführt wurden, teilweise lediglich auf Videotelefonie als Medium zurückgegriffen wurde.

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend zeigt sich für die Rehabilitation in den RPK-Einrichtungen, dass eine Fortführung der Maßnahme in Präsenz von fast allen Einrichtungen als unumgänglich beschrieben wurde, diesbezüglich aber Veränderungen der Rehabilitationskonzepte umgesetzt werden mussten, gleichzeitig die Mehrheit der Einrichtungen aber deutlich machte, dass eine Ergänzung der Rehabilitation in Präsenz durch online-basierte Medien fast unumgänglich war.

Literatur

- Bauer, S., Wolf, M., Haug, S. & Kordy, H. (2011). The effectiveness of internet chat groups in the relapse prevention after inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 21, 219-226.
- Bilic, S., Moessner, M., Wirtz, G., Lang, S., Weisbrod, M., & Bauer, S. (2020). Internet-based aftercare for patients with personality disorders and trauma-related disorders: A pilot study. *Psychiatry Research*, 285, 112771.
- Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S., Wolf, M. & Kordy, H. (2007). The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare: A controlled naturalistic study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 219-225.
- 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 Interventions*, 14, 1-17.

Osteogenesis imperfecta: Evidenzbasierte Therapiekonzepte unter Einbeziehung von Patient*innen und Selbsthilfegruppen

Martin Gehlen; Michael Pfeifer; Michael Schwarz-Eywill; Ana Lazarescu; Christian Hinz
Klinik DER FÜRSTENHOF

Hintergrund und Zielstellung

Eine Osteogenesis imperfecta/OI („Glasknochenkrankheit“) geht mit multiplen Frakturen, ausgeprägtem Kleinwuchs, Deformierungen von Kopf und Thorax, Skoliose, Zahnschäden, Blaufärbung der Skleren und Schwerhörigkeit einher. Trotz schwerster struktureller und funktioneller Einschränkungen gelingt es, viele Patient*innen durch gezielte Rehabilitationsmaßnahmen im Erwerbsleben zu halten. Ziel dieser Arbeit ist es Empfehlungen zur Rehabilitationsmaßnahmen unter Einbeziehung von Betroffenen zu erarbeiten.

Methoden

Eine Arbeitsgruppe aus 7 Osteolog*innen, 2 Physiotherapeutinnen, 1 Ergotherapeutin und 1 Psychologin mit besonderer Erfahrung in der Rehabilitation von erwachsenen Patient*innen mit OI wurde gebildet. Eine selektive Literatursuche wurde durchgeführt. Empfehlungen für

ein evidenzbasiertes Therapiekonzept wurden erarbeitet. Das Therapiekonzept wurde 11 Patient*innen mit OI vorgelegt und Verbesserungsvorschläge wurden eingefügt. Die Therapieempfehlungen wurden in der Zeitschrift für Rheumatologie publiziert und den Mitgliedern der Bundesselbsthilfegruppe „Deutsche Gesellschaft für Osteogenesis imperfecta Betroffene eV“ zugänglich gemacht.

Ergebnisse

Zur Planung der Rehabilitation ist die Einteilung in 5 klinische (Phäno-)Typen hilfreich. Patient*innen vom Typ 1 (mildeste Form, leichter Kleinwuchs, stehfähig) können in der Regel an Gruppenanwendungen für Patient*innen mit schwerer klinisch manifester Osteoporose teilnehmen. Für Patient*innen mit Typ 4+5 (variable Form, mittelgradiger Kleinwuchs, passager ohne Hilfsmittel stehfähig) sind ausgewählte Gruppentherapien, z.B. Gymnastik im Sitzen, Fahrradergometer/Handergometer, „Sturzprophylaxe“ in Kleingruppen, Kleingruppen im Wasser, möglich. Patient*innen mit Typ 3 (schwerste Form, nicht stehfähig, ausgeprägter Kleinwuchs, schwere Deformitäten, restriktive Ventilationsstörung) sollten nur Einzeltherapie erhalten. Alle Patient*innen benötigen Atemtherapie (Skoliose, Thoraxdeformität, Wirbelfrakturen). Die Handtherapie (Schwanenhalsdeformitäten) sollten sich an den Therapieformen in der Rheumatologie orientieren. Aktivierende Wirbelsäulenorthesen können bei Typ-1-OI-Patient*innen in Analogie zur manifesten Osteoporose eingesetzt werden.

Ergänzend zu Schulungen in Kleingruppen können digitale Patientenschulungen genutzt werden. Die Rehabilitation von Patient*innen mit OI sollte in spezialisierten Rehabilitationszentren durchgeführt werden, in denen das MBOR-Team dezidierte Kenntnisse über das Krankheitsbild und die sozialmedizinische Begutachtung hat. Die konsequente Transition von jungen Erwachsenen aus pädiatrischen Reha-Zentren in Reha-Zentren für Erwachsene ist ein wichtiges Zukunftsprojekt.

Diskussion und Fazit

Durch das Vorgehen wurden wissenschaftliche Erkenntnisse und subjektive Wünsche von Betroffenen zusammengebracht. Die Arbeit soll bei der Planung der Rehabilitation von Patient*innen mit OI Orientierung bieten.

Literatur

- Gehlen M, Schwarz-Eywill M, Hinz C, Pfeifer M, Siebers-Renelt U, Ratanski M, Maier A. (2021). Rehabilitation of orphan diseases in adulthood: osteogenesis imperfecta. *Z Rheumatol*, 80(1):29-42. doi: 10.1007/s00393-020-00927-8.
- Mortier G, Cohn D, Valerie Cormier-Daire V, Hall C, Krakow D, Mundlos S, Nishimura G, Robertson S, Sangiorgi L, Savarirayan R, Silience D, Superti-Furga A, Unger S, Warman M. (2019). Nosology and Classification of Genetic Skeletal Disorders: 2019 Revision. *Am J Med Genet A*, 179 (12), 2393-2419
- Mueller B, Engelbert R, Baratta-Ziska F, Bartels B, Blanc N, Brizola E, Fraschini P, Hill C, Marr C, Mills L, Montpetit K, Pacey V, Rodriguez Molina M, Schuurin M, Verhille C, de Vries O, Hiu Kwong Yeung E, Semler O. (2018). Consensus statement on physical rehabilitation in children and adolescents with osteogenesis imperfecta. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 13:158

- Önder N, Schwarz-Eywill M, Lazarescu AD, Schultze M, Gehlen M. (2021). Rehabilitation einer 47-jährigen Patientin mit Osteogenesis imperfecta. *Rehabilitation*; 60(03): 172-176. DOI: 10.1055/a-1325-4694
- Semler O, Rehberg M, Hoyer-Kuhn. (2018). Pathophysiology and treatment of Osteogenesis imperfecta. *Osteologie*; 27: 194-199

Pandemiebedingte Reduktion kardiologischer Rehabilitationsleistungen: eine Difference-in-Differences-Analyse

Annika Sternberg¹; David Fauser¹; Pia Zollmann²; Marco Streibelt²; Matthias Bethge¹

¹ Universität zu Lübeck; ² Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

In Folge der Coronavirus-Pandemie wurden stationäre und intensivmedizinische Behandlungskapazitäten für COVID-19-Erkrankte ausgebaut. Zugleich war der Zugang zu anderen medizinischen Versorgungsleistungen aufgrund verringerter Ressourcen und der Lockdownmaßnahmen eingeschränkt (Scheidt-Nave et al., 2020). Bei kardiologisch erkrankten Personen wurden u. a. weniger stationäre Behandlungen durchgeführt. Zudem verlängerten sich Wartezeiten für nicht invasive Untersuchungen (Richter-Kuhlmann, 2021). Versorgungslücken entstanden auch durch die zeitweise Schließung einiger kardiologischer Rehabilitationseinrichtungen (Schlitt et al., 2021). Unklar ist bisher, in welchem Umfang sich die Inanspruchnahme kardiologischer Rehabilitationen pandemiebedingt reduzierte. Unsere Analysen prüfen diese Frage mit Hilfe eines Difference-in-Differences-Ansatzes.

Methoden

Für die Datenanalyse wurden für die Jahre 2019 und 2020 monatliche Querschnittsdaten kardiologischer Rehabilitationen (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit der ersten Entlassdiagnose ischämische Herzkrankheiten oder Krankheiten des Kreislaufsystems) differenziert nach Geschlecht, Bundesland und Antragsverfahren von der Deutschen Rentenversicherung Bund für alle Rentenversicherungsträger zur Verfügung gestellt. Die Leistungen umfassten die gemeldeten Rehabilitationen mit Beginn und Ende jeweils innerhalb der Jahre 2019 bzw. 2020. Die Leistungen wurden deskriptiv nach Geschlecht, Bundesland, Antragsverfahren und Zeitpunkt dargestellt. Mit einem Difference-in-Differences-Modell wurde die auf die Pandemie zurückzuführende Reduktion kardiologischer Rehabilitation geschätzt (Bethge et al., 2021). In den Analysen wurde die exponierte Gruppe durch die Monate Januar bis Dezember 2020 und die nicht-exponierte Vergleichsgruppe durch die Monate Januar bis Dezember 2019 repräsentiert. Das jeweils erste Quartal (Januar bis März) wurde als Vorbeobachtungsperiode kategorisiert. Die Monate April bis Dezember waren die Nachbeobachtungsperiode. Als Difference-in-Differences-Schätzer wurde ein Incidence Rate Ratio (IRR) mittels Poisson-Regressions-Modell berechnet. Der Wert $1 - \text{IRR}$ beschreibt den Anteil, um den sich die Anzahl der kardiologischen Rehabilitationen im pandemischen Jahr 2020 in der Nachbeobachtungsperiode durchschnittlich verringerte. Wir bestimmten

zusätzlich zum Schätzer für die Gesamtstichprobe geschlechts-, regions-, und antragsart-spezifische Difference-in-Differences-Schätzer.

Ergebnisse

Im Jahr 2019 fanden von Januar bis Dezember 72.819 und im Jahr 2020 im gleichen Zeitraum 62.224 kardiologische Rehabilitationen statt. 23,8 % der Leistungen im Jahr 2019 und 22,9 % der Leistungen im Jahr 2020 entfielen auf Frauen. In den westdeutschen Bundesländern wurden 2019 80,5 % und 2020 79,0 % der Rehabilitationen durchgeführt. 70,8 % der kardiologischen Rehabilitationen im Jahr 2019 und 73,8 % im Jahr 2020 waren Anschlussrehabilitationen. Im April 2020 war der Rückgang kardiologischer Rehabilitationen im Vergleich zum April 2019 mit 3.163 Leistungen am stärksten (Abbildung 1).

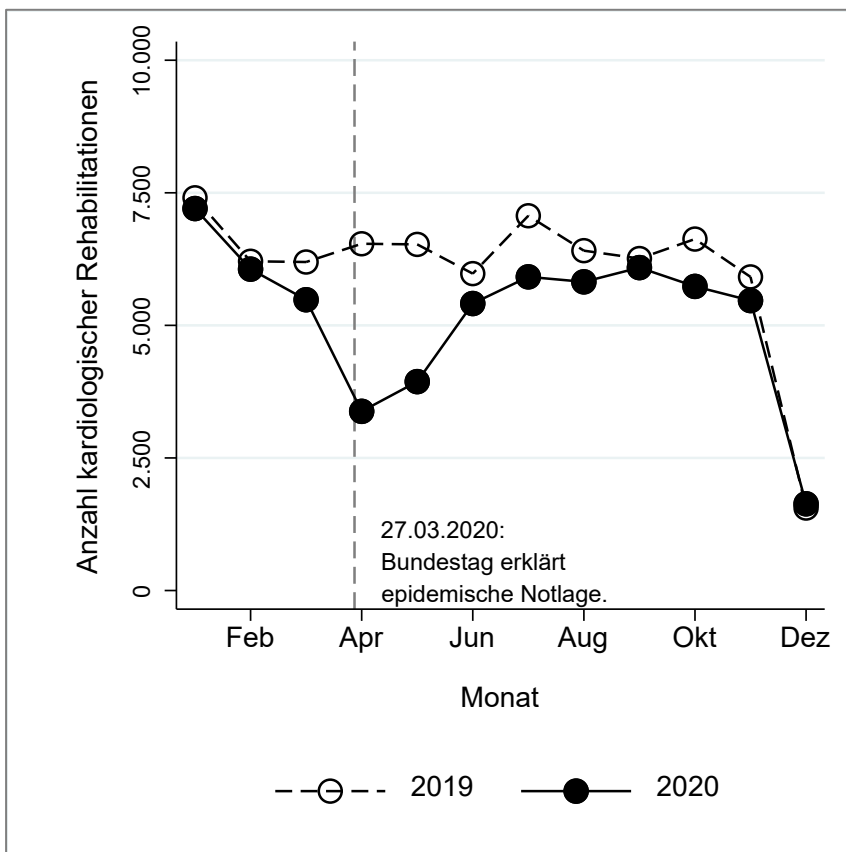


Abb. 1: Kardiologische Rehabilitationen in 2019 und 2020

Die Anzahl kardiologischer Rehabilitationen reduzierte sich bundesweit pandemiebedingt um 13,3 % (IRR = 0,867; 95 % KI: 0,847 bis 0,888). Frauen waren gleichermaßen betroffen (IRR = 0,868; 95 % KI: 0,827 bis 0,912) wie Männer (IRR = 0,867; 95 % KI: 0,844 bis 0,891). In den alten Bundesländern (IRR = 0,858; 95 % KI: 0,836 bis 0,881) war der Rückgang vergleichbar hoch wie in den neuen Bundesländern (IRR = 0,903; 95 % KI: 0,857 bis 0,953). Bei Rehabilitationen aus dem allgemeinen Antragsverfahren (IRR = 0,817; 95 % KI: 0,781 bis 0,854) zeigte sich ein signifikant stärkerer Rückgang als bei Anschlussrehabilitationen (IRR = 0,886; 95 % KI: 0,862 bis 0,911).

Diskussion und Fazit

Der pandemiebedingte Antragsrückgang von medizinischen Rehabilitationen (Bethge, et al. 2021) setzt sich in der Inanspruchnahme kardiologischer Rehabilitationen fort. Unsere

Analysen zeigen eine pandemiebedingte Reduktion kardiologischer Rehabilitationen von 13,3 %. Aufgrund der bestehenden Evidenz ist zu erwarten, dass nicht durchgeführte Rehabilitationen für die betroffenen Personen mit höherer Krankheitslast, reduzierter Teilhabe und ggf. erhöhter Mortalität einhergehen (van Halewijn et al., 2017).

Literatur

- Bethge, M., Fauser, D., Zollmann, P., Streibelt, M. (2021). Reduced requests for medical rehabilitation because of the SARS-CoV-2 pandemic: a Difference-in-Differences analysis. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, doi: 10.1016/j.apmr.2021.07.791
- Richter-Kuhlmann, E. (2021). Versorgung von Menschen mit Herzerkrankungen: Reduziert während der Pandemie. Deutsches Ärzteblatt, 118. 1305-1308.
- Scheidt-Nave, C., Barnes, B., Beyer, A. K., Busch, M. A., Hapke, U., Heidemann, C., Imhoff, M., Mumm, R., Paprott, R., Steppuhn, H., Berenberg-Gossler, P., Kraywinkel, K. (2020). Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland - Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie. Journal of Health Monitoring, 5. 1-28.
- Schlitt, A., Bestehorn, K., Schwaab, B. (2021). Situation der kardiologischen Rehabilitation im Rahmen der COVID-19-Pandemie in Deutschland – eine Blitzumfrage der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitation und Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) zur aktuellen Situation (August 2020). Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 164. 11-14.
- Van Halewijn, G., Deckers, J., Tay, H.J., van Domburg, R., Kotseva, K., Wood, D. (2017). Lessons from contemporary trials of cardiovascular prevention and rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Cardiology, 232. 294-303.

Patient reported outcome in der psychosomatischen Rehabilitation: Pilotstudie zur vergleichenden Messung von Ergebnisqualität mit dem 4QD-Indikatorenset Psychosomatik

*Volker Beierlein¹; Ralf Bürgy²; Sigrid Krause³, Torsten Kirsch⁴, Annabelle Neudam⁵,
Holger Schulz¹*

¹ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; ² MediClin GmbH & Co.KG; ³ MediClin Deister
Weser Kliniken; ⁴ VAMED Gesundheit Holding Deutschland GmbH;
⁵4QD-Qualitätskliniken.de GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Auf der Grundlage validierter patient reported outcome measures (PROMs) stellen Plattformen wie PROMIS (U.S. Department of Health and Human Services & NIH) oder ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) international anerkannte Assessmentverfahren für die vergleichende Outcome-Messung unterschiedlichster Krankheitsbilder bereit. In der Rehabilitation gewinnt die vergleichende Messung der Ergebnisqualität mit international anerkannten PROMs erst langsam an Bedeutung.

Die Qualitätsinitiative 4QD - Qualitätskliniken.de nutzt dieses Vorgehen für die Messung und den Vergleich der Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation. Ziel der Initiative ist die Förderung von Qualitätstransparenz und Qualitätswettbewerb.

Ziel der 4QD-Pilotstudie in der psychosomatischen Rehabilitation war die Erprobung international genutzter PROMs in der Versorgungsroutine, die Evaluation der Akzeptanz von entsprechenden Erhebungen sowie die Abbildung erzielter Behandlungserfolge. Insgesamt haben sich 12 Kliniken an der Pilotstudie beteiligt.

Methoden

Die Messung der Ergebnisqualität in der psychosomatischen Rehabilitation setzt sich im 4QD-Indikatorenset aus einem generischen Assessment zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und jeweils einem indikationsspezifischen Assessment für die beiden untersuchten Schwerpunktindikationen Depression und Angst zusammen. Bei der Auswahl der indikationsspezifischen PROMs wurde auf den international genutzten ICHOM-Indikatorenset für Depression und Angst (connect.ichom.org/standard-sets/depression-anxiety) zurückgegriffen.

Die generische Erfassung der Ergebnisqualität erfolgte über den Veterans RAND 12 (Buchholz et al., 2017). Für Patienten mit depressiver Symptomatik wurde PHQ-9 (Kroenke et al 2001) und für Patienten mit einer Angsterkrankung der GAD-7 (Spitzer et al, 2006) erhoben.

Mit Erhebungsbeginn mussten die teilnehmenden Kliniken konsekutiv ihre Patienten in die Stichprobenerhebung einbeziehen und mindestens 150 Fälle bei Aufnahme und vor Entlassung erheben. Die Durchführung der Messungen beim Patienten konnte entweder schriftlich oder IT-gestützt erfolgen. Die für alle Kliniken einheitlichen Durchführungsbedingungen mit Ein- und Ausschlusskriterien sind im 4QD-Manual zur Ergebnismessung in der Psychosomatik (2019) verbindlich festgelegt. Für die Risiko-adjustierung der Ergebnisse wurden 19 Einflussfaktoren zusätzlich abgefragt.

Ergebnisse

Insgesamt 12 psychosomatische Kliniken haben sich an der Studie beteiligt. Es wurden 3.555 Fälle erhoben, davon konnten 2.776 Fälle (78%) in die Auswertungen einbezogen. Die Verteilung der Fälle auf die beiden Indikationsschwerpunkte lag bei 2052 (73.9%) für die Depression und 724 (26.1%) für Angststörungen. Die Risikoadjustierung wurde getrennt nach Indikationen und Instrumenten vorgenommen. Für die vergleichende Darstellung der Ergebnisse wurden Effektstärken (Cohen's d) berechnet. Die Ergebnisse zeigen sowohl für VR-12 (Subskala MCS) als auch für die beiden indikationsspezifischen PROs (GAD-7 und PHQ-9) mittlere bis starke Effektstärken für alle teilnehmenden Kliniken. Die durchschnittliche Effektstärke beim PHQ-9 betrug $d=0,86$ (Range 0,43 – 1,44).

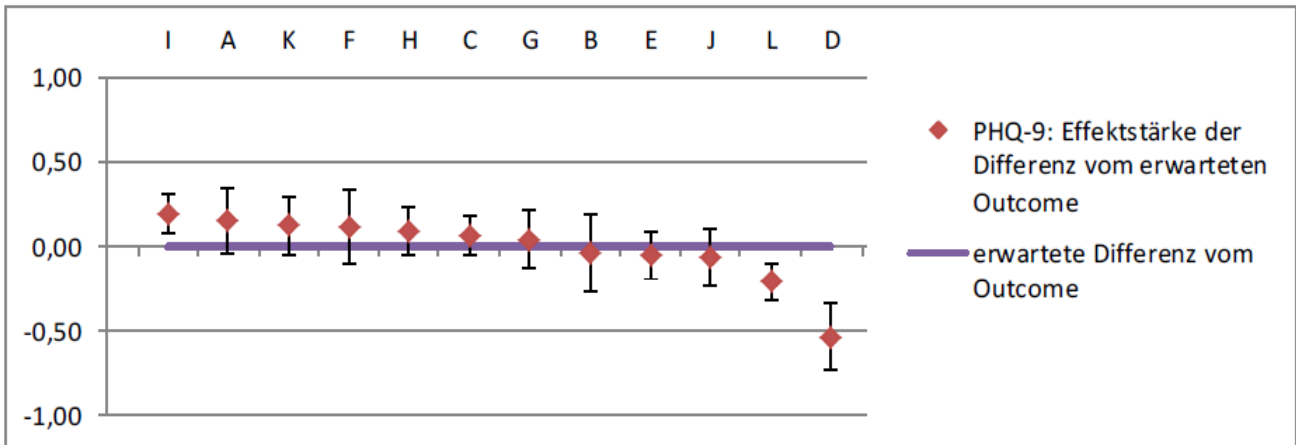


Abb. 1: Adjustierte Ergebnisse für den PHQ-9: Vergleich erreichter und risikoadjustierter/erwarteter Outcome aller Kliniken (höhere Werte entsprechen einer größeren Verbesserung als aufgrund des Case-Mix zu erwarten wäre).

Die durchschnittliche Effektstärke beim VR12 (MCS) betrug $d=0,84$ (Range 0,37 – 1,04).

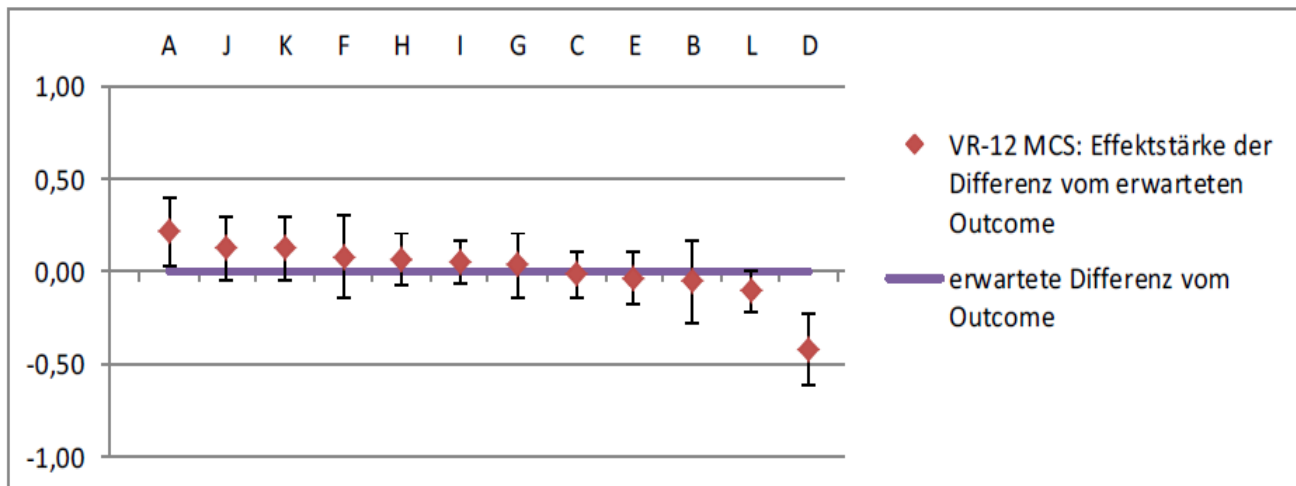


Abb. 2: Adjustierte Ergebnisse für die psychische Skala des VR-12: Vergleich erreichter und risikoadjustierter/erwarteter Outcome aller Kliniken (höhere Werte entsprechen einer größeren Verbesserung als aufgrund des Case-Mix zu erwarten wäre)

Es zeigten sich auch auf der körperlichen Summenskala des VR12 (PCS) kleine bis mittlere Effekte in den Kliniken. Die mittlere Effektstärke lag bei $d=0,28$ (Range 0,06 – 0,54), allerdings waren die Effektstärken nicht bei allen Kliniken signifikant von 0 verschieden.

Die durchschnittliche Effektstärke beim GAD-7 betrug $d=1,02$ (Range 0,55 – 1,41) und die durchschnittliche Effektstärke beim VR12 (MCS) betrug $d=0,95$ (Range 0,35 – 1,46). Es zeigten sich auch auf der körperlichen Summenskala des VR12 (PCS) kleine bis mittlere Effekte in den Kliniken. Die mittlere Effektstärke lag bei $d=0,33$ (Range 0,55 – 0,71), allerdings waren die Effektstärken nicht bei allen Kliniken signifikant von 0 verschieden.

Diskussion und Fazit

Es zeigten sich, abhängig vom Konzept der Datenerhebung Unterschiede bei der Assessmentbearbeitung. Die Ergebnisse zeigen eine Differenzierungsfähigkeit der eingesetzten PROMs für die Abbildung von Behandlungseffekten in der psychosomatischen Rehabilitation, sowohl auf der Ebene der generischen als auch der indikationsspezifischen Assessments.

Die Pilotstudie hat gezeigt, dass die eingesetzten PROMs für eine vergleichende Bewertung der Ergebnisqualität in der psychosomatischen Rehabilitation geeignet sind. In einer nächsten Erhebung ist eine 3. Punkt Messung geplant. Die gezielte Nutzung der Assessment-ergebnisse im Dialog mit dem Patienten ist eine weitere Zielsetzung, die verfolgt werden soll, da über den Einsatz von PROMs sich nicht nur Behandlungserfolg messen lässt sondern diese auch zur Verbesserung der Behandler- und Patientenzufriedenheit beitragen kann (Rotenstein et al., 2017).

Literatur

- Buchholz, I., Kohlmann, T. & Buchholz, M. (2017). Vergleichende Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des SF-36/SF-12 vs. VR-36/VR-12). Uni Greifswald.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 16(9), 606-613.
- Qualitätskliniken.de (2019). 4QD-Manual zur Ergebnismessung Psychosomatik. Qualitätskliniken.de, Berlin.
- Rotenstein, L. S., Huckman, R. S., Wagle, N. W. (2017). Making Patients and Doctors Happier – The Potential of Patient Reported Outcomes. *The New England Journal of Medicine* 2017; 377: 1309-1312.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. & Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*, 166(10), 1092-1097.

Patientenerwartungen in der orthopädischen Rehabilitation: Einfluss von psychischen, lebensstilbezogenen und erkrankungsabhängigen Merkmalen bei 50–60-jährigen Frauen

*Kristina Küper¹; Alina Dahmen²; Petra Becker³; Sarah Schramm¹;
Thomas Rüter⁴; Dieter Leyk¹*

¹ Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Präventivmedizin der Bundeswehr;

² Klinikum Wolfsburg; Dr. Becker Klinikgruppe; ³ Dr. Becker Klinikgruppe;

⁴ Deutsche Sporthochschule Köln

Hintergrund und Zielstellung

Patientenerwartungen haben maßgeblichen Einfluss auf den Behandlungserfolg, sind im Kontext von Rehabilitation aber noch wenig erforscht. Nachhaltige Rehabilitationserfolge hängen jedoch nachweislich von der Erwartung und Bereitschaft der Patient:innen ab, den eigenen Lebensstil gesundheitsförderlicher zu gestalten (Faller et al., 2000). Motive und Hemmnisse für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil stehen im Fokus des Actlv-Projekts (www.dshs-koeln.de/activ), einer bundesweiten Online-Befragung, die sich an heterogene Zielgruppen richtet (sportlich Aktive/ Inaktive, Personen mit/ ohne gesundheitliche Risikofaktoren etc.). Der modulare Basisfragebogen erfasst demographische und anthropometrische Informationen sowie Einstellungen und Merkmale in den Bereichen Gesundheit, Psyche, Lebensstil und Sport und kann Setting-spezifisch (für Unternehmen, Arztpraxen, Kliniken etc.) erweitert werden.

Eine rehabilitationsspezifische Version des Actlv-Fragebogens wird genutzt, um Prädiktoren für nachhaltige Rehabilitationserfolge zu identifizieren. Ziel der vorliegenden Studie ist die Erfassung von Patientenerwartungen hinsichtlich der Rehabilitationsergebnisse und die Identifikation zugrundeliegender Einflussfaktoren. Da geschlechts-, alters- und erkrankungs-spezifische Unterschiede zu erwarten sind, wurden zunächst Patientinnen mittleren Alters im Bereich der Orthopädie betrachtet.

Methoden

Die Datenerhebung wurde im Zeitraum vom 01.11.2020 bis 30.09.2021 in den Orthopädie-Abteilungen von drei Rehabilitationskliniken durchgeführt. In die Datenanalyse eingeschlossen wurden 244 Patientinnen zwischen 50 und 60 Jahren (M=55.06 Jahre, SE=.19), die im Erhebungszeitraum eine mind. 3-wöchige stationäre Rehabilitationsmaßnahme begonnen hatten.

Die Online-Befragung zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme umfasste die Actlv-Basismodule sowie Fragen zu krankheitsbezogenen Informationen, Rehabilitationsvorerfahrung und Patientenerwartungen bezüglich Rehabilitationsergebnissen. Patientenerwartungen wurden anhand von 5-stufigen Likert-Skalen (1 = „trifft gar nicht zu“ bis 5 = „trifft voll zu“) getrennt für die Dimensionen Gesundheitsverbesserung, verbesserte Alltagsbewältigung, gesteigerte berufliche Leistungsfähigkeit, verbesserter Umgang mit der Erkrankung und Lebensstiländerung erhoben.

Im Rahmen von schrittweisen multiplen linearen Regressionsanalysen wurde der Einfluss folgender, ebenfalls mit 5-stufigen Likert-Skalen erhobener Prädiktoren auf die Patientenerwartungsdimensionen geprüft: gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung (Hasenbring, 1988), Selbstwirksamkeit (ASKU, Beierlein et al., 2012), erkrankungsbedingte Arbeitsfähigkeitsdefizite, derzeitige Sportmotivation und sportbezogene Änderungsbereitschaft. Weitere Prädiktoren waren Krankheitsdauer, die Selbsteinstufung als Sportlerin/ Nichtsportlerin und das Absolvieren einer früheren Rehabilitationsmaßnahme.

Ergebnisse

Ein Großteil der Befragten hatte einen Realschulabschluss (48,4%; Abitur: 32,4%; Hauptschulabschluss: 18,4%) sowie eine abgeschlossene Berufsausbildung (78,3%; Studium: 17,2%). Die mittlere Erkrankungsdauer betrug 10.32 Jahre (SE=.69). Die Befragten rechneten überwiegend mit einer zukünftigen Verbesserung ihrer Erkrankungssymptome (72,1%) und hatten keinen Erwerbsminderungsantrag gestellt (87,7%). Rehabilitationsvorerfahrung hatte die Hälfte der Patientinnen.

Tabelle 1: Ergebnisse der schrittweisen multiplen linearen Regressionsanalysen für 5 Dimensionen der Patientenerwartungen

Prädiktoren	Kriterien: Patientenerwartungen hinsichtlich rehabilitationsbedingter Verbesserungen									
	Gesundheitszustand		Alltagsbewältigung		berufliche Leistungsfähigkeit		Umgang mit der Erkrankung		Lebensstiländerung	
	beta	S	beta	S	beta	S	beta	S	beta	S
psychisch										
Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung	.35***	1	.42***	1	.29***	1	.32***	1	.34***	1
Allgemeine Selbstwirksamkeit (ASKU)	.14*	3								
lebensstilbezogen										
Sporteinstufung (0= Nichtsportlerin, 1=Sportlerin)										
sportbezogene Änderungsbereitschaft	.19**	2	.18**	2			.19**	2		
Sportmotivation							-.15*	3		
erkrankungsbezogen										
Erkrankungsdauer	-.13*	4								
Rehabilitationsvorerfahrung (0=nein, 1= ja)									-.18*	2
erkrankungsbedingte Arbeitsfähigkeitsdefizite					.2**	2				
Modellzusammenfassung										
R		.5		.48		.33		.36		.36
R ² _{adj}		.24		.22		.1		.12		.12
F		19.62 ***		35.69 ***		14.59 ***		11.61 ***		17.97 ***

Legende: beta = standardisiertes Regressionsgewicht; S = Rangfolge des Eingangs in die schrittweise Regressionsanalyse; Irrtumswahrscheinlichkeiten (p): *<.05, **<.01, ***<.001; R = multiple Korrelation; R²_{adj} = Bestimmtheitsmaß; F = F-Wert

Die Befragten hatten insbesondere hinsichtlich der Verbesserung ihres Gesundheitszustands (M=4.31, SE=.05) und ihrer Alltagsbewältigung (M=4.2, SE=.06) hohe Erwartungen an die bevorstehende Rehabilitationsmaßnahme. Auch die Erwartungen bezüglich rehabilitationsbedingter Lebensstiländerungen (M=4.05, SE=.06) waren stark ausgeprägt. Positive Erwartungen bezüglich der Verbesserung des Umgangs mit der Erkrankung (M=3.64, SE=.08) sowie der beruflichen Leistungsfähigkeit (M=3.62, SE=.09) waren geringer ausgeprägt. Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse der Regressionsanalysen.

Diskussion und Fazit

Für alle erhobenen Dimensionen erwies sich gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung als stärkster Prädiktor für Patientenerwartungen hinsichtlich positiver Rehabilitationsergebnisse. Auch sportbezogene Änderungsbereitschaft hing positiv mit mehreren Patientenerwartungsdimensionen (Gesundheitszustand, Alltagsbewältigung, Erkrankungs-umgang) zusammen. In der vorliegenden Stichprobe war dagegen der Einfluss von Selbstwirksamkeit, Sporteinstufung, aktueller Sportmotivation, Erkrankungsdauer und erkrankungsbedingter Arbeitsfähigkeitsdefizite deutlich geringer ausgeprägt.

Für die zentrale Dimension der Lebensstiländerung zeigte sich, dass Patientinnen mit Rehabilitationsvorerfahrung in geringerem Maße mit Lebensstiländerungen infolge der bevorstehenden Rehabilitationsmaßnahme rechneten. Dies verdeutlicht, dass ein Schwerpunkt von Rehabilitationsmaßnahmen auf der Vermittlung von Verhaltenstechniken zur Umsetzung von Lebensstiländerungen – auch über die Zeit der Rehabilitationsmaßnahme hinausliegen sollte. Dies kann durch entsprechende Patientenschulungen (Faller et al., 2008) bereits vor Rehabilitationsbeginn (insbesondere bei Patient:innen mit geringer

gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung und/oder lebensstilbezogener Änderungsbereitschaft) oder auch durch eine Erweiterung bestehender Nachsorge-Angebote erfolgen (Deutsche Rentenversicherung, 2019).

Inwieweit die hier erhobenen Patientenerwartungen auch Einfluss auf den Rehabilitationserfolg haben, wird derzeit im Rahmen einer Längsschnitterhebung geprüft. Vergleiche der bei Rehabilitand:innen erhobenen Daten mit anderen Aktiv-Probandenkollektiven können zudem aufzeigen, welche Prädiktoren für Lebensstiländerungen Setting-unabhängig und welche spezifisch für den Rehabilitationskontext sind.

Literatur

Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J. & Rammstedt, B. (2014): Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). <https://doi.org/10.6102/zis35>.

Deutsche Rentenversicherung (2019): Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung.

Faller, H., Reusch, A., Ströbl, V., & Vogel, H. (2008): Patientenschulung als Element der Patientenorientierung in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 47, 02. 77-83.

Faller, H., Vogel, H., & Bosch, B. (2000): Erwartungen von Rehabilitanden hinsichtlich der Methoden und Ergebnisse ihrer Rehabilitation-Eine kontrollierte Studie mit Rückenschmerz-und onkologischen Patienten. *Die Rehabilitation*, 39, 04. 205-214.

Hasenbring M. (1988): Zur Adaptivität von Kontrollüberzeugungen — Empirische Befunde bei Patienten mit Krebserkrankungen, lumbalem Bandscheibenvorfall und chronischen Schmerzsyndromen. In: Schüffel W. (Hrsg.): *Sich gesund fühlen im Jahre 2000*. Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-73084-9_32

Patientenzentrierte Versorgung in Rehabilitationskliniken unter der SARS-CoV-2 Pandemie: Eine framework-gestützte Analyse von Online-Patientenrezensionen

Lukas Kühn; Lara Lindert; Kyung-Eun (Anna) Choi

Medizinische Hochschule Brandenburg - Theodor Fontane

Hintergrund und Zielstellung

Ziele der patientenzentrierten Versorgung sind gesteigerte Patientenzufriedenheit und optimierte Therapieabläufe (Rathert et al., 2013). Durch die Einführung von Infektionsschutzmaßnahmen unter der SARS-CoV-2 Pandemie wurden Therapieabläufe in deutschen Rehabilitationskliniken spürbar verändert (z.B. durch reduzierte therapeutische Angebote, Testauflagen, Besuchsverbote). Unklar ist, inwiefern diese Änderungen einen Einfluss auf patientenzentrierte Versorgungsstrukturen nehmen. Bewertungsportale zu erbrachten medizinischen Leistungen werden vermehrt von Patient:innen in Anspruch genommen und bilden eine zugängliche Datengrundlage, um relevante Aspekte der (patientenzentrierten) Versorgung in medizinischen Rehabilitationskliniken zu explorieren (Emmert & McLennan, 2021). Ziel dieser Arbeit ist deshalb anhand von Online-Rezensionen

zu untersuchen, welche dieser Aspekte für Rehabilitand:innen unter bestehender SARS-CoV-2 Pandemie von Bedeutung sind.

Methoden

Online-Rezensionen von Rehabilitand:innen und deren Angehörigen, die zwischen März 2020 bis September 2021 in einem etablierten Klinikbewertungsportal (www.klinikbewertungen.de) verfasst wurden, werden deduktiv-induktiv mithilfe eines Taxonomie-Frameworks, welches auf einem Modell patientenzentrierter Versorgung (Liu et al., 2019) basiert, analysiert. Relevante Themenfelder des Modells werden unter den Domänen (I) Voraussetzungen professionellen Handelns, (II) Patientenzentrierte Prozesse, (III) Versorgungsumgebung und (IV) Erwartete Ergebnisse, dargestellt. Eingeschlossen werden Rezensionen zu stationär, medizinischen Rehabilitationsaufenthalten in Rehabilitationskliniken. Aus kontrastierenden Gründen werden Einrichtungen aus den Bundesländern Brandenburg und Saarland analysiert, da in diesen Ländern die prozentualen Antragsrückgänge, die mit SARS-CoV-2 assoziiert sind, maximal variieren (Bethge et al., 2021). Unabhängig der medizinischen Indikation werden alle Rezensionen berücksichtigt.

Ergebnisse

Von 42 stationären Rehabilitationskliniken sind 31 Einrichtungen auf dem Bewertungsportal gelistet (Brandenburg: N = 23; Saarland: N = 8). Im Untersuchungszeitraum wurden 659 Rezensionen verfasst. Im Median sind 15 Rezensionen pro Klinik (Min.: N = 2, Max.: N = 85) verfügbar. Innerhalb der Rehabilitationskliniken sind die Fachbereiche Innere Medizin (28,3%), Orthopädie (23,3%) und Psychosomatik (21,6%) vorherrschend vertreten. Die Ergebnisse der noch nicht abgeschlossenen qualitativen Analyse werden auf dem Reha-Kolloquium 2022 präsentiert.

Diskussion und Fazit

Die erzielten Ergebnisse werden Einblick in die veränderten Strukturen in Rehabilitationskliniken während der SARS-CoV-2 Pandemie geben und Potentiale liefern, patientenzentrierte Versorgungsstrukturen weiter zu stärken. Es gilt kritisch zu evaluieren, inwiefern Online-Rezensionen zu Rehabilitationsaufenthalten geeignet sind, um Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität zu ziehen. Zusätzlich gilt es zu prüfen, ob das angewandte deduktive Analysemodell für das dargestellte Setting geeignet ist. Durch die „Selbstselektion“ der Rezensionen bleibt weiterhin unklar, welche Parameter die Zusammensetzung der Stichprobe beeinflussen und welche Faktoren eine ausgeprägte Inanspruchnahme von Rezensionsmöglichkeiten in einzelnen Kliniken begünstigen.

Um Fragen der Repräsentativität von Online-Rezensionen zu begegnen, sollten weiterführende Analysen Einflussfaktoren fokussieren, die als Erklärungsrahmen für den heterogenen Gebrauch von Online-Rezensionen zwischen einzelnen Kliniken dienen.

Literatur

Bethge M, Fauser D, Zollmann P, Streibelt M. (2021). Reduced Requests for Medical Rehabilitation Because of the SARS-CoV-2 Pandemic: A Difference-in-Differences Analysis. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.

- Emmert M, McLennan S. (2021). One Decade of Online Patient Feedback: Longitudinal Analysis of Data From a German Physician Rating Website. *J Med Internet Res.*; 23(7):e24229.
- Liu J, Hou S, Evans R, Xia C, Xia W, Ma J. (2019). What do patients complain about online: a systematic review and taxonomy framework based on patient centeredness. *Journal of medical Internet research*; 21(8):e14634.
- Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. (2013). Patient-Centered Care and Outcomes:A Systematic Review of the Literature. *Medical Care Research and Review.*;70(4):351-79.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin Brandenburg

Präsentismus im Homeoffice - Eine Befragung Beschäftigter mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigung

Henrike Urbic; Jana Felicitas Bauer; Mathilde Niehaus

Universität zu Köln

Hintergrund und Zielstellung

Das Arbeiten trotz Krankheitsgefühl - Präsentismus - ist weit verbreitet (Lohaus & Habermann, 2018). Entgegen früherer Fokussierung auf negative Folgen zeigt die Forschung inzwischen, dass Präsentismus weder als rein positives noch als rein negatives Verhalten betrachtet werden kann, sondern als Ausgangspunkt für eine Bandbreite an negativen und positiven Konsequenzen (Ruhle et al., 2020). Beispielsweise kann Präsentismus bei Menschen mit langanhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu einer Verminderung der wahrgenommenen Behinderung beitragen (Howard et al., 2009).

Die Gründe für Präsentismus sind vielschichtig. Unter anderem wirken Aspekte des Arbeitskontextes auf die Entscheidung ein, trotz Krankheitsgefühl zu arbeiten (Garrow, 2016). Der Arbeitskontext hat sich aufgrund der Corona-Pandemie für viele Beschäftigte durch eine Verlagerung des Arbeitsplatzes ins häusliche Umfeld verändert (Müller et al., 2020).

Inwieweit Präsentismus im Homeoffice eine Rolle spielt, wurde bislang sowohl theoretisch als auch empirisch unzureichend beleuchtet (Ruhle et al., 2020). Die vorliegende Forschungsarbeit untersucht daher das Vorliegen von Präsentismus im Homeoffice und diesbezügliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne langanhaltende gesundheitliche Beeinträchtigung.

Methoden

Die Daten wurden mittels Online-Fragebogen im Zeitraum vom 01.12.-31.12.2020 erhoben. Der Fragebogen setzte sich aus etablierten Skalen und eigens für die Untersuchung entwickelten Items zusammen. Zur Rekrutierung der Stichprobe wurde das Schneeballprinzip angewendet. Nach Bereinigung verblieben 233 Teilnehmende in der Stichprobe, davon 86 mit langanhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen (37%). Alle Teilnehmenden

arbeiteten in den 3 Monaten vor Erhebungszeitpunkt mindestens 60% ihrer Arbeitszeit im Homeoffice. Die Daten wurden mittels deskriptiver Statistiken und t-Tests ausgewertet.

Ergebnisse

Von den befragten Personen gaben 87,1% an, mindestens einen Tag innerhalb der letzten 3 Monate trotz Krankheitsgefühl gearbeitet zu haben. Durchschnittlich wurde an $\bar{x}=4.13$ Tagen (Md=3; D=2; s=4.95) Präsentismus im Homeoffice betrieben. Menschen mit langanhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zeigten signifikant mehr Präsentismustage als Menschen ohne Beeinträchtigungen ($t(154.13)=2.41$; $p=.01$; $d=.33$).

Es konnte mittels Einstichproben t-Test eine signifikant erhöhte Präsentismusneigung im Homeoffice verglichen mit der Präsenzarbeit ermittelt werden. Die Arbeit im Homeoffice bei Krankheit wurde signifikant häufiger als (viel) einfacher eingeschätzt ($t(200)=-21.13$; $p=.00$; $d=-1.49$). Gleichzeitig wurde die Entscheidung gegen Präsentismus signifikant als (viel) schwieriger bewertet ($t(200)=10.71$; $p=.00$; $d=.76$). Bei beiden Items konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen Menschen mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ermittelt werden.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse legen nahe, dass Beschäftigte im Homeoffice verglichen mit der Präsenzarbeit eine erhöhte Präsentismusneigung zu haben. Besonders häufig betreiben Beschäftigte mit langanhaltender gesundheitlicher Beeinträchtigung Präsentismus im Homeoffice.

Aufgrund des Untersuchungsdesigns sind keine datengeleiteten Aussagen über die Richtung von Zusammenhängen und Ursache-Wirkungsbeziehungen möglich. Darüber hinaus ist die Repräsentativität der Stichprobe aufgrund verschiedener Aspekte (bspw. Stichprobengröße, fehlende Daten über Grundgesamtheit, Selektions-Bias) fraglich.

Dennoch kann angenommen werden, dass Präsentismus im Homeoffice ein verbreitetes Phänomen ist. Inwieweit Präsentismus im Homeoffice ein funktionales oder dysfunktionales Verhalten ist und welche Aspekte damit in Zusammenhang stehen, ist anhand der Ergebnisse nicht abschließend zu beantworten und sollte weiter erforscht werden. Die Daten könnten darauf hindeuten, dass die Homeoffice-Arbeit für Menschen mit Beeinträchtigungen aufgrund der einfacheren Bedingungen des Arbeitens trotz Krankheitsgefühl zur Teilhabe am Arbeitsleben beitragen kann. In der Praxis sollten Führungskräfte für das Thema Präsentismus im Homeoffice sensibilisiert werden.

Literatur

- Garrow, V. (2016). Presenteeism. A review of current thinking (ies Report, Bd. 507). Brighton: Institute for Employment Studies.
- Howard, K. J., Mayer, T. G. & Gatchel, R. J. (2009). Effects of presenteeism in chronic occupational musculoskeletal disorders: stay at work is validated. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(6), 724–731.
- Lohaus, D. & Habermann, W. (2018). Präsentismus. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Müller, B., Lalive, R. & Lavanchy, M. (2020). Corona beschleunigt Digitalisierung der Arbeit. *Die Volkswirtschaft*, 6, 15–17.

Ruhle, S. A., Breitsohl, H., Aboagye, E., Baba, V., Biron, C., Correia Leal, C., Dietz, C., Ferreira, A. I., Gerich, J., Johns, G., Karanika-Murray, M., Lohaus, D., Løkke, A., Lopes, S. L., Martinez, L.F., Miraglia, M., Muschalla, B., Poethke, U., Sarwat, N., Schade, H., Steidelmüller, C., Vinberg, S., Whysall, Z. & Yang, T. (2020). "To work, or not to work, that is the question" – Recent trends and avenues for research on presenteeism. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 29(3), 344–363.

Prospektive Versorgungsforschung zur Lebensqualität und psychosozialen Belastung nach radikaler Zystektomie wegen Urothelkarzinoms der Harnblase

Guido Müller¹; Marius Cristian Butea-Bocu¹; Henning Bahlburg²; Tabea Hellmann²; Fabian Schuster²; Florian Roghmann²; Joachim Noldus²

¹ Urologisches Kompetenzzentrum für die Rehabilitation (UKR) der Kliniken Hartenstein;

² Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne

Hintergrund und Zielstellung

Das Urothelkarzinom der Harnblase liegt unter Einschluss auch nicht-invasiver Tumore mit nahezu 30.000 Neuerkrankungen pro Jahr an fünfter Stelle bösartiger Neubildungen in Deutschland (Robert-Koch-Institut, 2016). Vor dem Hintergrund der Zunahme von fast-track-Konzepten, Roboter-assistierter laparoskopischer Operationen und neoadjuvanter Chemotherapie soll das Outcome der Patienten mit einem Harnblasenkarzinom nach radikaler Zystektomie (RC) und Anlage einer Harnableitung hinsichtlich Lebensqualität, psychosozialer Belastung und Kontinenz anhand eines aktuellen Patientenkollektivs durch den Einsatz valider Messinstrumente evaluiert werden. Die Studie fokussiert dabei auf die beiden in Deutschland häufigsten Harnableitungen – das Ileum Conduit (IC) bzw. die orthotope Neoblase (NB).

Methoden

842 Patienten wurden prospektiv von 04/2018 bis 12/2019 mit Beginn der stationären Anschlussrehabilitation (AR) in die Studie eingeschlossen. Die Effekte der fachurologischen AR auf die Lebensqualität (EORTC QLQ-C30 und QLQ-BLM30), die psychosoziale Belastung (Fragebogen zur Belastung Krebskranker FBK-R10), die Kontinenz (24-Stunden-Vorlagen-Test und Uroflowmetrie), die erektile Funktion (erection hardness score, EHS) sowie der weitere Verlauf der Patienten 6 und 12 Monate nach Entlassung aus der AR wurden analysiert.

Ergebnisse

Im Zeitraum der AR verbesserten sich sämtliche Funktions- und Symptomskalen der Lebensqualität und die psychosoziale Belastung der Patienten hochsignifikant. 6 Monate nach der AR erhielten wir einen Rücklauf der postalischen Nachbefragung von 80,5% der Studienteilnehmer. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigte sich nochmals deutlich verbessert (55,8 vs. 62,9; $p < 0,001$). Jedoch verschlechterte sich die emotionale Funktion wieder (71,6 vs. 66,1; $p < 0,001$) und zudem verstärkten sich die Zukunftssorgen (44,6 vs.

49,4; $p < 0,001$) sowie die Unzufriedenheit mit dem eigenem Körper (30,4 vs. 38,5; $p < 0,001$) wieder. Der Anteil von Patienten mit hoher psychosozialer Belastung stieg wieder deutlich an (34,9% vs. 43,8%; $p < 0,001$). 12 Monate nach der AR erhielten wir einen Rücklauf der postalischen Nachbefragung von 68,2% der Studienteilnehmer. 43,1% der Patienten waren auch 12 Monate nach der AR deutlich belastet. Die multivariate logistische Regressionsanalyse identifizierte ein Alter unter 60 Jahren (OR 1,731; 95% CI 1,056–2,838; $p=0,030$) und eine Lymphknotenmetastasierung im pathohistologischen Befund (OR 2,073; 95% CI 1,133–3,793; $p=0,018$) als unabhängige Prädiktoren für eine höhere psychosoziale Belastung. Bei den NB-Patienten kommt es im Zuge der AR zu einer Reduktion des medianen Urinverlusts von 412g auf 194g ($p < 0,001$) sowie zu einer Zunahme des Miktionsvolumens von 119ml auf 218ml ($p < 0,001$). „Soziale Kontinenz“ (0 bis 1 Sicherheitsvorlage) erreichten 1 Jahr nach Entlassung aus der AR 78,3% der Männer und 64,0% der Frauen. Präoperativ potente Männer, die nervschonend operiert wurden, waren 12 Monate nach der AR zu 18,3% potent (EHS ≥ 3). Nach der AR erhielten insgesamt 105 Patienten eine adjuvante Chemotherapie, 30 Patienten eine immunonkologische Therapie und 21 Patienten eine Radiatio. Zudem mussten nach der AR insgesamt 186 Patienten aufgrund von Komplikationen erneut stationär behandelt werden. 6 Monate nach der AR waren 32 Studienteilnehmer verstorben (3,8%). Im weiteren Zeitraum 6-12 Monate nach der AR verstarben nochmals 29 Patienten (3,4%) - somit waren insgesamt 12 Monate nach der AR 61 Patienten (7,2%) verstorben.

Diskussion und Fazit

Die vorliegende Untersuchung gibt einen Einblick in das komplexe Geschehen nach RZE und Anlage von IC oder NB. Zielsetzungen der AR sind gemäß der „S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms“ die Beseitigung von postoperativen Funktionsstörungen, die Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit und die psychische Stabilisierung der Patienten, um die Lebensqualität zu verbessern und so eine rasche Wiederbefähigung zur Teilhabe am normalen gesellschaftlichen, sozialen und beruflichen Leben zu ermöglichen (Deutsche Krebsgesellschaft, 2020). Im Zeitraum der fachurologischen stationären AR kommt es zu signifikanten Verbesserungen der Lebensqualität, der psychosozialen Belastung und der Kontinenz. Nach der AR werden häufig adjuvante onkologische Therapien und erneute Krankenhausaufenthalte aufgrund von postoperativen Komplikationen erforderlich. Der Bedarf an psychosozialer Unterstützung steigt nach abgeschlossener AR im weiteren Verlauf wieder deutlich an.

Literatur

Deutsche Krebsgesellschaft (2020). S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms, Langversion 2.0. AWMF-Registrierungsnummer 032/038OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/harnblasenkarzinom>, Abruf: 27.07.2020.

Robert-Koch-Institut (2016). Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016.

Förderung: Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen (ARGE)

Psychosomatische Rehabilitation unter Pandemiebedingungen: Maßnahmen und Ergebnisse aus der Nutzerperspektive

Udo Kaiser¹; Rüdiger Nübling¹; Jürgen Schmidt¹; Julian Jorkowski¹; Monika Reuß-Borst²

¹ Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen; ² Kliniken Bad Bocklet AG

Hintergrund und Zielstellung

Die SARS-CoV-2-Pandemie stellt eine globale Krise mit massiven Auswirkungen auf alle gesellschaftlichen Bereiche wie der Arbeitsmarkt, die Systeme zur sozialen Sicherung oder auch der gesundheitlichen Versorgung dar. Mit einem Rückgang der Anträge (März 2021 kumuliert zu 2019: -32.8%; Gesamt 2020 zu 2019: -14.2%) hat sie die Rehabilitation nahezu lahmgelegt (Hansmeier, 2021). Auf der individuellen Ebene stellt sie ebenfalls eine komplexe Belastungssituation dar, die an kaum einem Menschen spurlos vorüber geht (Brakemeier et al., 2020).

Methoden

Mit dem Projekt soll der Frage nachgegangen werden, ob und wie unter Pandemiebedingungen eine Rehabilitationsmaßnahme sicher (RKI, 2021) und erfolgreich durchgeführt werden kann (Kaiser et al., 2021). Im Fokus der Betrachtung steht eine Einjahreskatamnese von Rehabilitand*innen, die im Zeitraum von Januar bis September 2020 in der Klinik eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme absolviert haben. Die Studie ist als naturalistische Beobachtungsstudie mit einem (retrospektiven) Ein-Gruppen-Prä-Post-Design (Single-Group-Pre-Post, SGPP) angelegt. Hierbei wurden in der Rehaforschung etablierte Instrumente (Nübling et al. 2021) eingesetzt.

Ergebnisse

Mit 150 auswertbaren Fragebögen ergibt sich ein Rücklauf von rund 31%. Bei einem Frauenanteil von 54% liegt das Durchschnittsalter bei 59 Jahren (SD=8.2 Jahre). Bei rund zwei Drittel der Befragten liegt eine Chronifizierung der Erkrankung vor. Mit rund 90% ist die DRV der Hauptkostenträger. Die Rehadauer beträgt im Durchschnitt 5 Wochen.

Im Zeitraum vor Aufnahme weisen die Befragten ausgeprägte psychosomatische und teilhabebezogene Einschränkungen auf. Im gesundheitlichen Befinden (GB 10) liegen diese vorwiegend in den Bereichen „Erschöpfung / Ermüdung“ (81%), „depressive Verstimmung“ (72%) und „Schlafstörungen“ (71%). Die Einschränkungen des gesundheitlichen Befindens werden auch auf der Skalenebene deutlich (M=26.1; SD=8.8).

Die Bewertung der Corona bezogenen Maßnahmen in der Klinik fällt insgesamt sehr positiv aus. Insgesamt gaben jeweils 90% der Befragten an, sich über die Corona-Situation und die damit verbundenen Maßnahmen gut informiert gefühlt und sich in der Klinik sicher gefühlt zu haben. Annähernd 88% der Befragten empfehlen anderen Betroffenen trotz Corona einen Aufenthalt in der Klinik, 79% der Befragten würden auch während der Corona-Pandemie nochmals eine Rehamassnahme in Anspruch nehmen und 86% würden dies in der Klinik Bad Bocklet tun.

In den unterschiedlichen Aspekten der mit dem ZUF-8 gemessenen Behandlungszufriedenheit zeigen sich mit Werten zwischen 81% und 89% positiver Antworten auch bis zu

einem Jahr nach Entlassung noch hohe Werte (vgl. Abb. 1), die im Mittel ($M=25.6$; $SD=5.6$) leicht über den Ergebnissen der Routinebefragung bei Entlassung für den Zeitraum liegen.

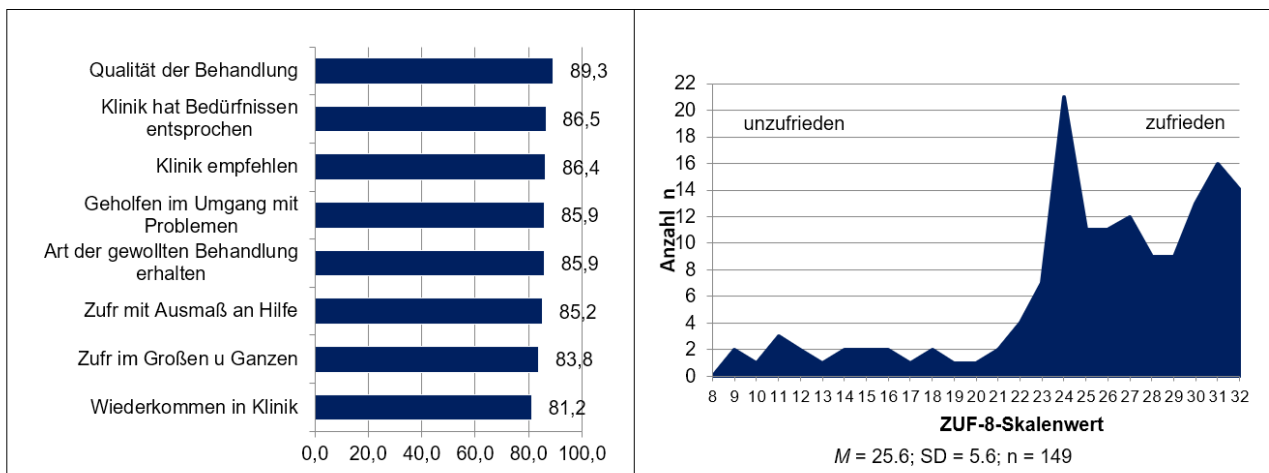


Abb. 1: Zufriedenheit mit der Behandlung ZUF-8; in %, positiver Angaben der Einzelitems ($n_{max}=149$), Verteilung Gesamtskala (Missing-Data-korrigiert; $n=149$).

Bei rund drei Viertel der Rehabilitand*innen konnten die persönlichen Therapieziele erreicht werden. Dies bestätigen auch die positiven Veränderungen in den anderen Skalen bzw. der dadurch abgebildeten Zielbereiche der medizinischen Rehabilitation. Die prä-post-Effektstärken liegen zwischen .70 und 1.21 (vgl. Tab. 1). Die RTW-Quoten fallen mit 71% (Zeitpunktmethod) bzw. 81% (kumulativer Zeitverlauf) ebenfalls positiv aus. Es zeigen sich substantielle Einflüsse der Reha-Motivation, der Aufnahmezeiträume, der Bewertung der Corona-Maßnahmen auf wesentliche Outcomeparameter. Diese Ergebnisse unterstreichen die Rolle von geeigneten, auf die aktuelle Gefahrenlage angepassten Sicherheits- und Hygienemaßnahmen sowie deren kontinuierlichen Kommunikation.

Tab. 1: Psychometrische Skalen, Reliabilität, Fallzahlen, Mittelwert, Streuung bei Aufnahme (Prä) und Katamnese (Post); T-Test für abhängige Stichproben, Prä-Post-Effektstärken (Cohen's d):

Skalen	N	Aufnahme M/SD		Katamnese M/SD		T	p	d
Gesundheitliches Befinden GB10	147	26.1	8.8	35.6	10.6	8.7	<.001	0.98
Gesundheitliche Beschwerden GBesc	145	30.1	9.0	20.1	11.6	10.7	<.001	0.96
Work Ability Scale (WAS)	141	3.5	2.7	5.6	3.3	8.7	<.001	0.70
EQ5D VAS-Skala Gesundheit	148	37.0	18.3	62.1	23.5	12.6	<.001	1.21
PHQ4 Depressivität/Angst	147	8.3	3.1	5.1	3.3	12.2	<.001	1.00
BESS8 Veränderung Gesundheit/Alltagsleben	146	-	-	29.8	7.1	-	-	0.86

Legende: M: Mittelwert, SD: Streuung, T: Prüfgröße t-Test, p: Wahrscheinlichkeit, d: Effektstärke nach Formel für direktes Veränderungsmaß

Diskussion und Fazit

Der Klinik ist es schon zu Beginn der Pandemie gelungen, geeignete Sicherheitsmaßnahmen umzusetzen, diese entsprechend zu kommunizieren und zu leben. Die Ergebnisse der gesamten Studie lassen den Schluss zu, dass unter geeigneten und von den Beteiligten als solche wahrgenommenen Sicherheitsvorkehrungen Rehamassnahmen durchgeführt werden können, die auch nach einem Jahr noch stabile Effekte in den wesentlichen Zielkriterien aufweisen.

Literatur

- Brakemeier, E.-L., Wirkner, J., Knaevelsrud, C. Wurm, S., Christiansen, H., Lueken, U., Schneider, S. (2020). Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 49, 1. 1–31. DOI: 10.1026/1616-3443/a000574.
- Hansmeier, Th. (2021). Herausforderungen der Corona-Pandemie aus Sicht der DRV Bund. Vortrag DEGEMED-Mitgliederversammlung April 2021.
- Kaiser, U., Nübling, R., Schmidt, J., Jorkowski, J., Reuß-Borst, M. (2021). Psychosomatische Rehabilitation in Pandemiezeiten: eine multiperspektivische Bewertung von Corona bedingten Maßnahmen und deren Zusammenhänge mit zentralen Outcome-Parametern, der Rehabilitandenzufriedenheit und dem Reha-Erfolg. Präv Rehab, in Vorbereitung.
- 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. Präv Rehab, 33, 04. 48–65. DOI: 10.5414/PRX0561.
- Robert-Koch-Institut (2021): Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst. www.rki.de. Stand Juli 2021.

Interessenskonflikt: Die Co-Autorin ist Ärztliche Direktorin der Kliniken Bad Bocklet AG. Die Durchführung, Auswertung und Publikation der Studie erfolgte durch das unabhängige Forschungsinstitut (GfQG), so dass die Objektivität der Studie gesichert ist.

Qualität der Teilhabe am Erwerbsleben - ein partizipatives Projekt zu Arbeitsbedingungen von Menschen mit Beeinträchtigungen

*Tomke S. Gerdes*¹; Lena Hünefeld*²*

¹ Technische Universität Dortmund*;

² Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund;

* Dr. Tomke Gerdes und Lena Hünefeld sind gleichberechtigte Erstautorinnen des Beitrages.

Hintergrund und Zielstellung

Mit dem Beitritt zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) hat sich Deutschland verpflichtet, Menschen mit Beeinträchtigungen Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen. Dies bezieht das gleiche Recht auf gerechte, sichere und gesunde Arbeitsbedingungen ein (Art. 27b UN-BRK). Mit dieser Formulierung wird die Perspektive verstärkt auf arbeitswissenschaftliche Ansprüche an die Qualität der Arbeit gerichtet. Des Weiteren hat sich Deutschland mit der Ratifikation der UN-BRK verpflichtet, geeignete

Informationen zu sammeln, einschließlich statistischer Daten, die es ermöglichen, politische Konzepte zur Durchführung dieses Übereinkommens auszuarbeiten (Art. 31 UN-BRK).

Der Blick auf die aktuelle Forschungslage zeigt, dass die Beschreibung der konkreten Arbeitssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen anhand von Arbeitsbedingungen und betrieblichen Rahmenbedingungen unbefriedigend ist (BMAS 2021; Weller 2017). Darüber hinaus werden die wenigen bestehenden Befragungsdaten kaum genutzt. Nicht zuletzt liegt dies daran, dass die Untersuchung von Arbeitsbedingungen von Menschen mit Beeinträchtigungen bislang mehrheitlich in verschiedenen Forschungsdiskursen der Arbeitswissenschaften einerseits und der Teilhabeforschung andererseits stattfinden (Kubek 2012, Gerdes 2019).

Aus diesen Daten- und Verwertungslücken ergibt sich, dass kaum Wissen über die Arbeitssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen vorliegt. Hiermit ist ebenfalls offen, wie es um die Qualität der Teilhabe auf dem Arbeitsmarkt steht und welche Gestaltungspotentiale ungenutzt sind. Vor diesem Hintergrund verfolgt das Projekt, das im Januar 2022 starten wird, zwei übergeordnete Ziele:

1. Das Verständnis über die Datenlage zur Arbeitssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen soll verbessert werden. Gleichmaßen sollen Ansätze zur Verbesserung der zukünftigen Datenlage entwickelt werden (methodisches Ziel).
2. Es soll ein tiefergehender Einblick in die Arbeitssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen und somit in die Qualität ihrer Teilhabe gegeben werden. Hierdurch sollen Gestaltungspotentiale für die Verbesserung der Qualität der Erwerbsteilhabe identifiziert werden (inhaltliches Ziel).

Methoden

Das Forschungsprojekt nutzt einen Mixed-Methods-Ansatz. Zur Aufarbeitung des Forschungsstandes wird zu einem ein Scoping Review angefertigt, das die zentralen Ergebnisse umfasst, Forschungslücken aufdeckt und zentrale Theorien herausarbeitet. Zum anderen wird eine Übersicht über die Daten erstellt, die bereits für eine systematische Beschreibung der Arbeitssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen vorliegen. Gleichmaßen werden Datenlücken herausgearbeitet.

Nachfolgend werden verschiedene bereits bestehende Datensätze zur Beantwortung der Frage, wie sich die Arbeitssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen bzw. Teilgruppen aus diesem Personenkreis gestaltet, deskriptiv und multivariat ausgewertet.

Um herauszuarbeiten, ob und welche – bislang unberücksichtigten – Bedingungen bei der Arbeit für eine Betrachtung der Arbeitssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen von hoher Relevanz sind, werden weiterhin leitfadengestützte Interviews mit Expert*innen geführt, die einen vielseitigen und übergreifenden Blick auf die Arbeitssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen haben (z.B. Vertreter*innen von Behindertenverbänden, Inklusionsbeauftragte, Schwerbehindertenvertreter*innen etc.).

Gemäß dem Grundsatz der UN-BRK „nicht ohne uns über uns“ verfolgt das Forschungsprojekt einen partizipativen Forschungsansatz. So sollen Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen sowie Akteur*innen aus der Interessenvertretung direkt in die Forschung miteinbezogen werden. Gleichmaßen handelt es sich bei der Erforschung

der Arbeitssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen um ein transdisziplinäres Forschungsfeld. So sollen unterschiedliche Forschungs- und Praxisperspektiven in diesem Projekt berücksichtigt werden. Es soll im Rahmen von projektbegleitenden Workshops Austausch mit Menschen mit Beeinträchtigungen, Akteur*innen aus der Interessenvertretung, Vertreter*innen von Rehabilitationsträgern sowie Wissenschaftler*innen aus verschiedenen Disziplinen erfolgen. Die Workshops verfolgen das Ziel die jeweiligen Teilergebnisse des Projektes zu diskutieren, Forschungswissen mit Erfahrungswissen der Betroffenen bzw. deren Vertreter*innen zu verknüpfen und die Forschungsperspektive für noch kommende Arbeitspakete anzupassen. Weiterhin sollen gemeinsam Empfehlungen für zukünftige Erhebungskonzepte und Gestaltungsempfehlungen zur Verbesserung der Arbeitssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen entwickelt werden.

Ergebnisse

Die erwarteten Ergebnisse ermöglichen konkrete Aussagen über die Arbeitssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen. Ebenso kann abgeschätzt werden, inwieweit Menschen mit Beeinträchtigungen im gleichen Maße gerechte und günstige Arbeitsbedingungen vorfinden wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Des Weiteren liefert das Projekt einen systematischen Überblick über die Datenlage zum Thema. Anhand der Ergebnisse sollen einerseits Gestaltungspotentiale zur Verbesserung der Arbeitssituation und andererseits Möglichkeiten zur Optimierung der Forschungsdaten aufgezeigt werden, die als Basis für politische Konzepte dienen können.

Diskussion und Fazit

Das vorliegende Forschungsprojekt verbindet die Perspektiven der Arbeitswissenschaften und der Teilhabeforschung und stellt die Qualität der Teilhabe am Erwerbsleben von Menschen mit Beeinträchtigungen in den Fokus. Die erwarteten Ergebnisse schließen damit eine Lücke zur Umsetzung der UN-BRK.

Literatur

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales – BMAS (2021). Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen (Berlin).
- Gerdes, Tomke S. (2019). Psychische Beeinträchtigung und Erwerbsarbeit. Eine qualitative Studie zu Frauen und Männern mittleren Alters in der Öffentlichen Verwaltung (Bad Heilbrunn).
- Kubek, V. (2012). Humanität beruflicher Teilhabe im Zeichen der Inklusion. Kriterien für die Qualität der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen (Wiesbaden).
- UN-Behindertenrechtskonvention – UN-BRK: Gesetz zum Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderung [Bundesgesetzblatt 2008 Teil II, Nr. 35] (Bonn).
- Weller, S. I. (2017). Tätigkeiten Erwerbstätiger mit Behinderung (Bielefeld).

Rehabilitationsinanspruchnahme erwerbstätiger Personen mit Rückenschmerzen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Operationalisierungen von Migrationshintergrund

Hannes Banaschak¹; David Fauser¹; Julia-Marie Zimmer²; André Golla²; Wilfried Mau²; Matthias Bethge¹

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

Hintergrund und Zielstellung

Aufgrund der Häufigkeit unterschiedlicher Erkrankungen kann für Personen mit Migrationshintergrund (PMH) ein ähnlicher Bedarf an medizinischer Rehabilitation angenommen werden wie für Nicht-Migranten (Razum, Wenner, 2016). Studien zur Rehabilitationsinanspruchnahme durch PMH zeigen inkonsistente Ergebnisse, wobei zum Teil unterschiedliche Definitionen von Migrationshintergrund Verwendung finden (Dyck et al., 2020). Die vorliegende Analyse prüfte, ob sich die Rehabilitationsinanspruchnahme zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheidet und welchen Einfluss die Verwendung unterschiedlicher Operationalisierungen zur Beschreibung des Migrationshintergrundes auf die Ergebnisse hat.

Methoden

Die verwendeten Daten wurden im Rahmen einer prospektiven Kohortenstudie zur Inanspruchnahme und Wirksamkeit medizinischer Rehabilitation bei Personen mit Rückenschmerzen erhoben (Fauser et al., 2021; DRKS00011554). Eine Zufallsstichprobe von 45.000 Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Nord und Mitteldeutschland wurde im März 2017 schriftlich befragt. Fragebogendaten wurden bei Einverständnis mit Routinedaten der Jahre 2017 und 2018 verknüpft. Eingeschlossen wurden Erwerbstätige im Alter von 45 bis 59 Jahren mit selbstberichteten Rückenschmerzen in den vergangenen drei Monaten. Ausgeschlossen wurden Versicherte, die in den letzten vier Jahren eine medizinische Rehabilitation beantragt bzw. in Anspruch genommen oder jemals eine Erwerbsminderungsrente erhalten hatten.

Der Migrationshintergrund konnte mit vier unterschiedlichen Definitionen operationalisiert werden:

- Definition 1 berücksichtigte das eigene und elternseitige Geburtsland sowie die Muttersprache (Schenk et al., 2006) und differenzierte zwischen Personen ohne Migrationshintergrund sowie PMH der ersten und zweiten Generation.
- Definition 2 verwendete das Geburtsland der Person und der Eltern und differenzierte zwischen Personen ohne Migrationshintergrund sowie mit einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund.
- Definition 3 trennte zwischen Personen mit deutscher und nichtdeutscher Muttersprache.
- Definition 4 trennte zwischen Personen mit deutscher und nichtdeutscher Staatsangehörigkeit.

Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen wurde aus administrativen Daten der Rentenversicherungsträger extrahiert (Beobachtungszeitraum: Erstbefragung Anfang 2017 bis Ende 2018). Die Zusammenhänge zwischen Migrationshintergrund und der Rehabilitationsinanspruchnahme wurden mittels proportionaler Hazard-Modelle für die vier Definitionen getestet. Als Effektschätzer wurden Hazard Ratios berechnet. Neben dem Migrationshintergrund wurden soziodemografische Angaben, Gesundheitsvariablen, Unterstützungsfaktoren und Barrieren der Inanspruchnahme als Kontrollvariablen in den Modellen berücksichtigt. Fehlende Daten wurden mehrfach imputiert.

Ergebnisse

Für die Analyse wurden Daten von 6.713 Personen berücksichtigt (57,7 % weiblich). Das Durchschnittsalter betrug 52,3 Jahre (SD = 4,1). Nach Definition 1 hatte ein Anteil von 8 % (erste Generation: 6,7 %; zweite Generation: 1,3 %), nach Definition 2 ein Anteil von 13,4 % (einseitig: 5,8 %; beidseitig: 7,6 %), nach Definition 3 ein Anteil von 4,3 % und nach Definition 4 ein Anteil von 3,1 % der Gesamtstichprobe einen Migrationshintergrund.

Im Beobachtungszeitraum (max. 21 Monate) lag die Rehabilitationsinanspruchnahme in der Gesamtstichprobe bei 7,7 % (n = 514). Über die Hälfte aller Rehabilitationen wurde aufgrund muskuloskelettaler Erkrankungen bewilligt. Der Anteil der Rehabilitationsinanspruchnahme variierte zwischen den Definitionen von Migrationshintergrund zwischen 2,4 % bei Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit und 8,2 % bei Personen mit einseitigem Migrationshintergrund. In den Regressionsmodellen zeigte sich im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund ein geringeres Risiko für die Rehabilitationsinanspruchnahme für PMH der ersten Generation (Hazard Ratio = 0,52; 95 % KI: 0,34 bis 0,81), Personen mit beidseitigem Migrationshintergrund (HR = 0,53; 95 % KI: 0,35 bis 0,80), Personen mit nichtdeutscher Muttersprache (HR = 0,57; 95 % KI: 0,33 bis 1,00) und Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit (HR = 0,32; 95 % KI: 0,13 bis 0,77).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse deuten an, dass erwerbstätige PMH mit Rückenschmerzen selbst nach Kontrolle von relevanten Unterstützungsfaktoren und rehabilitationsbezogenen Barrieren ein signifikant geringeres Risiko für eine Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen haben. Allerdings zeigte sich für PMH der zweiten Generation (Definition 1) und Personen mit einseitigem Migrationshintergrund (Definition 2) ein ähnliches Inanspruchnahmerisiko wie für Nicht-Migranten. Eine differenzierte Operationalisierung von Migrationshintergrund erscheint sinnvoll, um die Inanspruchnahme von PMH nicht zu über- oder unterschätzen und ein besseres Verständnis von Ungleichheit und Benachteiligung von Bevölkerungsgruppen in der rehabilitativen Versorgung zu entwickeln.

Literatur

- Dyck, M., Breckenkamp, J., Wicherski, J., Schröder, C. C., du Prel, J. P., Razum, O. (2020). Utilisation of medical rehabilitation services by persons of working age with a migrant background, in comparison to non-migrants: a scoping review. *Public Health Reviews*, 41: 17. DOI: 10.1186/s40985-020-00134-5.
- Fauser, D., Schmitt, N., Golla, A., Zimmer, J.M., Mau, W., Bethge, M. (2021). Effectiveness of medical rehabilitation in persons with back pain – lessons learned from a German cohort study. *Disability and Rehabilitation*. DOI: 10.1080/09638288.2021.1979110.

- Razum, O., Wenner, J. (2016). Social and health epidemiology of immigrants in Germany: past, present and future. *Public Health Reviews*, 37: 4. DOI: 10.1186/s40985-016-0019-2.
- Schenk, L., Bau, A. M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H., Razum, O., Weilandt, C. (2006). A basic set of indicators for mapping migrant status. Recommendations for epidemiological practice. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49: 853–860. DOI: 10.25646/986.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

Rehappy: Evaluation einer Gesundheits-App für Schädel-Hirn-Trauma-Patienten

Viktoria Arling¹; Gesine Gottkehaskamp; Veneta Slavchova¹

¹ RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Schädel-Hirn-Trauma (SHT) ist eine der häufigsten Ursachen für einen vorzeitigen Tod oder eine schwere Behinderung der körperlichen, neurologischen oder neuropsychologischen Funktionen von Menschen unter 45 Jahren (Hagebusch et al., 2020). Überlebende von SHT sehen sich oftmals mit umfassenden Teilhabestörungen konfrontiert und sind auf medizinische und berufliche Unterstützungsangebote angewiesen, um den Wiedereinstieg ins alltägliche Leben zu meistern. Von wachsendem Interesse ist in diesem Rahmen die Unterstützung des Rehabilitationsprozesses durch Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGa; Fruhwirth et al., 2020), beispielsweise in Form von Smartphone-Applikationen (Apps).

Das Unternehmen „Rehappy GmbH“ hat eine solche App speziell für Schlaganfall-Patienten entwickelt. Damit auch SHT-Patienten von einem solchen Angebot profitieren können, wurde die App „Rehappy“ speziell für die Bedarfe von SHT-Betroffenen angepasst. Die App besteht aus drei Kernbereichen, die die Orientierung im und Teilhabe am Alltag unterstützen und zu einer langfristigen Motivation im Rehabilitationsprozess beitragen sollen:

- (1) Energie (Aktivitätsfeedback durch ein Armband als Aktivitätstracker)
- (2) Wissen (Kompetenzaufbau durch Wissensvermittlung über die Erkrankung)
- (3) Plan (Strukturierung des Alltags mittels Dokumentation und Verwaltung von Zielsetzungen und Zielerreichung)

Die vorliegende Studie zielt darauf ab, zu überprüfen, ob SHT-Betroffene ein grundsätzliches Interesse zur Anwendung einer solchen App haben (Bedarfsanalyse) und ob sie die Kernbereiche der App in Bezug auf ihre Erkrankung als unterstützend empfinden (z.B. Zufriedenheit, Nutzungsbereitschaft).

Methoden

Die Befragung erfolgte in Form einer Online-Studie, die Akquise fand in verschiedenen sozialen Netzwerken statt. Einleitend wurden SHT-Patienten die Bereiche und Funktionen der App „Rehappy“ in einer speziell für die Zielgruppe modifizierten Form vorgestellt. Hierfür

kamen kurze Erklärungstexte und Bilder zum Einsatz. Zur Beurteilung von der wahrgenommenen Nützlichkeit, Unterstützungspotenziale und des Nutzungsinteresses bzgl. „Rehappy“ aus Sicht der SHT-Patienten kam die User Version of the Mobile Application Rating Scale (uMARS; Stoyanov et al., 2016) zum Einsatz. Für die Erfassung der Nutzungs- und Weiterempfehlungswahrscheinlichkeit wurde eine angepasste Version der Abfrage von Boudreaux et al. (2014) verwendet. Darüber hinaus wurden die SHT-Patienten um Angaben bezüglich zusätzlich erwünschter Funktionen der App gebeten.

An der Studie nahmen insgesamt 61 SHT-Betroffene (34 ♀, 26 ♂, eine fehlende Angabe) teil. Die Befragten waren durchschnittlich 38.06 Jahre (SD = 13.17 Jahre, Spanne 17 – 60 Jahre) alt. Die Mehrheit (N = 49, 80.3%) erlitt das SHT vor mehr als zwei Jahren, sechs Teilnehmer (9.8%) vor ein bis zwei Jahren, drei (4.9%) vor sechs bis zwölf Monaten und zwei (3.3%) vor drei bis sechs Monaten. Bei einem Teilnehmer (1.6%) lag das SHT weniger als drei Monate zurück. Die Betroffenen berichteten am häufigsten von folgenden neuropsychologischen Defiziten (Mehrfachangaben möglich): Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (86.9%), Aufmerksamkeits- bzw. Gedächtnisstörungen (80.3%), Persönlichkeitsveränderungen (44.3%) und Depressionen (41%).

Ergebnisse

Die SHT-Patienten zeigten sich auf Basis der App-Präsentation mit den verschiedenen Bereichen interessiert daran, die App zu nutzen. Sie waren der Auffassung, dass die App eine (eher) große Hilfe bei der Partizipation bzw. Teilhabe und der Umsetzung gesundheitsförderlichen Verhaltens darstellt. Die Befragten gaben eine hohe Wahrscheinlichkeit zur Weiterempfehlung an andere Betroffene an (vgl. Tabelle 1).

Tab. 1: Deskriptive Statistiken zur Evaluation der App „Rehappy“ durch SHT-Patienten

Beurteilungsdimension	N	AM	SD	Spanne
Nützlichkeit der App ¹	60	4.30	0.74	2 – 5
Interesse an der Nutzung der App ¹	61	4.59	0.79	2 – 6
Potenzial der App zur Unterstützung gesundheitsförderlichen Verhaltens ¹	60	4.28	1.09	1 – 6
Nutzungswahrscheinlichkeit ²	60	4.43	1.36	1 – 6
Weiterempfehlungswahrscheinlichkeit ²	60	5.05	1.11	1 – 6

Anmerkungen: ¹ adaptierte User Version of the Mobile Application Rating Scale (uMARS) von Stoyanov et al., 2016, sechsstufige Abfrage von sehr negativ (1) bis sehr positiv (6); ² basierend auf Boudreaux et al., 2014, sechsstufige Abfrage von sehr unwahrscheinlich/stimme überhaupt nicht zu (1) bis sehr wahrscheinlich/ stimme vollkommen zu (6)

Die einzelnen Bereiche der App erhielten durchweg eine positive Bewertung durch die SHT-Betroffenen. Dabei erwies sich der Bereich „Wissen“ als besonders attraktiv. Etwa die Hälfte der Probanden (47.5%) wünschte sich zusätzliche Funktionen zur App (z.B. Möglichkeit für persönliche Notizen, Terminplaner, Entspannungshilfen).

Diskussion und Fazit

Ein Transfer der App auf die SHT-Zielgruppe ist auf Basis der Befragung als empfehlenswert einzuschätzen. Um zu überprüfen, inwieweit SHT-Patienten in der Praxis von der App „Rehappy“ profitieren können, muss die tatsächliche Nutzung erprobt werden. Zur Beurteilung sollten dabei subjektive (z.B. Zufriedenheit) und objektive (z.B. Therapieparameter) Erfolgskriterien mit einbezogen werden.

Zu berücksichtigen gilt darüber hinaus, dass die Mehrheit der Befragten ihr SHT vor längerer Zeit erlitten hatten und die kognitiven Einschränkungen nicht mehr ganz so umfassend ausgeprägt sind wie zum Zeitpunkt des SHT-Ereignisses. Gerade im Übergang von der medizinischen Rehabilitation zum Alltag kann die App möglicherweise besonders unterstützend wirken – entsprechende Effekte müssen aber empirisch überprüft werden.

Literatur

- Boudreaux, E. D., Waring, M. E., Hayes, R. B., Sadasivam, R. S., Mullen, S., Pagoto, S. (2014). Evaluating and selecting mobile health apps: strategies for healthcare providers and healthcare organizations. *Translational behavioral medicine*, 4, 4. 363–371.
- Fruhvirth, V., Enzinger, C., Weiss, E., Schwerdtfeger, A., Gattringer, T., Pinter, D. (2020). Apps in der Sekundärprävention nach Schlaganfall. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 170. 41–54.
- Hagebusch, P., Pingel, A., Kandziora, F., Hoffmann, R., Schweigkofler, U. (2020). Das Schädel-Hirn-Trauma im Erwachsenenalter. *Notfallmedizin up2date*, 15, 1. 59–74.
- Stoyanov, S. R., Hides, L., Kavanagh, D. J., Wilson, H. (2016). Development and Validation of the User Version of the Mobile Application Rating Scale (uMARS). *JMIR mHealth and uHealth*, 4, 2. e72.

Rentenabsicht nach berufsbezogener Suchtrehabilitation - Unterschiede je nach arbeitsbezogenem Verhaltens- und Erlebensmuster

Silke Jankowiak¹; Andreas Kocks²; Jens Borgelt³; Rainer Kaluscha¹; Lena Tepohl¹

¹ IFR Ulm; ² BFW Bad Wildbad; ³ Oberberg Fachklinik Schwarzwald

Hintergrund und Zielstellung

Eine Suchterkrankung und Erwerbslosigkeit stehen in einer Wechselbeziehung. Einerseits führt (chronisches) Suchtverhalten häufig zum Verlust der Erwerbstätigkeit. Andererseits kann lang andauernde Arbeitslosigkeit die Entstehung bzw. Verstetigung einer Abhängigkeits-erkrankung bedingen.

Der berufliche (Wieder-)Einstieg ist bei Suchtpatienten/innen aufgrund vielfältiger Integrationshemmnisse deutlich erschwert, so dass diese von speziellen berufsbezogenen Maßnahmen profitieren dürften. Um die Wahrscheinlichkeit der (Wieder-)Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit zu erhöhen, wurde vom Berufsförderungswerk Bad Wildbad ein mehrstufiges berufliches Integrationskonzept speziell für den Suchtbereich entwickelt. Kennzeichnend für das Konzept zur „Beruflich Orientierten Rehabilitation Suchtkranker in Stufen“ (BOSS) sind eine enge Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation

sowie eine hohe Kontinuität in den beruflichen Begleitangeboten während der gesamten Rehabilitation.

Der Beitrag geht der Fragen nach, welche Rolle arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster für die Absicht der Beantragung einer Erwerbsminderungs-/ Berufsunfähigkeits-/ Frührente und damit die Erfolgsquote von BOSS spielen.

Methoden

BOSS wird von den Suchtrehabilitationskliniken des Baden-Württembergischen Landesverbands für Prävention und Rehabilitation gGmbH in Zusammenarbeit mit dem Berufsförderungswerk Bad Wildbad seit Herbst 2014 umgesetzt. Im Rahmen der Begleitforschung werden sowohl die Effekte von BOSS untersucht als auch geprüft, ob bestimmte Subgruppen besonders von BOSS profitieren. So wurden an dieser Stelle die arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster in den Fokus genommen. Diese wurden bei den Suchtrehabilitanden/innen (Alkohol und illegale Substanzen) zu Beginn von BOSS anhand des AVEM (vgl. Schaarschmidt 2006) erhoben. Im Zuge der Auswertungen wurde die tendenzielle Zuordnung zu den folgenden Clustern/Mustern bestimmt:

- Muster G: gesundheitsförderliches Verhältnis gegenüber der Arbeit (gesundheitsbewusst)
- Muster S: Schonung gegenüber der Arbeit
- Risikomuster A: Verausgabungsbereitschaft und Perfektionsstreben (überhöhtes Engagement)
- Risikomuster B: hohe Resignationstendenz, herabgesetzte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen

In Abhängigkeit der Muster wurde die Absicht, eine Erwerbsminderungs-/Berufsunfähigkeits-/Frührente zu beantragen, analysiert. Diese wurde anhand von Befragungen zu BOSS-Beginn (T1) und Ende (T2) erhoben.

Ergebnisse

Angaben zur Rentenmotivation lagen für beide Messzeitpunkte von 288 BOSS-Teilnehmer/innen vor (26,7% Alkoholabhängigkeit, 43,4% Abhängigkeit von illegalen Substanzen, 29,9% von Alkohol und illegalen Substanzen abhängige Rehabilitanden/innen). Die Verteilung der AVEM-Muster unterscheidet sich zwar nicht statistisch signifikant zwischen den Rehabilitanden/innen unterschiedlicher Abhängigkeiten (vgl. Abb. 1), allerdings weisen alkoholabhängige Rehabilitanden/innen im Vergleich zu von illegalen Substanzen abhängige Rehabilitanden/innen etwas häufiger das Risikomuster A (überhöhtes Engagement) und seltener das Muster S (Schonung) auf.

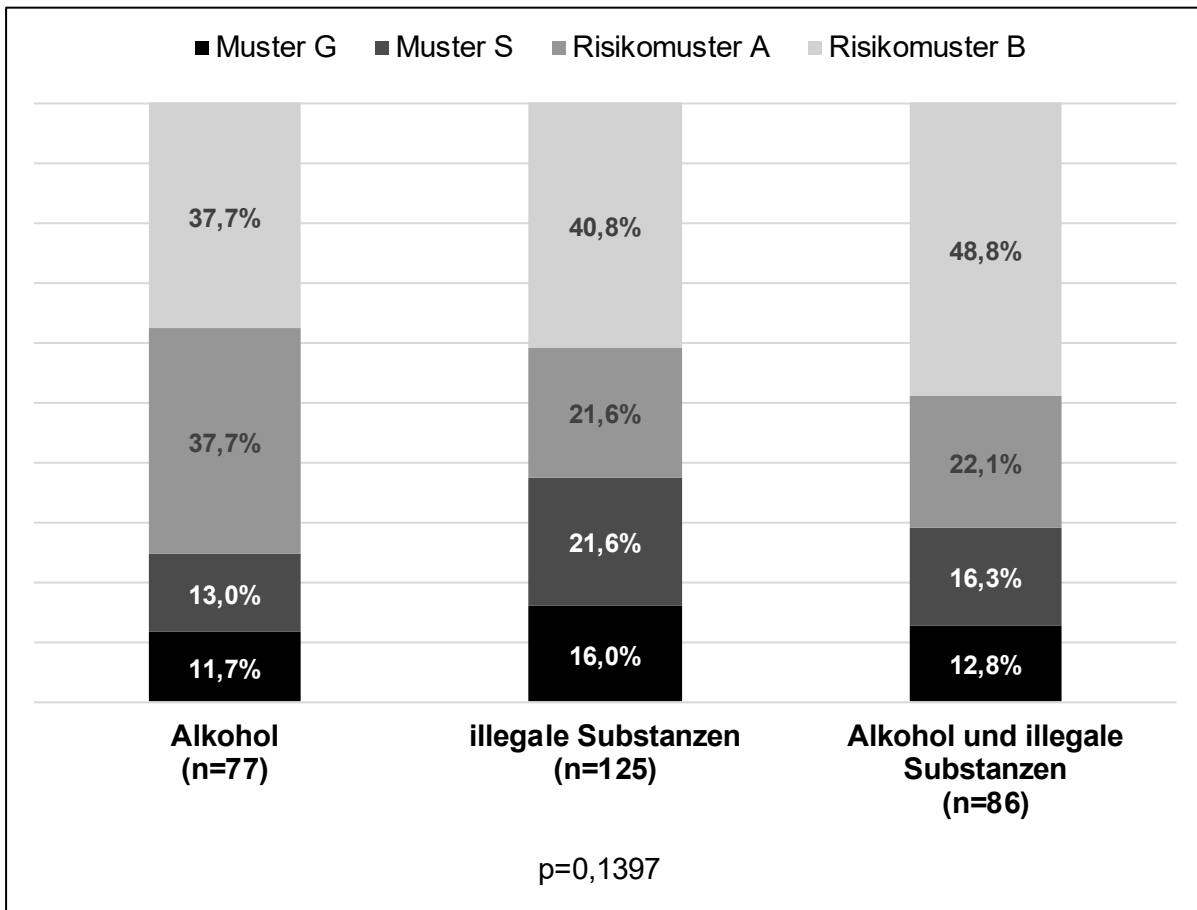


Abb. 1: Verteilung der AVEM-Muster je nach Abhängigkeit.

Abbildung 2 zeigt die Absicht, eine Erwerbsminderungs-/Berufsunfähigkeits-/Frührente zu beantragen, je nach AVEM-Muster. Bei alkoholabhängigen Suchtkranken liegt ein Rentenwunsch besonders häufig bei Rehabilitanden/innen mit Tendenz zum Muster G (gesundheitsbewusst) und Risikomuster B (hohe Resignation) vor. Bei von illegalen Substanzen abhängigen Suchtkranken liegt ein Rentenwunsch hingegen besonders häufig bei Rehabilitanden/innen mit Tendenz zum Risikomuster A (hohes Engagement) vor.

Sowohl bei Rehabilitanden/innen mit einer Alkoholabhängigkeit als auch bei Rehabilitanden/innen mit einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen zeigt sich eine Reduktion des Anteils an Suchtkranken mit Rentenabsicht, wenn diese eine Tendenz zum Risikomuster A und B haben. Während sich bei Rehabilitanden/innen mit einer Alkoholabhängigkeit mit dem Muster S der Anteil an Rehabilitanden/innen mit Rentenabsicht verdoppelte, verringerte sich dieser unter Rehabilitanden/innen mit einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen.

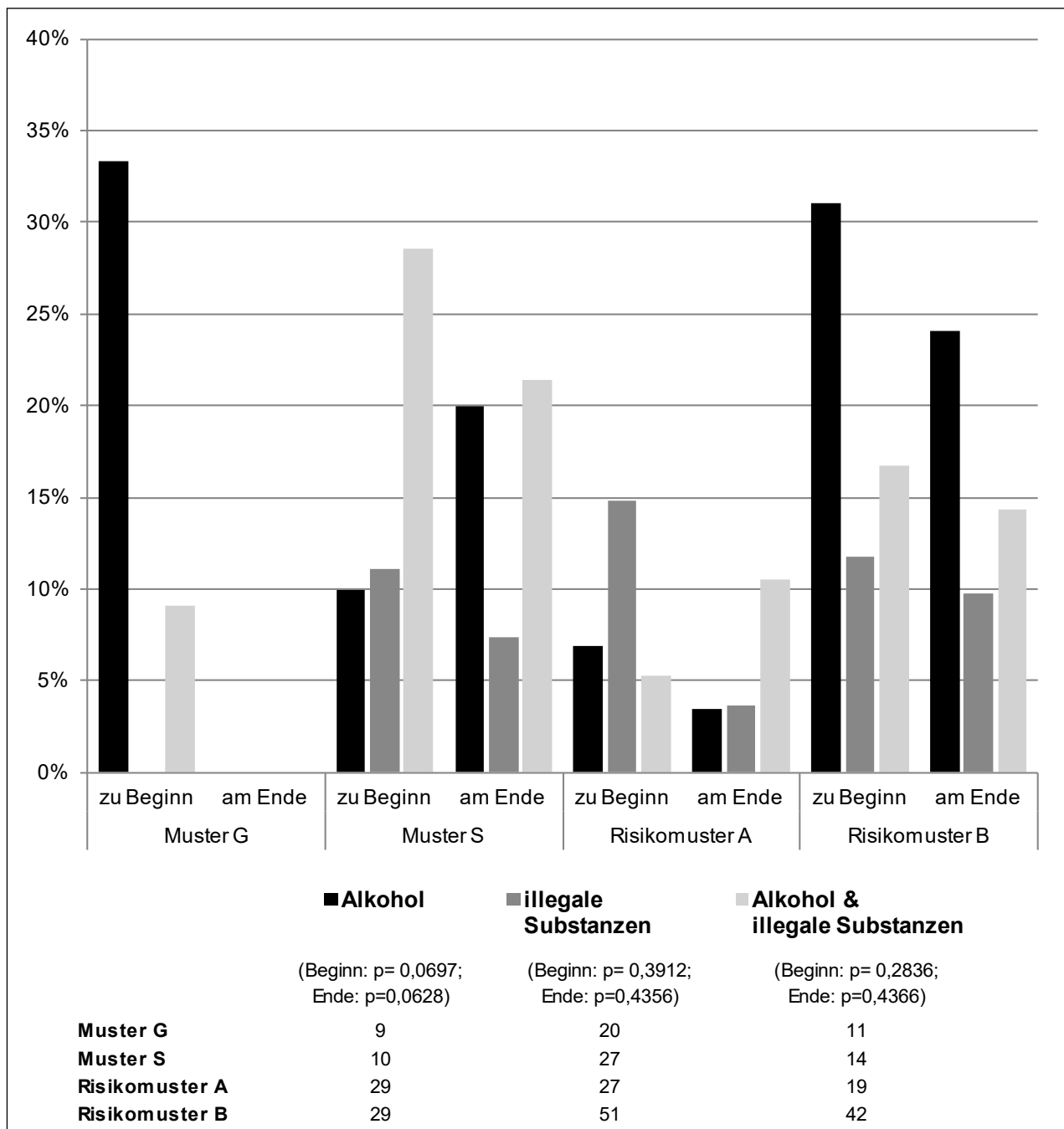


Abb. 2: Rentenmotivation zu Beginn und am Ende von BOSS je nach Abhängigkeit.

Diskussion und Fazit

Die Reduktion des Anteils an Suchtkranken mit Rentenabsicht fiel bei Rehabilitanden/innen mit Tendenz zu exzessiver Verausgabungsbereitschaft (Risikomuster A) erwartungsgemäß am stärksten aus. Diese Rehabilitanden/innen sind aufgrund ihres hohen Engagements leichter zu motivieren, zur Arbeit zurück zu kehren. Jedoch weisen sie auch eine verminderte Widerstandskraft gegenüber Belastungen auf, weshalb hier ggf. früher oder später der Rentenwunsch erneut auftritt. Es wäre daher zu prüfen, wie nachhaltig das Ergebnis ist und ob bei diesen Suchtkranken eine langfristige Begleitung erforderlich ist.

Bei von illegalen Substanzen abhängigen Rehabilitanden/innen konnte trotz Tendenz zu Schonung und hoher Distanzierungsfähigkeit (Muster S) eine Reduktion des Anteils an Suchtkranken mit Rentenmotivation erzielt werden. Welche Faktoren bei alkoholabhängigen

Rehabilitanden/innen mit dem gleichen arbeitsbezogenem Verhaltens- und Erlebensmuster zu einem Anstieg des Anteils an Suchtkranken mit Rentenabsicht beigetragen haben, muss anhand weiterer Untersuchungen geklärt werden.

Zwar stehen multivariate Analysen noch aus, dennoch liefern die Ergebnisse Hinweise auf differentielle Effekte je nach arbeitsbezogenem Verhaltens- und Erlebensmuster sowie je nach Abhängigkeitserkrankung. Die individuelle Haltung sowie die beruflichen Verhaltensweisen sollten bei der konkreten Ausgestaltung berufsbezogener rehabilitativer Angebote berücksichtigt werden.

Literatur

Schaarschmidt, U. (2006). AVEM - ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.). Psychologische Diagnostik - Weichenstellung für den Reha-Verlauf. Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Bonn. S. 59-82.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Rückgang onkologischer Rehabilitationen infolge der SARS-CoV-2-Pandemie: eine Difference-in-Differences-Analyse

David Fauser¹; Pia Zollmann²; Marco Streibelt²; Matthias Bethge¹

¹ Universität zu Lübeck; ² Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Menschen mit chronischen Erkrankungen sind auf niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung angewiesen, um Krankheitsprogression und dauerhafte Teilhabeeinschränkungen zu vermeiden. Die mit der SARS-CoV-2-Pandemie einhergehende Bereitstellung zusätzlicher personeller, räumlicher und finanzieller Ressourcen für die Diagnostik und Behandlung von COVID-19 hat in Deutschland zu Einschränkungen in der Behandlung anderer Gesundheitsprobleme und auch onkologischer Erkrankungen geführt (Fröhling et al., 2020; Scheidt-Nave et al., 2020).

Für die Teilhabechancen von Menschen mit Krebserkrankungen sind dabei neben Einschränkungen der primärärztlichen und akutmedizinischen Versorgung v. a. mögliche Auswirkungen auf die rehabilitative Versorgung und Nachsorge relevant (Fröhling et al., 2020). Zudem sinkt die altersstandardisierte Inanspruchnahmerate onkologischer Rehabilitation seit 2010 insbesondere für Ca-Reha-Leistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI. Unsere Analysen prüften, in welchem Umfang die Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitation zurückgegangen ist, nachdem der Deutsche Bundestag am 27. März 2020 eine epidemische Lage von nationaler Tragweite feststellte.

Methoden

Wir nutzten monatliche Querschnittsdaten zur Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitation (Ca-Reha-Leistung nach § 15 oder § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI) in den Jahren 2019 und 2020.

Diese wurden von der Deutschen Rentenversicherung nach Geschlecht, Bundesland, Antragsverfahren und Monat des Rehabilitationsbeginns zur Verfügung gestellt und umfassten die gemeldeten Rehabilitationen mit Beginn und Ende der Leistung jeweils innerhalb der beiden Jahre. Mit einem Difference-in-Differences-Modell schätzten wir die auf die Pandemie zurückzuführende Reduktion der Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitation (Bethge et al., 2021).

Der Difference-in-Differences-Ansatz nutzt wiederholte Querschnittsdaten, die vor und nach einem Ereignis (z. B. Pandemieausbruch) erhoben werden (Dimick et al., 2014). Der Difference-in-Differences-Schätzer entspricht dem Unterschied zweier Vorher-Nachher-Veränderungen, die in einer exponierten und einer nicht-exponierten Gruppe beobachtet werden. Die Schätzer wurden mit einem Poisson-Regressions-Modell ermittelt. In den Analysen wurde die exponierte Gruppe durch die Monate Januar bis Dezember des Pandemiejahres 2020 und die nicht-exponierte Vergleichsgruppe durch die Monate Januar bis Dezember 2019 repräsentiert. Das jeweils erste Quartal (Januar bis März) wurde als Vorbeobachtungsperiode kategorisiert. Die Monate April bis Dezember waren die Nachbeobachtungsperiode. Als Difference-in-Differences-Schätzer wurde das Incidence Rate Ratio (IRR) berechnet. Der Wert $1 - \text{IRR}$ beschreibt, um welchen Anteil sich die Zahl der onkologischen Rehabilitationen im pandemischen Jahr 2020 in der Nachbeobachtungsperiode pandemiebedingt durchschnittlich verringerte.

Ergebnisse

Von Januar bis Dezember 2020 wurden 115.102 onkologische Rehabilitationen in Anspruch genommen. In 2019 waren es 148.726 onkologische Rehabilitationen. Von den onkologischen Rehabilitationen des Jahres 2020 entfielen 63.422 (55,1 %) auf Leistungen nach § 31, im Jahr 2019 waren es 77.515 (52,1 %). Im Vergleich zum Vorjahr war der bundesweite Rückgang onkologischer Rehabilitationen im April des Pandemiejahres 2020 mit 64,0 % (§ 15) bzw. 62,0 % (§ 31) am stärksten (Abbildung 1).

Die Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitation reduzierte sich pandemiebedingt um 18,8 % (IRR = 0,812; 95 % KI: 0,798 bis 0,826). Der Rückgang war bei Leistungen nach § 31 (IRR = 0,735; 95 % KI: 0,717 bis 0,754) deutlich stärker als bei Leistungen nach § 15 SGB VI (IRR = 0,885; 95 % KI: 0,864 bis 0,906) ausgeprägt. Bei Männern (IRR = 0,806; 95 % KI: 0,785 bis 0,827) und Frauen (IRR = 0,817; 95 % KI: 0,798 bis 0,836) sowie bei allgemeinen Antragsverfahren (IRR = 0,807; 95 % KI: 0,785 bis 0,831) und Anschlussrehabilitationen (IRR = 0,814; 95 % KI: 0,796 bis 0,832) war der Rückgang vergleichbar. In den alten Bundesländern (IRR = 0,797; 95 % KI: 0,781 bis 0,813) war der Rückgang der Inanspruchnahme höher als in den neuen Bundesländern (inkl. Berlin) (IRR = 0,856; 95 % KI: 0,828 bis 0,885).

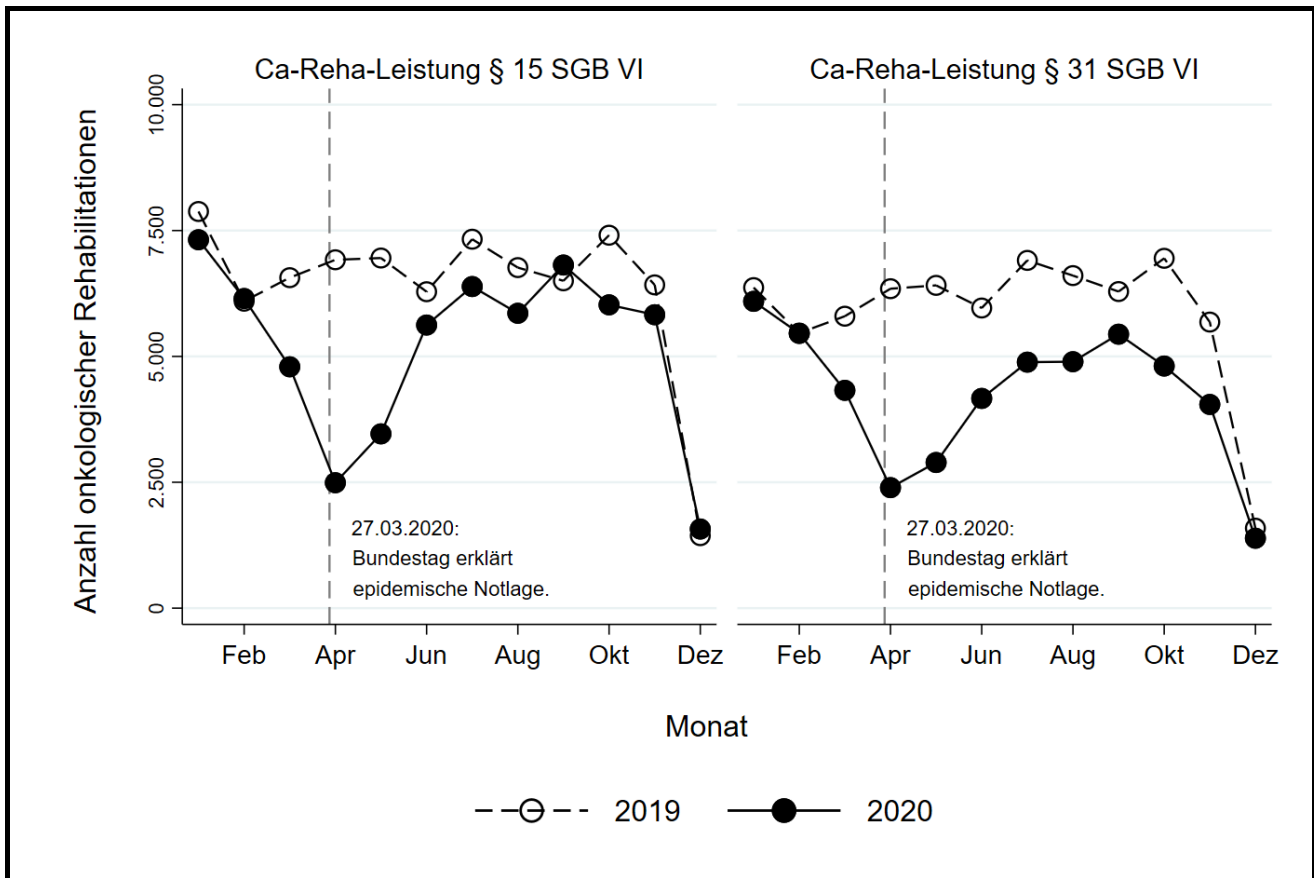


Abb. 1: Onkologische Rehabilitationen in 2019 und 2020.

Diskussion und Fazit

Die Analysen zeigen, dass sich der bereits bei den Rehabilitationsanträgen festgestellte pandemiebedingte Rückgang (14,5 %) (Bethge et al., 2021) auch bei abgeschlossenen onkologischen Rehabilitationen fortsetzte und sogar verstärkte. Der Verzicht auf medizinische Rehabilitationen wird für viele chronisch erkrankte und rehabilitationsbedürftige Personen mit einer Verschärfung von Teilhabebeeinträchtigungen einhergehen. Ein wiederholtes Monitoring von Arbeitsfähigkeit, Gesundheit und Risikowahrnehmung chronisch kranker und rehabilitationsbedürftiger Menschen könnte erforderliche Daten generieren, um zu klären, wie rehabilitationsbedürftige Menschen unterstützt werden können.

Literatur

- Bethge, M., Fauser, D., Zollmann, P., Streibelt, M. (2021). Reduced requests for medical rehabilitation because of the SARS-CoV-2 pandemic: a Difference-in-Differences analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, doi: 10.1016/j.apmr.2021.07.791
- Dimick, J. B., Ryan, A. M. (2014). Methods for evaluating changes in health care policy: the difference-in-differences approach. *Jama*, 312. 2401-2402.
- Fröhling, S., Arndt, V. (2020). Versorgung von Krebspatienten: Corona-Effekt in der Onkologie. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117. 2234-2242.
- Scheidt-Nave, C., Barnes, B., Beyer, A. K., Busch, M. A., Hapke, U., Heidemann, C., Imhoff, M., Mumm, R., Paprott, R., Steppuhn, H., Berenberg-Gossler, P., Kraywinkel, K. (2020). Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland - Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *Journal of Health Monitoring*, 5. 1-28.

Screening zum Rehabilitationsbedarf von PatientInnen in einer Ambulanz für seltene Erkrankungen (EBA) - eine Querschnittstudie

Andrea Bökel; Christoph Gutenbrunner
Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

PatientInnen mit seltenen Erkrankungen haben oft oder sogar meistens eine lange Vorgeschichte bis zur Vorstellung in einer Ambulanz für seltene Erkrankungen und zur Diagnosestellung hinter sich. Darüber hinaus handelt es sich in der Regel um chronische Erkrankungen mit mehr oder weniger starken Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit, woraus sich – in Abhängigkeit von Diagnose und individuellem Grad der Einschränkung – ein Rehabilitationsbedarf ergeben kann. In der Literatur liegen unseres Wissens nach keine systematischen Untersuchungen zum Rehabilitationsbedarf von Patientinnen und Patienten in Ambulanzen für seltene Erkrankungen vor. Unsere Hypothese ist es, dass bei diesem Patientenkollektiv die Partizipation derart eingeschränkt ist, dass ein erhöhter Rehabilitationsbedarf besteht, wobei noch unklar ist, in welchen Lebensbereichen diese besonders ausgeprägt sind. Daher soll bei allen Patientinnen und Patientinnen, die sich in der Ambulanz des Zentrums für seltene Erkrankungen vorstellen, eine Fragebogenerhebung zum Rehabilitationsbedarf durchgeführt werden. Die Befragung der PatientInnen der Ambulanz für seltene Erkrankungen soll dazu dienen, den Bedarf an rehabilitativen Maßnahmen abzuschätzen, um Störungen der Aktivität und Teilhabe entgegen zu wirken.

Methoden

Die Datenerhebung erfolgte als Querschnittstudie zu einem Untersuchungszeitpunkt mittels eines Fragebogens, den die PatientInnen zusammen mit einem Informationsschreiben bei ihrem Termin in der Ambulanz für seltene Erkrankungen von den MitarbeiterInnen erhielten, zu Hause ausfüllten und mit einem frankierten Rückumschlag zurücksendeten. Der Rekrutierungszeitraum der Vollerhebung von Dezember 2020 bis Juni 2021. In dieser Zeit wurden insgesamt 100 Fragebögen ausgegeben, von denen 64 ausgefüllt zurückgesendet wurden.

Eingeschlossen wurden Personen, die im Rekrutierungszeitraum die Ambulanz für seltene Erkrankungen aufsuchten und über folgende Merkmale verfügten:

- PatientIn in der Ambulanz für seltene Erkrankungen
- älter als 18 Jahre
- mit deutschem Sprachverständnis

Das Fragebogeninventar beinhaltet:

- a. Soziodemographische Fragen; b) Rehabilitation Goal Setting (ReGoS)
- b. Pain Disability Index (PDI) (Grönblad et al. 1993)
- c. Short Form-12 (SF-12) (Ware & Sherbourne 1992)
- d. bei PatientInnen im arbeitsfähigen Alter: Work Ability-Index (WAI) (Ilmarinen 2009)
- e. Fragen zur Rehabilitation und bisherigen Behandlungen

Ergebnisse

Die Befragten waren zu zwei Dritteln weiblichen Geschlechts und durchschnittlich 44,8 Jahre alt. 94% der Befragten waren im erwerbsfähigen Alter, von denen wiederum zwei Drittel (67,8 %) aktuell berufstätig waren.

Das Funktionseinschränkungsprofil des ReGoS bildet die Mittelwerte der vier Dimension (Aktivitäten des täglichen Lebens, Mobilität, Psychisches Wohlbefinden und Selbstversorgung) ab. Während die Dimension Selbstversorgung einen geringen Wert aufweist. Liegen die Werte der Dimensionen Mobilität bei 37,9 Punkten. Die Dimension Aktivitäten des täglichen Lebens weist einen mittleren Wert von 53,5 von 100 Punkten und die Dimension Psychisches Wohlbefinden im Mittel 56,1 von 100 Punkten auf, was ein eine deutlich Einschränkung durch die Erkrankung hinweist.

Für den WAI liegen Daten von n = 55 Personen vor. Mehr als 70 % der Befragten schätzte die eigene Arbeitsfähigkeit als kritisch ein. 24 % bewerteten sie als mäßig und jeweils 2 % als gut bzw. sehr gut. Im Vergleich zu einem Patientenkollektiv einer universitären Ambulanz für Physikalische und Rehabilitative Medizin an derselben Hochschule sind die kritischen Werte der PatientInnen der Ambulanz für seltene Erkrankungen deutlich höher (Abb. 1).

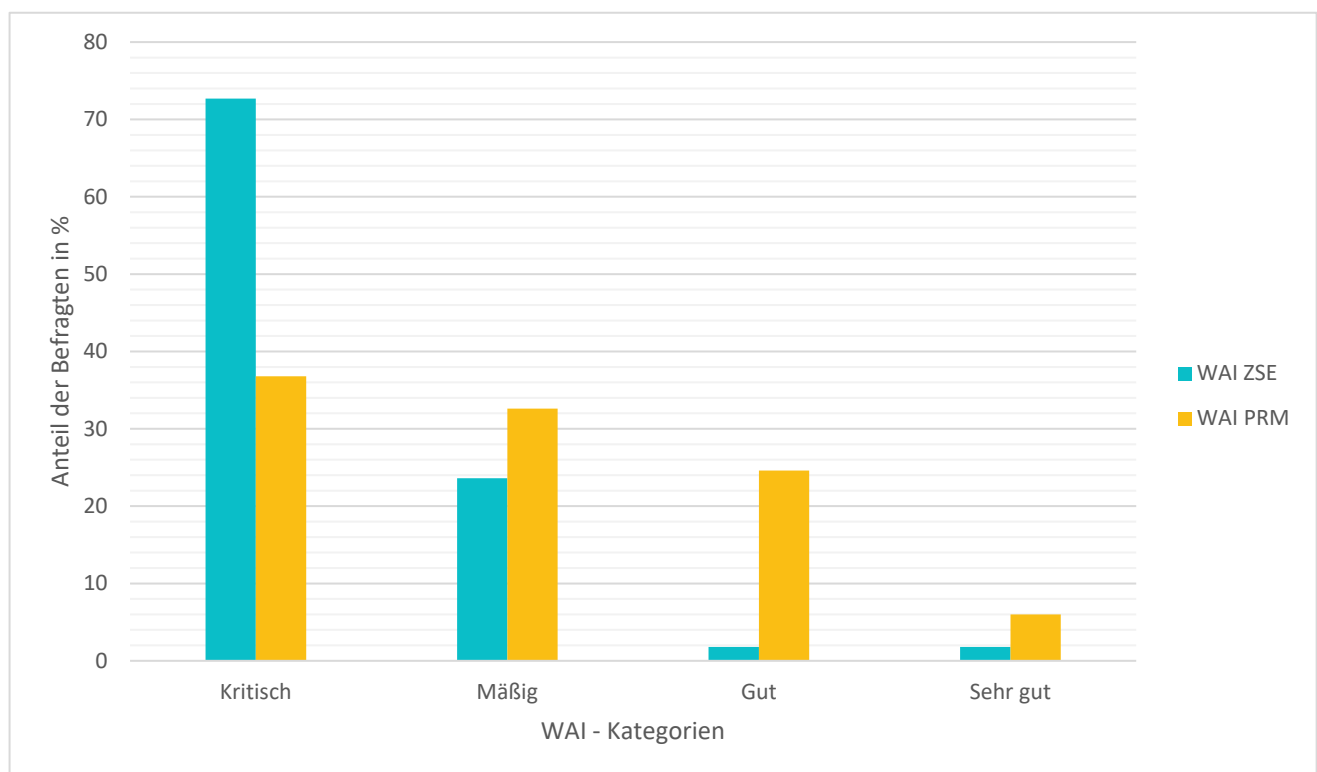


Abb. 1: Arbeitsfähigkeit anhand des Work Ability Index in % im Vergleich zum Patientenkollektiv der PRM-Ambulanz (eigene Darstellung)

Der Mittelwert der PDI-Summe liegt bei 33,2 Punkten (Std.-Abw.=16,35; Min=5; Max=65, n=64) und erreicht damit im Mittel den kritischen Wert ≥ 33 Punkten, ab dem von einer deutlichen schmerzbedingten Beeinträchtigung ausgegangen wird (Dillmann et al. 1994, Soer et al., 2015). Von den Befragten weisen n=30 (44,9 %) PDI-Summen ≥ 33 Punkte und damit eine deutliche schmerzbedingte Beeinträchtigung auf (Abb. 2).

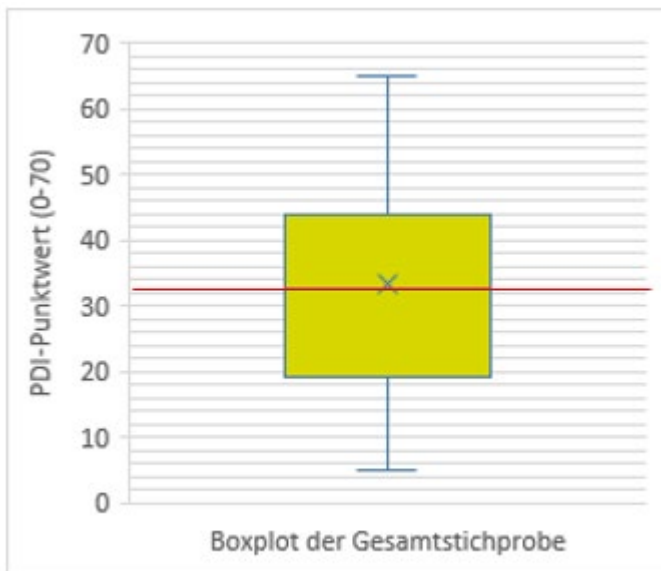


Abb. 2: Boxplot der PDI-Punktwerte; / \neq kritischer Wert von 33 Punkten (eigene Darstellung)

Diskussion und Fazit

Es besteht Rehabilitationsbedarf. Trotz dieses Bedarfs in den Bereichen psychisches Wohlbefinden und Aktivitäten des täglichen Lebens, einer kritischen Arbeitsfähigkeit bei $\frac{3}{4}$ der Teilnehmenden und deutlichen schmerzbedingten Einschränkungen bei fast 50 % der Befragten, hatten bis 16 % eine Reha-Maßnahme beantragt (stationär oder ambulant) und 1/5 hatte noch keinerlei rehabilitative Leistungen erhalten.

Literatur

- Dillmann U, Nilges P, Saile H, Gerbershagen HU. (1994). Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten [Assessing disability in chronic pain patients.]. Schmerz; 8(2):100-10. German.
- Grönblad M, Hupli M, Wennerstrand P, Järvinen E, Lukinmaa A, Kouri JP, Karaharju EO. (1993). Intercorrelation and test-retest reliability of the Pain Disability Index (PDI) and the Oswestry Disability Questionnaire (ODQ) and their correlation with pain intensity in low back pain patients. Clin J Pain., 9(3): 189-95.
- Ilmarinen J. (2009). Work ability - a comprehensive concept for occupational health research and prevention. Scand J Work Environ Health. Jan;35(1):1-5.
- Soer R, Köke AJ, Speijer BL, Vroomen PC, Smeets RJ, Coppes MH, Reneman MF, Gross DP (2015). Groningen Spine Study Group. Reference Values of the Pain Disability Index in Patients With Painful Musculoskeletal and Spinal Disorders: A Cross-national Study. Spine (Phila Pa 1976). May 1;40(9):E545-51.
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 30(6):473-83.

Spezifische Wirksamkeit der wertebasierten Verhaltensaktivierung und der kognitiven Verhaltenstherapie auf kognitive und somatisch-affektive Depressionssymptome

Maximilian Mengerling¹; Ursula Melicherova¹; Birgit Wagner²; Volker Köllner³

¹ Charité - Universitätsmedizin Berlin; ² MSB Medical School Berlin;

³ Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund und Universitätsmedizin Charité, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation

Hintergrund und Zielstellung

Für die Behandlung von depressiven Erkrankungen stehen eine Vielfalt von empirisch gut untersuchten psychotherapeutischen Interventionen zur Verfügung, die sich in ihrer Wirksamkeit im Durchschnitt aber nicht wesentlich zu unterscheiden scheinen. Aufgrund dessen schlagen diverse Autoren vor (z.B. Fried & Nesse, 2015), nicht nur den Summenscore als Outcome-Maß des Therapieerfolgs zu verwenden, sondern gezielt einzelne Symptomgruppen zu analysieren, die Informationen bezüglich zugrundeliegender Wirkfaktoren liefern und effektivere Behandlungen ermöglichen könnten. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die kognitive Verhaltenstherapie (TAU) und die wertebasierte Verhaltensaktivierung (VA) hinsichtlich der Reduktion von kognitiven bzw. somatisch-affektiven Depressionssymptomen zu untersuchen.

Methoden

Im Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation wurden 321 Patient*innen (m = 82; w = 239; \bar{X} Alter = 52,15) entweder in das TAU oder in die VA quasi-randomisiert und die Depressionsschwere (BDI-II; Hautzinger et al., 2009) von T0 zu T1 ermittelt. Für BDI-II-Items, die nach Huang & Chen (2015) kognitive bzw. somatisch-affektive Depressionssymptome umfassen wurden Summenscores gebildet und auf Gruppenunterschiede geprüft.

Ergebnisse

Sowohl das TAU als auch die VA reduzieren kognitive (Cohens $f = 1,219$) und somatisch-affektive Depressionssymptome (Cohens $f = 1,405$) signifikant. Beide Treatments unterscheiden sich allerdings nicht signifikant in der Reduktion von kognitiven ($p = .147$) bzw. somatisch-affektiven ($p = .624$) Depressionssymptomen

Diskussion und Fazit

Obwohl das TAU kognitive Techniken enthält, die in der VA fehlen und gezielt an kognitiven Depressionssymptomen ansetzen werden kognitive Depressionssymptome ebenso effektiv durch die VA reduziert, die diese nur indirekt über Verhaltensänderung mitbehandelt. Dies wirft die Frage nach den spezifischen psychotherapeutischen Wirkmechanismen beider Interventionen auf. Zudem scheinen beide übergeordneten Symptomgruppen enger miteinander verflochten zu sein als von Huang & Chen (2015) angenommen.

Literatur

Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2015). Depression sum-scores don't add up: why analyzing specific depression symptoms is essential. *BMC medicine*, 13(1), 1- 11. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0325-4>

Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2009). Beck Depressions-Inventar (BDI-II). PsychCorp.

Hoyer, J., & Vogel, D. (2018). Verhaltensaktivierung: Techniken der Verhaltenstherapie. Beltz.

Huang, C., & Chen, J.-H. (2015). Meta-analysis of the factor structures of the Beck Depression Inventory-II. *Assessment*, 22(4), 459-472. <https://doi.org/10.1177/1073191114548873>

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Stressverarbeitungscluster bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation

Michael Linden; Josephine Otto

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Die Folgen von Belastungen sind weniger vom Stressor selbst, als vielmehr den Stressverarbeitungsstrategien der Betroffenen abhängig. Zwei grundsätzliche Copingansätze sind einerseits ein emotionales, auf die eigene Befindlichkeit ausgerichtetes Coping und andererseits ein problemorientiertes Coping. Menschen besitzen beide Kompetenzen, allerdings in unterschiedlicher Ausprägung im Sinne eines situativ überdauernden Persönlichkeitsmusters. Das hat Implikationen für die Therapieplanung bei Stressverarbeitungsdefiziten.

Ziel der vorliegenden Studie war die Untersuchung der Verteilung von Persönlichkeitsmustern der Stressverarbeitung in der Psychosomatischen Rehabilitation und die Untersuchung von relevanten Zusammenhängen.

Methoden

Im Rahmen einer Vollerhebung zum Aufnahmezeitpunkt haben 607 unausgelesene Patienten einer psychosomatischen Rehaklinik den „ReRe-Fragebogen (Otto & Linden 2017)“ ausgefüllt, der emotionales und problemorientiertes Coping erfasst. Es wurde eine Clusteranalyse zur Identifikation der Patiententypen durchgeführt.

Ergebnisse

Es wurden 5 Cluster identifiziert. Am häufigsten findet sich eine durchschnittliche Ausprägung beider Stressbewältigungsmuster, gefolgt von einer erhöhten Ausprägung beider Kompetenzen. Patienten mit einem hohen Score in beiden Skalen und jene mit einer hohen Regenerationsorientierung weisen die geringste Symptombelastung auf.

Diskussion und Fazit

Die gefundenen Cluster erlauben eine sinnvolle Gruppierung der Patienten. Ein hohes Maß an Regenerationsorientierung ist „von Vorteil“ im Sinne einer geringeren Symptombelastung. Eine Strategie hin zu „Verausgaben“ und „Durchhalten“ geht mit einer stärkeren subjektiven Belastung einher.

Literatur

Otto, J., Linden, M. (2017). Erfassung der Stressverarbeitungsstrategien Regenerations- und Resistenzorientierung. Eine Studie an psychosomatischen Patienten. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 65 (4), 231–239.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Subjektive Lebensqualität von Menschen mit schweren mehrfachen körperlichen oder geistigen Behinderungen

Christine Thienel; Cornelia Weiß; Jana Stucke; Martina Fier; Thorsten Meyer

Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Das Konzept Lebensqualität hat sich in der gesundheitsbezogenen Versorgungsforschung mittlerweile etabliert. Eine wichtige Funktion besteht darin, die subjektive Perspektive von Patient*innen systematisch in Forschung und Praxis zu integrieren. Bislang wissen wir wenig über die subjektive Lebensqualität von Menschen mit schweren mehrfachen körperlichen oder geistigen Behinderungen. Im Projekt MeZEB, welches untersucht, inwiefern sich die ambulante medizinische Regelversorgung nach Aufnahme in ein Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZE) verändert, wurde auch die subjektive Lebensqualität der Befragten erhoben. Es stellte sich die Frage, inwieweit die eingesetzte Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Diener et al, 1985) ein geeignetes Instrument zur Erfassung der Lebensqualität in dieser Zielgruppe darstellt.

Methoden

Insgesamt nahmen 107 Personen an der Fragebogenerhebung teil. Die SWLS-Summenwerte wurden für alle Personen berechnet, bei denen maximal eines der fünf Items fehlte (Ersetzung durch Mittelwert der übrigen 4 Items). Zur Erleichterung für die Befragten wurde für die Fragebogenitems möglichst ein einheitliches Antwortformat verwendet, daher wurde das ursprüngliche 7-stufige Antwortformat auf ein 5-stufiges reduziert. Der Auswertungsalgorithmus wurde so angepasst, dass die Summenwerte der ursprünglichen 7er-Antwortskala entsprachen, um die Vergleichbarkeit mit den vorhandenen Normwerten (Glaesmer et al., 2011) zu ermöglichen. Der allgemeine Gesundheitszustand und das Schmerzerleben wurde mit Items des „Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ GEDA 2014/2015-EHIS“ erfasst (RKI, 2017), Einschränkungen sozialer Teilhabe mithilfe des IMET (Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe, Deck et al., 2008). Die Form der Erhebung war variabel: die Teilnehmenden (TN) konnten den Bogen alleine (n=17, 16%), mit Unterstützung durch das Forschungsteam (n=43, 41%), durch An- bzw. Zugehörige (n=32, 31%) bzw. unterstützt durch mehrere Personen (n=13, 12%) ausfüllen.

Ergebnisse

Von den 107 Befragten haben $n=77$ (72%) den Fragebogen vollständig, $n=11$ (10%) mit einem fehlendem Wert, $n=15$ (14%) mit 2-4 fehlenden Werten und $n=4$ (4%) den SWLS gar nicht ausgefüllt. Das Item mit den meisten fehlenden Werten ($n=23$, 22%) war Item 5 („Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.“). Cronbachs Alpha liegt bei $\alpha=0,79$ (Normstichprobe Bevölkerung $\alpha=0,92$, Glaesmer et al., 2011).

Mehr als die Hälfte der TN nehmen ihr subjektives Wohlbefinden als reduziert wahr (65%, $n=57$), bei Frauen mit 68% ($n=28$) etwas häufiger als bei Männern ($n=19$, 62%). Der Summenwert der SWLS beträgt $M=18,87$ ($SD=7,267$) (Normstichprobe Bevölkerung $M=24,88$, $SD=6,26$, ebd.).

Die subjektive Lebensqualität weist signifikante negative Korrelationen mit dem allgemeinen Gesundheitszustand ($r= -0,387$) und den Einschränkungen der sozialen Teilhabe ($r= -0,220$) auf. Ebenso zeigt sich ein signifikanter negativer Zusammenhang mit der Alltagsbehinderung durch Schmerzen ($r= -0,283$), der Zusammenhang mit der Schmerzstärke ($r= -0,192$) ist statistisch nicht signifikant ($p>0.05$).

Diskussion und Fazit

Die SWLS hat sich mit dem modifizierten Antwortformat für die Mehrzahl der Befragten als geeignetes Instrument erwiesen. Die Item-Homogenität ist zufriedenstellend, allerdings substanziiell geringer als in der Bevölkerung. Das Item 5 scheint eine besondere Rolle zu spielen: es weist die höchsten fehlenden Werte auf und trägt auch bei denen, die es ausgefüllt haben, zu einem reduzierten Cronbachs Alpha bei. Gerade die Beantwortung dieses Items hat bei einzelnen Befragten zu deutlichen emotionalen Reaktionen geführt, die zur Folge hatten, dass nach einer Reflektion im Projektteam die SWLS zum 2. Messzeitpunkt nicht mehr zum Einsatz gekommen ist.

Zugleich sprechen die Ergebnisse durchaus für die Validität der SWLS. Sie verweisen auf eine substanziiell geringe subjektive Lebensqualität im Vergleich zur Bevölkerung, in der Größenordnung von ca. einer Standardabweichungseinheit (ähnlich bei Barner et al., 2021). Das subjektive Wohlbefinden ist bei über 60% der TN eingeschränkt, insbesondere bei TN, die Schmerzen haben, chronisch erkrankt sind, die Beeinträchtigungen im Alltag erleben und ihren eigenen Gesundheitszustand nicht als gut bewerten. Auch wenn sich die SWLS aufgrund ihrer Kürze zur Erhebung der subjektiven Lebensqualität in dieser Personengruppe anbietet, sprechen der problematische Umgang und psychometrischen Eigenschaften mit dem Item 5 eher gegen die Anwendung in der vorliegenden Version.

Literatur

- Barner et al. (2021). Linking scores on the 4- and 5-item versions of the Satisfaction with Life Scale in people with traumatic brain, spinal cord, or burn injury: a National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research Model System study. *JPRO* 5,59.
- Deck et al. (2008). Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET). In: J. Bengel et al. Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation: 372-374.
- Diener et al. (1985). The satisfaction with life scale. *J Pers Assess*, 49(1): 71-75.

Glaesmer et al. (2011). The German Version of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) Psychometric Properties, Validity, and Population-Based Norms. *Eur J Psychol Assess* 2011; 27(2): 127–132.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2017). Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“: GEDA 2014/2015EHIS. *JoHM* 2(1): 105–135.

Förderung: GBA-Innovationsfond

Veränderung der Reha-Population in einer Reha-Klinik für seelische Gesundheit in den Jahren 2015 bis 2020

Ines Hölbling¹; Elisabeth Stefanek²; Markus Schwab²; Georg Spiel³

¹ Reha Klinik für seelische Gesundheit Klagenfurt; ² Pro Mente Forschung;

³ Pro mente: kinder jugend familie

Hintergrund und Zielstellung

Veränderungen von strukturellen Rahmenbedingungen sowie soziodemografischen Veränderungen in der Bevölkerung führen auch zu einer Veränderung der Reha-Population in Bezug auf deren soziodemografischen Merkmale als auch hinsichtlich gesundheitsbezogener Variablen. Da eine veränderte Reha-Population eventuell andere therapeutischer Maßnahmen benötigt ist eine Überprüfung der Veränderung von hoher Relevanz sowohl was die Anwendung therapeutischer Interventionen als auch die Evaluation dieser Interventionen betrifft. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, (1) die Reha-Population auf soziodemografische Veränderungen sowie (2) hinsichtlich Veränderungen von Diagnosen, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Symptomausprägung in den Jahren 2015 bis 2020 zu untersuchen.

Methoden

Die Gesamtstichprobe umfasst insgesamt $N = 4168$ Personen (62% weiblich). Das durchschnittliche Alter betrug 46,50 (SD = 10,41) Jahre wobei die Altersgruppe der 41 bis 60 jährigen zwei Drittel des Klientels ausmachen. Weitere soziodemografischen Daten wurden zu Ausbildung, Berufsstatus sowie Familienstand bei Aufnahme erhoben. Die Diagnosen wurden bei der Entlassung erhoben. Gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mit dem WHO DAS 2.0 (Üstün et al., 2010) und Symptombelastung mit der »Mini-Symptom-Checklist« (Mini-SCL) (Franke, 2017) zu drei Messzeitpunkten »t-1« (6 Monate vor Reha-Beginn), »t0« (Aufnahme) und »t1« (Entlassung) erhoben. Die Fragestellungen wurden mittels deskriptiver und inferenzstatistischer (chi-quadrat Tests, MANOVAs) Methoden untersucht.

Ergebnisse

Bezogen auf die erste Forschungsfragen zeigten sich signifikante Unterschiede hinsichtlich soziodemografischer Merkmale zwischen den Jahren. Der Anteil an männlichen Klienten stieg von 32% im Jahr 2015 auf fast 40% ab dem Jahr 2017. Im Hinblick auf Alter zeigte sich, dass die Altersgruppe der 51 bis 60 jährigen ab 2018 signifikant zunahm. Eine starke Veränderung gab es hinsichtlich der abgeschlossenen Ausbildung. Während in den Jahren 2015 bis 2017

ca. 50% der Klient*innen einen Lehrabschluss hatten, waren es ab 2018 nur mehr 38%. Die Anzahl der Klient*innen mit dem Familienstatus ledig erhöhte sich von 29% im Jahr 2015 auf 37% im Jahr 2020. Bei den Diagnosen zeigte sich eine Zunahme von F3 Diagnosen (affektive Störungen) von 50% in den Jahren 2015 und 2016 auf mehr als 60% in den folgenden Jahren. Umgekehrt verringerten sich die F4 Diagnosen (Belastungs- und somatoformen Störungen) von 2015 bis 2020 um fast 15%. Die Mehrfachdiagnosen nahmen von 46% in den Jahren 2015 und 2016 auf 57% bis 60% in den Jahren 2017 bis 2020 zu.

Bezogen auf die zweite Forschungsfrage zeigten sich beim WHODAS 2.0 beim t0 und beim t1 signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Turnusjahren. Zum Zeitpunkt t0 gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Turnusjahren. (Abb. 1)

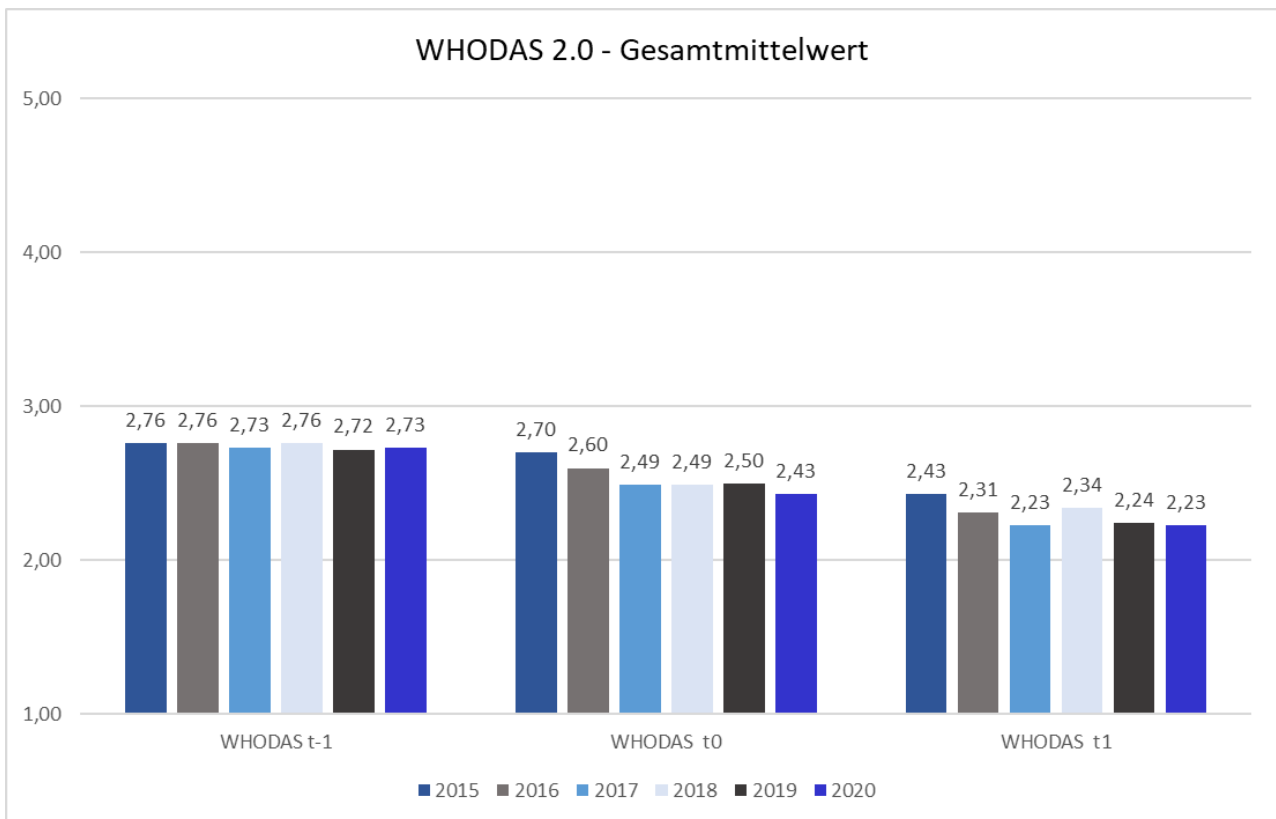


Abb. 1: WHODAS 2.0 - Gesamtmittelwert

Bei der Mini-SCL gab es zu allen drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Turnusjahren beim globalen Kennwert (GSI). Vor allem zu t0 und t1 sinkt die Symptombelastung kontinuierlich von 2015 bis 2020. (Abb. 2)

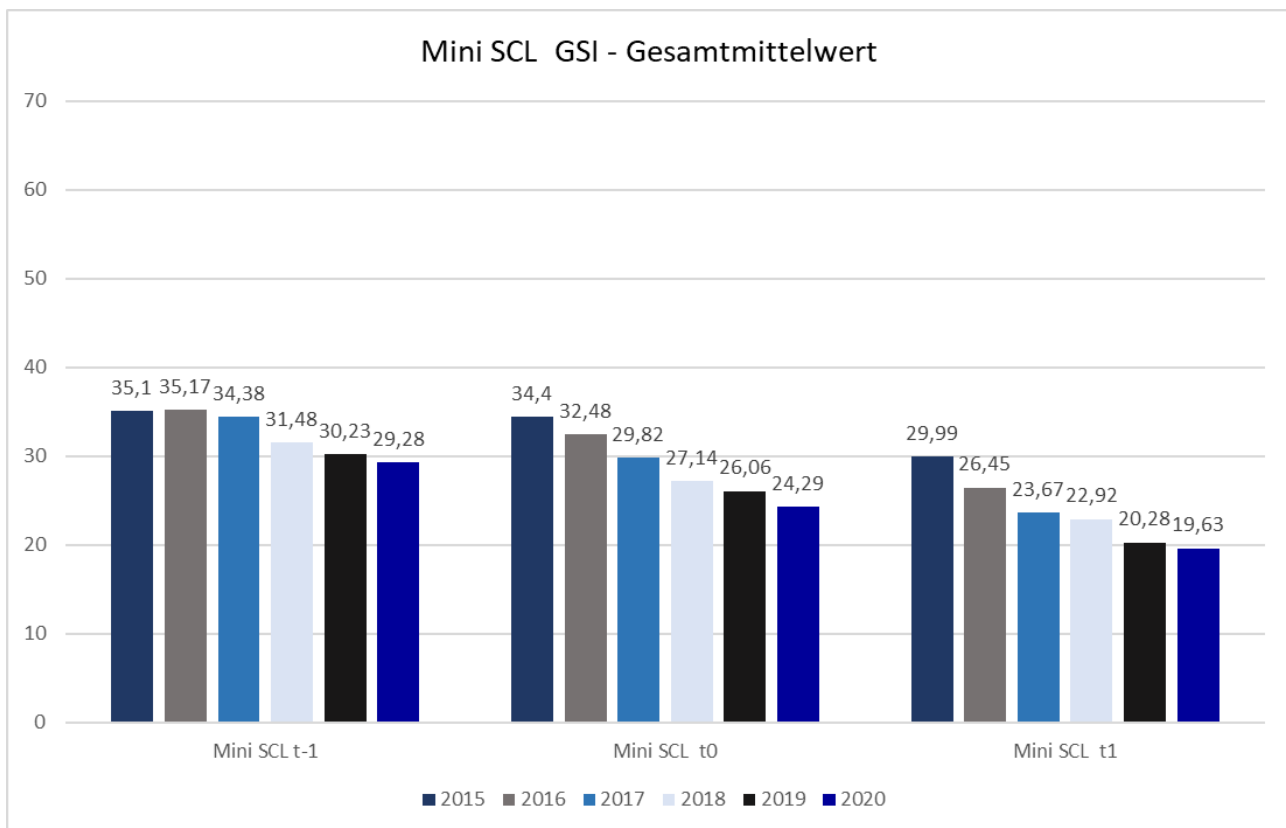


Abb. 2: Mini SCL GSI - Gesamtmittelwert

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen in allen untersuchten Variablen eine Veränderung der Klient*innen in der Reha-Klinik für seelische Gesundheit zwischen 2015 bis 2020. In fast allen soziodemografischen Variablen zeigten sich Veränderungen in der Reha Population über die Jahre, auch wenn die Unterschiede teilweise nur gering sind.

Eine gravierende Veränderung zeigte sich bei den Diagnosen sowohl hinsichtlich der Veränderung der Hauptdiagnosen als auch im Hinblick auf die Mehrfachdiagnosen. Beim veränderten Verhältnis der Diagnosen aus dem Bereich der affektiven Störungen (F3) und jener der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) sollte in Betracht gezogen werden, dass die Diagnose »Burnout« einer F3 oder F4 Diagnose nachgestellt werden muss, da es bis zum jetzigen Zeitpunkt noch keine eigene F-Diagnose dafür gibt. Mit der Einführung der ICD-11 soll Burnout als eigene psychiatrische Diagnose klassifizierbar werden und daher könnte sich an dieser Veränderung im Verhältnis eventuell wieder etwas ändern

Während die gesundheitsbezogene Lebensqualität nur geringfügig signifikante Unterschiede über die Jahre hinweg aufwies, gab es in Bezug auf die Symptombelastung starke signifikante Veränderungen. Eine Hypothese wäre, dass der WHODAS 2.0 möglicherweise nicht so sensitiv ist, wie die Mini-SCL ist. Die sinkende Symptombelastung steht in Widerspruch zum Ergebnis der Mehrfachdiagnosen sowie zur Einschätzung der Therapeut*innen der Reha-Klinik, welche die Klient*innen als stärker belastet darstellen. Mögliche (populations-, organisationsbezogene sowie methodische) Ursachen für die Veränderung sollen in weiterer Folge untersucht werden. Weitere Ergebnisse so wie Implikationen für die Praxis der Reha-Klinik werden diskutiert.

Literatur

- Üstün, 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. *Bulletin of the World Health Organization*, 88. 815-823.
- Franke, G. H. (2017). *Mini-Symptom-Checklist*. Göttingen: Hogrefe.

Was wiegt schwerer? Die eigene Erkrankung, berufliche Belastungen oder private Konfliktthemen? Auslöseereignisse der ICD-11 Anpassungsstörungssymptomatik bei psychokardiologischen Patienten.

Alexa Kupferschmitt; Eike Langheim; Volker Köllner

Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die ICD-11 Anpassungsstörung (AD) beschreibt mit den Kernkriterien Präokkupation und Fehlanpassung psychische Schwierigkeiten nach einschneidenden Lebensereignissen, wie Krankheit, berufsbezogene Belastungen oder private Konflikte und fällt so in die Kategorie der Stress-Folge-Störungen (World Health Organization, 2018).

Methoden

Von N = 331 psychokardiologischen Patienten (PK) wurden n = 266 (80.04%) mit klinisch relevantem ADN-20 Wert (Bachem et al., 2017; Einsle et al., 2010) weiter auf Symptom auslösende Ereignisse untersucht und die AD-Symptomatik (Präokkupation, Fehlanpassung, Vermeidung, depressive Stimmung, Angst, Störung der Impulskontrolle) betrachtet. Mittelwertsunterschiede (ANOVA's) wurden berechnet.

Ergebnisse

Neben der eigenen kardiologischen Erkrankung (46.5%) wurden berufsbezogene Themen wie Arbeitsplatzkonflikte (45.9%), Termin-/Zeitdruck (57.7%) und Arbeitslast (46.02%) als sehr belastend eingestuft; Familienkonflikten wurden zu 37.5% als sehr belastend erlebt, berufliche/private COVID-19 Folgen jeweils zu 9.7%. Obgleich kardiologisch schwer erkrankt, galten in 35,6% berufsbezogene Themen als schlimmstes Ereignis (16.3% Arbeitsplatzkonflikte, 2.4% Arbeitslosigkeit, 6.6% Arbeitslast, 7.9% Termin-/Zeitdruck, 1.2% finanzielle Probleme). Die eigene kardiologische Erkrankung wurde in 23.9% als das schlimmste Ereignis angegeben. Abhängig vom Auslöseereignis zeigten sich Unterschiede in der AD-Symptomatik. Patienten, die ihre kardiologische Erkrankung (K-AD) oder berufliche Konfliktthemen (B-AD) als am schlimmsten empfanden, waren vergleichbar belastet und signifikant belasteter als Patienten mit vornehmlich privaten Konfliktthemen (P-AD). K-AD waren im Vergleich zu P-AD auf allen Symptomebenen bis auf Vermeidung stärker belastet. K-AD waren in Präokkupation, depressive Stimmung, und Angst belasteter als B-AD. B-AD vermieden signifikant stärker und waren ängstlicher als P-AD.

Diskussion und Fazit

Berufsbezogene Belastungen sind auch bei Vorliegen einer schweren kardialen Erkrankung eine wesentliche Ursache einer AD-Symptomatik.

Literatur

- Bachem, R., Perkonig, A., Stein, D. J., & Maercker, A. (2017). Measuring the ICD-11 adjustment disorder concept: Validity and sensitivity to change of the Adjustment Disorder – New Module questionnaire in a clinical intervention study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 26(4), e1545. <https://doi.org/10.1002/mpr.1545>
- Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S., & Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health & Medicine*, 15(5), 584–595. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.487107>
- World Health Organization (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Wie wird die verhaltensmedizinisch-orientierte Rehabilitation (VOR) während der COVID-19-Pandemie von den Rehabilitanden erlebt?

*Karin Meng¹; Gabriele Sohr²; Martin Holme²; Claudia Isele, Christof Neukirch³;
Dieter Benninghoven⁴; Verena Heß¹*

¹ Julius-Maximilians-Universität Würzburg; ² Reha-Zentrum Bad Pyrmont, Klinik Weser;
³ Argentalklinik; ⁴ Mühlenbergklinik - Holsteinische Schweiz

Hintergrund und Zielstellung

Durch die Coronavirus-Pandemie und die damit einhergehenden behördlichen Schutzmaßnahmen waren eine Reihe von Anpassungen in der Rehabilitation erforderlich. Beispielsweise mussten die Gruppengrößen aufgrund der Abstandsregeln verkleinert werden, teilweise war das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung erforderlich und Kontakte sollten möglichst reduziert werden. Inwiefern der konzeptuelle Ansatz der VOR mit einer Durchführung als „Kerngruppe“ und intensiver psychologischer Therapie dadurch beeinträchtigt wird und wie sich diese Anpassungen auf das Befinden der Rehabilitanden und deren Rehabilitationserfolg auswirkt, war nicht absehbar. Bisher gibt es nur wenige systematische Untersuchungen dazu, wie Patienten eine stationäre Rehabilitation unter Pandemiebedingungen wahrnehmen (z.B. Brenner et al., 2021). Daher wurde die folgende Fragestellung in der orthopädischen VOR explorativ untersucht:

- Wie wird die an die Coronavirus-Pandemie angepasste VOR von Rehabilitanden wahrgenommen?
- Welche Förderfaktoren und Barrieren werden in der Gestaltung der angepassten VOR erlebt?

Methoden

Zur Exploration der Wahrnehmungen der Rehabilitanden wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Es wurden teilstrukturierte, leitfadengestützte Interviews mit 15 Rehabilitanden in der orthopädischen VOR in drei Rehabilitationskliniken geführt. Diese fanden im Zeitraum November bis Dezember 2020, d.h. in einer Zeit von steigenden Corona-Inzidenzen und Schutzmaßnahmen, statt. Der Leitfaden beinhaltete u.a. folgende Leitfragen: Welche Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie erleben Sie während Ihrer Rehabilitationsbehandlung? Wie nehmen Sie die psychologische Gruppe bzw. deren Gestaltung wahr? Wie nehmen Sie die Gespräche mit dem behandelnden Arzt bzw. Psychologen wahr? Welche Auswirkungen hat die Pandemie auf die physio-/bewegungstherapeutische Behandlung? Was sind mögliche positive Konsequenzen der Anpassungen? Welche negativen Folgen haben die Änderungen?

Die Einzelinterviews wurden mittels einer Videoplattform durchgeführt (Dauer: 16-30 Minuten). Die Gespräche wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Die Transkripte wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) mit ATLAS.ti ausgewertet.

Die 15 Rehabilitanden waren überwiegend weiblich. Das Durchschnittsalter war 52,5 Jahre (SD=6,5; Range: 38-62). 8 waren verheiratet/in eheähnlicher Gemeinschaft, 5 geschieden/getrennt lebend und 2 ledig. Das Bildungsniveau war eher hoch: 7 Realschule/Mittlere Reife, 8 (Fach-)Hochschulreife. Bei 8 Personen bestand der chronische Schmerz seit mehr als 5 Jahren.

Ergebnisse

Es wurde ein Kategoriensystem mit drei Ebenen gebildet. Die Oberkategorien wurden deduktiv nach den Fragestellungen festgelegt, die im Textmaterial vorgenommenen Kodierungen in Kategorien und Hauptkategorien zusammengefasst. Die wesentlichsten Hauptkategorien werden dargestellt.

Folgende Auswirkungen auf die Rehabilitation wurden thematisiert: Umsetzung der AHA-Regeln im Setting (z.B. Abstand halten und mehr Distanz, Rahmenbedingungen beim Essen); Maske erschwert Reha-Alltag (u.a. Maske tragen ist anstrengend/störend, Maske verdeckt Gesicht/verändert Wahrnehmung/erschwert Kommunikation); Lüften bedingt Ablenkung und Kälte; Hygienemaßnahmen beeinträchtigen Hautbild; Alleinsein und Einsamkeit; weniger Kontakt und Kommunikation (z.B. Kommunikation/Stimmung beim Essen verändert, Kontakt begrenzt auf Gruppe); erschwerte privater Austausch (u.a. Kontakt zu Angehörigen erschwert); Therapieangebot und Freizeitaktivitäten eingeschränkt; Belastung durch veränderten Reha-Zugang (z.B. Beginn verzögert/verschoben, Sorgen vor Beginn); Stattfinden und Umsetzung der Reha positiv (z.B. Corona-Maßnahmen gut umgesetzt, unerhebliche Einschränkung bei Therapien, Reha als wertvolles Angebot während Pandemie).

Als Auswirkungen auf die psychologische Gruppe wurde genannt: distanziertere Kommunikation (z.B. nonverbale Kommunikation entfällt, Gespräche weniger persönlich/offen); angepasste Durchführung (z.B. mehr theoretische Vermittlung, Distanziertheit von Therapeuten); gute Gruppenkohäsion.

Es wurden nur wenige Auswirkungen auf Arztgespräche wahrgenommen. Hinsichtlich der psychologischen Einzelgespräche waren differenziertere Erfahrungen ersichtlich: Therapeutisches Gespräch und Beziehungsaufbau erschwert (z.B. fehlende Mimik hinderlich, Maske ermöglicht Emotionen zu verbergen, Beziehungsaufbau verändert); Thematisieren von Pandemie-Belastungen; Gespräche ohne wesentliche Beeinträchtigung.

Hinsichtlich der Bewegungstherapie wurde angesprochen: Angebot geringer; Maske und Lüften negativ beim Sport (z.B. Maske erschwert Atmung, Lüften bei Sport/Schwitzen unangenehm); Kontakt mit Therapeuten erschwert (z.B. ausschließliche verbale Anweisungen verunsichern, wahrgenommene Ängste vor Körperkontakt); Ambivalenz bei Körperkontakt (z.B. Nähe/Körperkontakt unangenehm, aber Vertrauen auf Schutzmaßnahmen, Wasseraktivität ohne Maske angenehm); Therapien ohne Beeinträchtigung.

Die genannten positiven und negativen Konsequenzen greifen bereits angesprochene Themen auf.

Diskussion und Fazit

Die explorative Studie zeigt, dass Rehabilitanden eine Vielzahl von Veränderungen im Zusammenhang mit den pandemiebedingten Schutz- und Hygienemaßnahmen in der Rehabilitation erleben. Vor allem die Maske wird als hinderlich in mehreren Bereichen (Kommunikation, Beziehungsaufbau, körperliche Aktivität) und die Abstandsregeln als hinderlich für sozialen Austausch und Unterstützung wahrgenommen. Bei vielen Aspekten zeigen sich sowohl förderliche als auch hinderliche Anteile. Die AHA-Maßnahmen werden teilweise als störend empfunden, positiv wird aber der professionelle Umgang wahrgenommen. Das Reha-Angebot ist eingeschränkt, aber die Patienten wertschätzen die Therapiemöglichkeiten im geschützten Setting. Die Kontaktbeschränkungen können Einsamkeit und Traurigkeit bedingen, jedoch bei passender Konstellation zu starkem Gruppenzusammenhalt führen und zur Selbstfürsorge genutzt werden. Im Umgang ist eine Individualität ersichtlich, die auch im Alltag bestehen könnte. Corona-bezogene Anpassungsprozesse und -probleme in der Rehabilitation zu berücksichtigen erscheint sinnvoll. In einem weiteren Studienteil werden die Rehabilitationsverläufe und der Einfluss Corona-bezogener psychischer Belastungen quantitativ untersucht.

Literatur

- Brenner, L., Melicherova, U., Hoyer, J., Füst-Molnar, D., Köllner, V. (2021). Wie erleben Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation die COVID-19-Pandemie? DRV-Schriften, 123. 293-294.
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Wohlbefinden von Studierenden während der COVID-19-Pandemie – Die Rolle von Persönlichkeit und körperlicher Aktivität

Jens Knispel; Annika Franken; Viktoria Arling

RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Die COVID-19-Pandemie und damit einhergehende Restriktionen (z.B. Kontaktbeschränkungen, Online- statt Präsenzlehre) haben gravierende Auswirkungen auf den Studierendenalltag. Bereits vor der Pandemie berichteten 55% einer studentischen Stichprobe ein auffällig niedriges Wohlbefinden (Lutz-Kopp et al., 2019). Ein niedriges Wohlbefinden wiederum kann sowohl die Gesundheit als auch universitäre Leistungen negativ beeinträchtigen (z.B. Ziegler, 2019). Zur Identifikation von bedarfsgerechten und nachhaltigen Präventionsmaßnahmen gilt es in diesem Kontext, einflussnehmende Schutz- bzw. Risikofaktoren auf das Wohlbefinden von Studierenden zu untersuchen.

Mit der vorliegenden Studie wurde die Frage aufgegriffen, wie es um das Wohlbefinden von Studierenden während des Lockdowns bestellt war. Erfasst wurde in diesem Zusammenhang, ob und welche Persönlichkeitseigenschaften das Wohlbefinden der Studierenden beeinflussen. Von Relevanz waren hier die Big Five (Offenheit für neue Erfahrungen, Extraversion, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit und Neurotizismus, vgl. z.B. Anglim et al., 2020). Zusätzlich wurde die Auswirkung eines veränderten Sportverhaltens vor bzw. während der Corona-Pandemie auf das Wohlbefinden untersucht.

Methoden

Die Studie wurde als Online-Studie im Rahmen des zweiten Lockdowns durchgeführt. Die Akquise erfolgte über soziale Netzwerke (z.B. in Studierendengruppen). Grundlage der Auswertung waren 585 Studierende vielfältiger Fachrichtungen (Alter: AM = 23.91 Jahre, SD = 4.01 Jahre, Spanne: 17-59 Jahre; 26.7% männliche, 72.6% weibliche und 0.7% diverse Befragte). 55.7% der Befragten studierten aktuell in einem Bachelorstudiengang, 41.9% einen Masterstudiengang und 2.1% promovierten derzeit (keine Angabe: 0.3%).

Die Erfassung des Wohlbefindens erfolgte anhand der deutschen Version des Wohlbefindens-Index der WHO (WHO-5, Brähler et al., 2007), Werte von < 19 gelten als problematisch einzuschätzenden Wohlbefindens-Niveaus. Um die Veränderung der sportlichen Betätigung beschreibbar zu machen, gaben die Studierenden an, wie aktiv sie vergleichsweise vor bzw. während Corona waren. Zur Erhebung der Persönlichkeitsfacetten fand die Kurzskala Big Five Inventory-SOEP (BFI-S; Schupp & Gerlitz, 2008) Anwendung.

Ergebnisse

Bei 60.5% der Studierenden lag gemäß des Cut-Offs ein beeinträchtigtes Wohlbefinden vor, 39.5% der Befragten waren diesbezüglich unauffällig. Bzgl. der Persönlichkeitsfacetten zeigten sich zur Literatur konforme Ergebnisse. Kein bedeutsamer Zusammenhang konnte zwischen dem Wohlbefinden und der Offenheit für neue Erfahrungen sowie Verträglichkeit gefunden werden. Ein hohes Maß an Extraversion ($r(583) = .206, p < .001$) und Gewissenhaftigkeit ($r(583) = .195, p < .001$) standen mit einem höheren Wohlbefinden in Beziehung. Je neurotischer die Studierenden sich einschätzten, desto schlechter fiel das

Wohlbefinden aus ($r(583) = -.336, p < .001$). Hinsichtlich der körperlichen Aktivität lässt sich festhalten, dass das Wohlbefinden umso besser war, je weniger die körperliche Aktivität im Vergleich zu der Zeit vor Corona abnahm ($r(583) = .261, p < .001$).

Diskussion und Fazit

Das individuelle Wohlbefinden ist bei der Mehrheit der Befragten als problematisch einzustufen, die Lockdown-Situation hatte eine praktische Relevanz für die Befindlichkeit der Studierenden. Die positiven Zusammenhänge zwischen dem Wohlbefinden und der Extraversion bzw. Gewissenhaftigkeit lassen sich dahingehend einordnen, als dass die Studierenden unterschiedlich mit der Situation umgehen. So kann Extraversion die Nutzung alternativer Kommunikationsmedien fördern, mit denen die negativen Folgen des Lockdowns für die soziale Einbindung kompensiert werden können. Gewissenhaftigkeit kann in diesem Kontext ein Ausdruck für ein zumindest zeitweise aufrechterhaltene „Selbstdisziplinierung“ stehen, die Restriktionen nicht zu nahe an sich herankommen zu lassen.

Der negative Bezug von Wohlbefinden zu Neurotizismus liegt in der Natur der Persönlichkeitseigenschaft als Ausdruck emotionaler Instabilität. Gegebenenfalls hat die Corona-Pandemie an dieser Stelle aber verstärkende Effekte, sodass es sich bei hoch neurotischen Studierenden um eine besonders vulnerable Gruppe handelt. Maßnahmen können diesbezüglich zu Bewusstmachungsprozessen anregen und Zugänge eröffnen, in denen wenig extravertierte Menschen zu sozialer Interaktion im digitalen Medium angeregt werden. Etwas niedrigschwelliger können onlinebasierte Sportprogramme empfohlen werden, da die Abnahme körperlicher Aktivität durch die Corona-Pandemie mit einem geringeren Wohlbefinden assoziiert war. Um Studierende zur Teilnahme zu motivieren, sind intrinsische (z.B. Messung der Leistungssteigerung durch das Sportprogramm) und extrinsische Anreize (z.B. Bonusprogramme) eine gangbare Option. Durch frühzeitige Präventionsangebote zugunsten eines hohen Wohlbefindens und damit auch langfristig gesunder psychischer Verfassung kann in dieser bedeutsamen erwerbsbiografischen Bildungsetappe späteren rehabilitativen Bedarfen entgegengewirkt werden.

Literatur

- Anglim, J., Horwood, S., Smillie, L. D., Marrero, R. J., & Wood, J. K. (2020). Predicting psychological and subjective well-being from personality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 146(4). 279–323.
- Brähler, E., Mühlau, H., Albani, C., & Schmidt, S. (2007).: Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, 53(2). 83–96.
- Lutz-Kopp, C., Meinhardt-Injac, B., & Luka-Krausgrill, U. (2019). Psychische Belastung Studierender. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14(3). 256–263. <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0691-9>
- Schupp, J., & Gerlitz, J.-H. (2008). Big Five Inventory-SOEP (BFI-S): Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). <https://doi.org/10.6102/ZIS54>
- Ziegler, P. (2019). Subjektives Wohlbefinden von Studierenden—Einflussfaktoren auf das subjektive Wohlbefinden und Zusammenhänge mit der Studienabbruchstention. Universität Passau: Dissertation.

Zielorientierung in der ICF-orientierten Rehabilitation schwer Brandverletzter

Hans Ziegenthaler¹; Annette Stolle²; Annika Ladewig¹; Hubert Neubauer²; Leila Harhaus²

¹ Gräfliche Kliniken Moritz Klinik GmbH & Co. KG; ² BG Unfallklinik Ludwigshafen

Hintergrund und Zielstellung

Zur Rehabilitation Brandverletzter existieren weder aussagekräftige Evaluationsstudien noch ein einheitlicher Standard. Beide sind in einem so komplexen und kostenintensiven Prozess evident zur Qualitätssicherung. Mit sinkender Mortalität in der Akutphase gehen oft langfristig verbleibende Funktionseinschränkungen einher. Eine frühzeitige Ausrichtung auf Reha-Ziele, bewertet am Outcome (Funktionsminderung, Teilhabe und Lebensqualität) ist für eine ICF-orientierte Reha wesentlich in der Prozesssteuerung.

Methoden

In einer prospektiven multizentrischen Studie zur Nichtüberlegenheit zweier etablierter Reha-Konzepte wurden im Prä-Post-Vergleich die ICF-Konstrukte Körperfunktion und Körperstruktur sowie Aktivität und Partizipation zu T1 (Reha-Start), T2 (Reha-Ende) und T3 sowie T4 (3 und 9 Monaten nach Reha) bewertet. Es erfolgte die Analyse des Reha-Prozesses in Anlehnung an den Reha-Cycle unter Analyse und Zuordnung der Reha-Ziele zu den ICF-Kategorien sowie zur Patientenzufriedenheit. Statistische Auswertung mittels nonparametrischer Testung, da Werte nicht normalverteilt sind.

Ergebnisse

Zwischen November 2018 und April 2021 wurden 103 Brandverletzte (99 ♀, 4 ♂), im Durchschnitt 44,5 Jahre alt (SD=13,5) bei 19,7 % VKOF (SD=19,1) und nach Ø 23 Tagen Intensivbehandlung im BVZ in die Untersuchung inkludiert. Davon konnten 83 Datensätze zur Auswertung herangezogen werden. 83,1 % der Rehabilitanden definierten je drei Ziele aus den Bereichen Körperfunktion, Aktivität und Teilhabe. Verbesserte und gehaltene Ergebnisse zeigten sich nach drei Monaten bei 89,1% und nach 12 Monaten bei 91,8% der Brandverletzten. Verschlechterungen waren nur zu 10,9% bzw. 8,2% festzustellen. Der Vergleich der Zielbewertung vom Probanden selbst und durch den Arzt differierte immer, außer zu T4 bei Frage 3. Generell urteilten die Probanden etwas negativer als die Mediziner, jedoch fielen die Abweichungen bei einem Median um den Nullpunkt und einer durchschnittlichen Standardabweichung von 2,5 gering aus. Es bleibt zu berücksichtigen, dass annähernd 15% der Untersuchten eine extrem hohe psychische Belastung zeigten und ca. 45% der Probanden auch ein Jahr nach Unfall unter posttraumatischen Belastungssymptomen leiden.

Die Unterschiede zwischen den Einschätzung der Zielen zu Beginn und Ende der stationären Reha ist bei Ärzten und Probanden hoch signifikant ($p < .0000$).

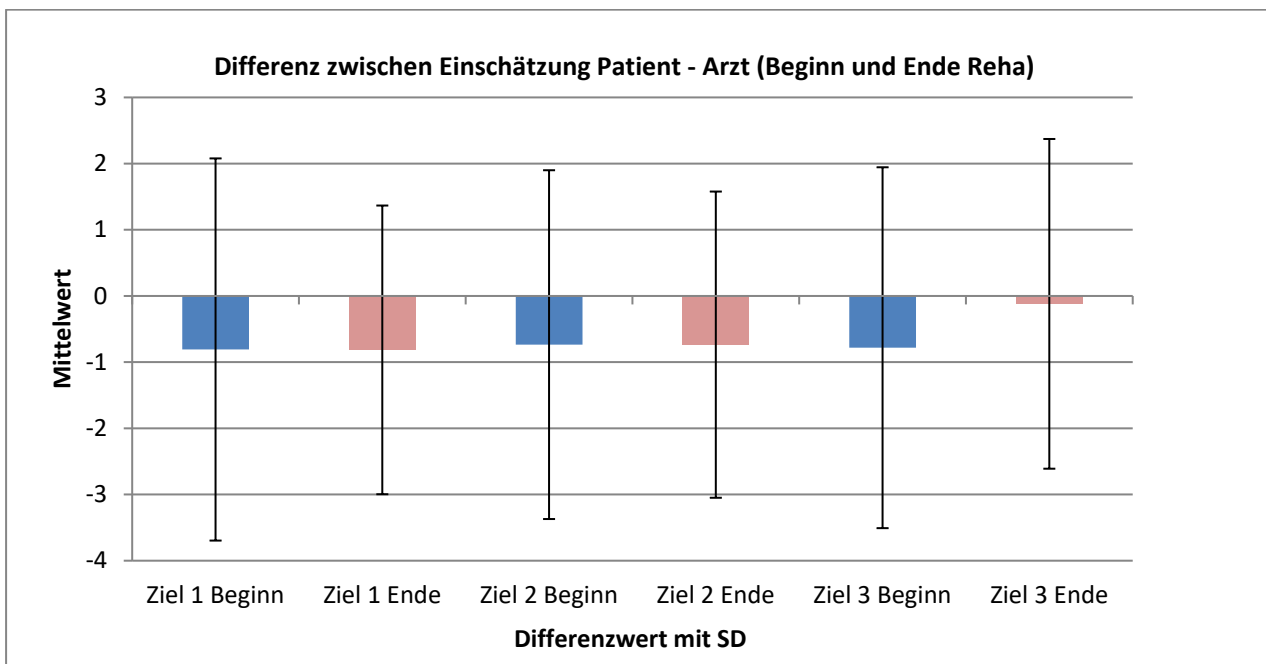


Abb. 1: Differenz zwischen der Einschätzung von Patient und Arzt zu zwei Messzeitpunkten

Diskussion und Fazit

Funktions- und Teilhabeverbesserung dominieren die Zielerwartung der oft schwer betroffenen Brandverletzten in der frühen Rehabilitationsphase. Bei den Betroffenen ist eine etwas kritischere Zielerreichung zu konstatieren als bei den auswertenden Ärzten. Objektive belegte Funktionsbesserung und Bewertungen korrelieren jedoch eng. Wesentliche Abweichungen in der subjektiven Bewertung bzw. zwischen subjektiven und objektiven Werten können auf Probleme in der Rehabilitationssteuerung u./o. Zielkonflikte hinweisen. Weitere Analysen müssen zeigen, welche Faktoren konkret Einfluss auf die Zielsetzung und Zielbewertung haben.

Literatur

- Schneider JC (2017). Rehabilitation research priorities: The next 10 years. *J Burn Care Res*; 38(3): 635-637.
- Wasiak J, McMahon M, Danilla S, Spinks A, Cleland H, Gabbe B (2011). Measuring common outcome measures and their concepts using the international classification of functioning, disability and health (ICF) in adults with burn injury: a systematic review. *Burns*; 37(6):913-24.
- Young AW, Dewey WS, King BT (2019). Rehabilitation of Burn Injuries: An Update. *Phys Med Rehabil Clin N Am*; 30(1):111-132.
- Grieve B, Shapiro GD, Wibbenmeyer L, Acton A, Lee A, Marino M, Jette A, Schneider JC, Kazis LE, Ryan CM, LIBRE Advisory Board (2017). Long-term social Reintegration outcomes for burn survivors with and without peer support attendance: A life impact burn recovery evaluation (LIBRE) Study. Oct 31, pii:S0003-9993(17)31328-X [Epub ahead of print].

Förderung: DGUV Evaluation eines ICF-orientierten Rehabilitationskonzepts thermische Verletzungen (FR-0268)

Zusammenhang von subjektiv wahrgenommener Belastung durch die COVID-19 Pandemie und Psychosozialer Gesundheit bei Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation

Eike Fittig¹; Elisabeth Born²; Sandra Adami³; Mirjam Körner⁴; Manfred Rundel⁵

¹ Celenus Klinik Carolabad; ² Technische Universität Chemnitz;

³ Celenus Psychosomatische Fachklinik Freiburg GmbH ;

⁴ Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; ⁵ Celenus SE

Hintergrund und Zielstellung

Die Corona-Pandemie bestimmt seit Anfang des Jahres 2020 das Leben von Millionen Menschen. Maßnahmen wie Quarantäne, Kontaktbeschränkungen, Schulschließungen oder das komplette Herunterfahren des öffentlichen Lebens stellen einen enormen Einschnitt in den gewohnten menschlichen Alltag dar. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen nur wenig empirisch Arbeiten zum Ausmaß der durch die Corona-Pandemie und den damit verbundenen Maßnahmen hervorgerufenen psychischen Folgen vor (Stocker et al., 2020). Aktuelle Arbeiten gehen davon aus, dass durch die Pandemie erhebliche psychische Belastungen entstehen können (Brooks et al., 2020; O'Connor et al., 2020, Wang et al., 2020). Durch psychische Erkrankungen vorbelastete Personen scheinen hiervon besonders stark betroffen zu sein (O'Connor et al., 2020). In der vorliegenden Arbeit wird daher der Zusammenhang zwischen subjektiv wahrgenommener Belastung durch die Corona-Pandemie und psychosozialer Gesundheit untersucht.

Methoden

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit wurde anhand der Daten von 318 Patienten, die zwischen 03.08.2020 und 30.03.2021 in der Celenus Klinik Carolabad behandelt wurden, analysiert. Die Belastung durch die Corona Pandemie vor der Reha wurde dabei mittels eines selbst erstellten Fragebogens erhoben (Rundel et al., 2021). Die psychosoziale Gesundheit wurde mittels HEALTH-49 (Rabung et al., 2009) quantifiziert. Zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Corona-spezifischer Belastung und psychosozialer Gesundheit wurden Pearson-Korrelationen berechnet.

Ergebnisse

Hinsichtlich der Belastung durch die Corona-Pandemie (beispielsweise Mehrbelastung durch Homeschooling, soziale Isolierung) zeigte sich ein deutlicher Anstieg mit Fortbestehen der Pandemie und der damit verbundenen Maßnahmen. Dabei berichten Patienten mit einer subjektiv höheren Belastung durch die Corona Pandemie auch von einer höheren Beeinträchtigung der psychosozialen Gesundheit. Deutliche Zusammenhänge bestehen insbesondere zwischen wahrgenommener Corona-spezifischer Gesamtbelastung und Phobischen Ängsten ($r = .32, p < .01$), psychischen und somatoformen Beschwerden ($r = .30, p < .01$) sowie Beeinträchtigungen von Aktivität und Partizipation ($r = .31, p < .01$). Zudem geht eine wahrgenommene corona-bedingte Isolation mit höheren Ausprägungen in Phobischen Ängsten ($r = .22, p < .01$), Depressivität ($r = .20, p < .01$) und beeinträchtigter Aktivität und Partizipation ($r = .27, p < .01$) einher. Außerdem bestehen Zusammenhänge zwischen einer Angst vor Ansteckung und Phobischen Ängsten ($r = .24, p < .01$) sowie

zwischen corona-bedingtem wahrgenommenem Stress und einer Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens ($r = .29, p < .01$).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die mit der Corona-Pandemie einhergehende Belastung mit der Dauer der Pandemie deutlich zugenommen hat. Dabei geht eine höhere Corona-spezifische Belastung mit einer stärker eingeschränkten psychosozialen Gesundheit einher. Die Effekte hierfür lagen überwiegend im mittleren Bereich.

Der Zusammenhang zwischen wahrgenommener Belastung durch die Corona-Pandemie und psychosozialer Gesundheit spricht dafür, dass im Rahmen des Pandemie-Management zukünftig ein stärkerer Fokus auch auf psychosoziale Folgen gelegt werden sollte. Im Kontext Psychosomatischer Rehabilitation sollte zudem diskutiert werden, inwiefern das therapeutische Angebot ggf. noch gezielter auf diese Patientengruppen abgestimmt werden kann. Im Rahmen eines weiterführenden Projektes soll zudem untersucht werden, ob a) die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in einer größeren Stichprobe mit Patienten aus verschiedenen psychosomatischen Rehakliniken repliziert werden können und ob sich b) Corona-spezifische Belastungen auf den Reha-Verlauf auswirken.

Literatur

- Brooks, S. K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920.
- O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A. J., Niedzwiedz, C. L., O'Carroll, R. E., O'Connor, D. B., Platt, S., Scowcroft, E., Watson, B., Zortea, T., Ferguson, E. & Robb, K. A. (2020). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *The British Journal of Psychiatry*, 1–8.
- Rundel, M., Adami, S. Fittig, E., Röttele, N. & Körner, M. (2021). Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, Band 120, Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P., & Künzi, K. (2020). Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Erster Teilbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K. & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40–48.

Zwei Zirkeltraining-Therapien zur Verbesserung der Mobilität bei MS Patienten mit Gleichgewichtsstörungen in der stationären neurologischen Rehabilitation – Untersuchung der Praktikabilität und Auswirkungen auf Klinische Assessments, PROMS

*Michelle Preuß¹; Sabela Hailu Chanyalew¹; Romina Saile²; Christian Dettmers³;
Michael Jöbges³*

¹ Universität Konstanz; ² Westfälische Wilhelms-Universität Münster;

³ Kliniken Schmieder Konstanz

Hintergrund und Zielstellung

Gleichgewichtsdefizite schränken die Mobilität und damit auch häufig die soziale und berufliche Teilhabe vieler MS Patienten ein. In dieser Untersuchung werden zusätzlich zu dem Therapieprogramm einer stationären neurologischen Rehabilitation der Phase D auch zwei Zirkeltrainingsprogramme zur Anwendung gebracht. Ein Programm fokussiert auf Gleichgewichtsleistungen im engeren Sinne, das andere auf das Training von Kraft und Ausdauer. Es soll untersucht werden, ob diese zusätzlichen Zirkeltrainings aus Sicht der Rehabilitanden praktikabel in den therapeutischen Alltag integrierbar sind. Wichtige Grundlage für die Qualitätssicherung des Protokolls war u.a. auch das CONSORT-Statement (Pittler et al., 2011). Die Auswirkungen dieser Zirkeltraining-Therapien auf spezifische klinische Assessments und auf patient reported outcome measurements (=PROMS) werden untersucht.

Methoden

Alle Teilnehmer absolvierten zum Zeitpunkt der Studienteilnahme eine stationäre neurologische Rehabilitation. Für die Trainingseinheiten "Zirkeltraining Therapie im Bereich Gleichgewicht" wurden ein Therapiegerät Hunova von der Firma Movendo, ein Therapiegerät Galileo und ein Therapiegerät Posturomed eingesetzt. Für die Trainingseinheiten „Zirkeltraining Therapie im Kraft- und Ausdauer“ wurden ein Laufband von der Firma Ergo-Fit, ein Ergometer und ein Therapiegerät „Reebok step“ eingesetzt. Die potentiellen Teilnehmer wurden durch die Aufnahmeuntersuchung zu Beginn der Rehabilitation identifiziert. Wenn diese potentiellen Teilnehmer sich zur Teilnahme an der Studie schriftlich bereit erklärt hatten, erfolgte eine randomisierte Zuordnung zur Zirkeltraining Therapie im Bereich des Gleichgewichts oder im Bereich der Kraft- und Ausdauer. Das Training fand in der jeweiligen Gruppe für drei Wochen jeweils dreimal wöchentlich für je 30 Minuten statt.

Die Einschätzung der Praktikabilität erfolgte durch die Rehabilitanden und die Therapeuten anhand spezifisch entwickelter Fragebögen. Als spezifische klinische Assessments wurden eingesetzt: Der 6 Minuten Gehstest (American Thoracic Society, 2002), der Mini BESTest (Franchignoni et al., 2010), der Timed up and go Test (Rydwik et al., 2011) und die Trunk Impairment Scale (Verheyden et al., 2006). Das PROMS wird mit der MSWS-12 Skala erhoben, die sich aus 12 Domänen zusammensetzt und jeweils 5 Punkte vergibt. Sehr große subjektive Auswirkungen auf die Mobilität würden mit 60 Punkten angegeben werden (Hobart, 2003). Die PROMS wurden zu den Zeitpunkten T1 Aufnahme in die Rehabilitation, T2 Ende der Zirkeltraining-Therapie und T3 6 Wochen nach Ende der Zirkeltraining-Therapie (also

nach Entlassung aus der Rehabilitation) erhoben, die Fragebögen zur Praktikabilität und die klinischen Assessments zu den Zeitpunkten T1 und T2.

Ergebnisse

An der Untersuchung nahmen 45 MS Patienten teil, 22 in der Kraft und Ausdauer und 23 in Gleichgewichtsgruppe. Bei den Teilnehmern handelte es sich um 25 Frauen und 20 Männer mit einem durchschnittlichen Lebensalter von 51 Jahren und einem durchschnittlichen EDSS von 4,07. In den Fragebögen wurde über 9 Domänen die Zustimmung zur Praktikabilität des Zirkeltrainings jeweils mit einer Likert Skala von 1 bis 6 erhoben. Dabei bedeuteten höhere Werte eine größere Zustimmung. In der Zirkeltrainingsgruppe mit dem Schwerpunkt Gleichgewicht wurde im Durchschnitt 5,23 und in der Zirkeltrainingsgruppe mit dem Schwerpunkt Kraft und Ausdauer im Durchschnitt 5,15 geratet.

Im 6 Minuten Gehstest waren die Werte der Gleichgewichtsgruppe zu Beginn 353 m und zum Ende 380 m, die Werte der Kraft und Ausdauer Gruppe zu Beginn 353 m und zum Ende 426m. Die Gruppen unterschieden sich zum Beginn nicht signifikant und zum Ende war ein signifikanter Unterschied mit einem $p < 0,007$ zu berechnen (t-Test für normalverteilte Stichproben).

Der Mini BESTest war zu Beginn 20,4 und zum Ende 24,6; der Timed up and go Test zu Beginn 12,0 s und zum Ende 10,3 s, die Trunk impairment scale zu Beginn 19,0 und zum Ende 20,9, jeweils gruppenübergreifend ohne signifikante Gruppendifferenzen.

In der Gleichgewichtsgruppe und auch in der Kraft und Ausdauer Gruppe zeigten sich in den PROMS signifikante Verbesserungen zwischen Erhebungszeitpunkten T1 und T2, zwischen den Erhebungszeitpunkten T2 und T3 waren keine signifikanten Veränderungen zu beobachten. Der Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1 und T3 war in beiden Gruppen wieder signifikant different.

Mittelwerte

Erhebungszeitpunkt	Gleichgewicht	Kraft und Ausdauer
T1	44,5	40,8
T2	37,9	34,7
T3	38,2	32,6

Zu keinem Erhebungszeitpunkt unterschieden sich die Werte zwischen den beiden Gruppen signifikant.

Diskussion und Fazit

Wir konnten eine sehr hohe Zustimmung zur Praktikabilität des Zirkeltrainings sowohl mit dem Schwerpunkt Gleichgewicht als auch mit dem Schwerpunkt Kraft und Ausdauer erheben. In allen Assessment Parametern kam es im Verlauf der Zirkeltraining-Therapie zu deutlichen Verbesserungen. Einzig im Assessment Parameter "6 Minuten Gehstest" war ein signifikanter Vorteil der Kraft und Ausdauer Gruppe gegenüber der Gleichgewichtsgruppe zu erkennen. In den PROMS kam es zu einer signifikanten Verbesserung zwischen dem Beginn der stationären Rehabilitation und dem Ende der Zirkeltraining-Therapie, diese Werte blieben auch 6 Wochen nach Ende der Zirkeltraining-Therapie stabil und waren signifikant besser als

zu Beginn der Rehabilitation. Die Gruppenzugehörigkeit der Zirkeltraining-Therapie Teilnehmer war hierbei nicht bedeutsam.

Selbstverständlich bilden die Verbesserungen in den beschriebenen Parametern nicht nur die Effekte der Zirkeltraining-Therapie ab, sondern auch die Effekte der stationären neurologischen Rehabilitation insgesamt.

Die positiven Auswirkungen einer neurologischen stationären Rehabilitation auf das Gleichgewicht und die Mobilität von MS Patienten unter Einsatz zweier Zirkeltrainings-Therapien konnte gezeigt werden, differenziertere Untersuchungen der zugrundeliegenden therapeutischen Wirkstärken der eingesetzten Verfahren möchten wir anschließen.

Literatur

Pittler M, Blümle A, Meerpohl J, Antes G. CONSORT 2010 (2011). Aktualisierte Leitlinie für Berichte randomisierter Studien im Parallelgruppen-Design. *DMW - Dtsch Med Wochenschr.*; 136(08): e20–3.

American Thoracic Society (2002). ATS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test *Am J Respir Crit Care Med* Vol 166. pp 111–117.

Franchignoni, F., Horak, F., Godi, M., Nardone, A., Giordano, A. (2010). Using psychometric techniques to improve the Balance Evaluation System's Test: the mini-BESTest. *J Rehabil Med*, 42: 323–331

Rydwik, Astrid Bergland, Lisa Forsén, Kerstin Frändin. Psychometric Properties of Timed Up and Go in Elderly People: A Systematic Review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 29(2):102–125, 2011

Verheyden, G., Nuyens, G., Nieuwboer, A., van Asch, P., Ketelaer, P., De Weerd. W. (2006). Reliability and validity of trunk assesment for people with Mulitple sclerosis. *Physical Therapy* . 86 (1):66-74.

Hobart JC, Riazi A, Lamping DL, Fitzpatrick R, Thompson AJ (2003). Measuring the impact of ms on walking ability: The 12-item ms walking scale (msws-12). *Neurology*; 60:31-36.

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation.
Verantwortlich für den Gesamtinhalt: Hauptschriftleiter: Dr. Stephan Fasshauer; Schriftleiter: Dr. Dirk von der Heide,
Telefon: 030 86589178, Telefax: 030 86589425.

Die Zeitschrift DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG erscheint 4-mal jährlich und ist über die Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation, – Vertrieb –, Postanschrift: 10704 Berlin, E-Mail: Abo-Service@drv-bund.de, Telefon: 030 86524536, für 30,00 Euro (Ausland 60,00 Euro) inklusive Versandkosten jährlich zu beziehen, das Einzelheft für 8,00 Euro (Ausland 15,00 Euro) inklusive Versandkosten. Das Abonnement kann jährlich bis zum 30. September für das folgende Jahr gekündigt werden. Das nach dem 1. März 2022 abgeschlossene Abonnement kann nach Ablauf eines Jahres monatlich für den folgenden Monat gekündigt werden.

Die mit Namen gekennzeichneten Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Deutschen Rentenversicherung Bund wieder. Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte übernehmen wir keine Gewähr. Nachdruck ist unter Quellenangabe nur mit Genehmigung der Schriftleitung zulässig. Satz und Druck: Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG, Frankfurt am Main.

Die DRV-Schriften sind kostenfreie Sonderausgaben der Zeitschrift „Deutsche Rentenversicherung“.

ISBN 978-3-947949-18-2