

## Entwicklung eines Handlungskatalogs zur Bewältigung pandemiebedingter Herausforderungen in der medizinischen Rehabilitation aus intersektionaler Multi-Stakeholder-Perspektive

Kübra Annac, Jana Fieselmann, Diana Wahidie, Dr. Sabahat Ölcer, Anna Audia, Dr. Yüce Yilmaz-Aslan und Prof. Dr. PH Patrick Brzoska, Witten

Die COVID-19-Pandemie und ihre Auswirkungen gehen in der rehabilitativen Versorgung für alle Akteurinnen und Akteure mit zahlreichen Herausforderungen einher. Ziel des ReCoVer-Projekts war es, aus einer intersektionalen Multi-Stakeholder-Perspektive Good-Practice-Ansätze zur Bewältigung von Herausforderungen durch Pandemien in der medizinischen Rehabilitation zu identifizieren und diese unter Anwendung eines mehrstufigen Konsentierungsprozesses in einen Handlungskatalog zu synthetisieren. Das Projekt nutzte ein Mixed-Methods-Design, das qualitative und quantitative Forschungsansätze kombiniert. Aus den triangulierten Projektergebnissen wurde ein Handlungskatalog für Rehabilitationseinrichtungen entwickelt, der mögliche pandemiebedingte Problemlagen und Herausforderungen auf Ebene der (1) Einrichtungsleitungen, der (2) Mitarbeitenden sowie der (3) (potenziellen) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufgreift und entsprechende Handlungsoptionen zu ihrer Bewältigung vorstellt.

### 1. Hintergrund

Die COVID-19-Pandemie brachte Veränderungen in vielen Teilen der Gesellschaft mit sich. Die zur Eindämmung des Ausbruchs erforderlichen Maßnahmen wie Kontaktbeschränkungen und Social Distancing gehen in der Gesundheitsversorgung, wo neben dem Schutz der Mitarbeitenden auch der Schutz der Versorgungsnutzerinnen und -nutzer von großer Bedeutung ist, für alle Akteurinnen und Akteure (Stakeholder) mit zahlreichen Herausforderungen einher. Besonders ausgeprägt sind diese Herausforderungen im Bereich von Angeboten, die wie bei Rehabilitationsleistungen einen engen Kontakt zwischen Versorgungsnutzerinnen und -nutzern und Behandelnden erfordern. Maßnahmen, die notwendig sind, um Infektionsrisiken zu minimieren, erschweren beispielsweise physiotherapeutische und pflegerische Anwendungen oder machen sie gar unmöglich (Barnett und Grabowski 2020). Die Herausforderungen sind umso höher, wenn Versorgungsnutzerinnen und -nutzer Risikofaktoren aufweisen, die einen

schweren Verlauf von COVID-19 begünstigen. Neben einem höheren Alter zählen hierzu beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes mellitus (Zheng et al. 2020), die zu den häufigen Primärdiagnosen in der Rehabilitation zählen oder relevante Nebendiagnosen bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden darstellen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2018). Auch bei Versorgungsnutzerinnen und -nutzern führte die Pandemie zu Ungewissheiten und Ängsten, zum Beispiel vor einer Ansteckung mit SARS-CoV-2, aber auch im Hinblick auf die eigene ökonomische Situation und Arbeitsplatzsicherheit (Oberhofer 2020). Dies kann sich negativ auf die Inanspruchnahme einer Rehabilitation auswirken und mit Vorbehalten beim Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung sowie bei Nachsorgebehandlungen einhergehen. Die COVID-19-Pandemie stellt aber auch maßgebliche ökonomische Herausforderungen für Rehabilitationseinrichtungen selbst dar, die sich beispielsweise durch Umsatzeinbrüche, Kurzarbeit oder gar (drohende) Einrichtungsschließungen ergeben (Korzilius 2020).

Die aufgezeigten Belastungen für alle Akteurinnen und Akteure müssen durch innovative, flexible und personenzentrierte Strategien adressiert werden. Maßnahmen dürfen jedoch einzelne Gruppen nicht benachteiligen und müssen daher der Vielfalt innerhalb der einzelnen Stakeholdergruppen durch die Berücksichtigung intersektionaler Unterschiede Rechnung tragen (Brzoska et al. 2012).

Im Laufe der letzten drei Jahre haben Anbieter der stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation und ihre Mitarbeitenden Strategien entwickelt, um sich auf eine neue Versorgungsrealität einzustellen. Bislang war wenig darüber bekannt, was diese Strategien sind, wie sie von Personen mit einem Rehabilitationsbedarf sowie von den Einrichtungen und ihrem Personal wahrgenommen werden, wie gut sie in der Lage sind, der Vielfalt der Bedürfnisse und Erwartungen Rechnung zu tragen, und welche unerfüllten Bedürfnisse und Unterstützungsbedarfe aufseiten aller Akteurinnen und Akteure bestehen. Hier setzte das von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderte Projekt ReCoVer (Medizinische Rehabilitation in Zeiten von SARS-CoV-2. Eine Mixed-Method-Studie zu Herausforderungen und Bewältigungsstrategien aus intersektionaler Multi-Stakeholder-Perspektive; Laufzeit: Oktober 2020 bis März 2023) an.

Ziel des Projekts war es, aus einer intersektionalen Multi-Stakeholder-Perspektive 1) die Strategien zu ermitteln, die von ambulanten und stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation als Reaktion auf die Herausforderungen der COVID-19-Pandemie entwickelt wurden, 2) die Wahrnehmung dieser Strategien durch a) Mitarbeitende sowie b) Personen mit (potenziellem) Rehabilitationsbedarf und ihre Erwartungen an und Bedenken im Zusammenhang mit rehabilitativer Versorgung in Zeiten einer Pandemie zu untersuchen sowie 3) Good-Practice-Ansätze zu identifizieren. 4) Auf der Grundlage der Ergebnisse und unter Anwendung eines mehrstufigen Prozesses der Abstimmung

wurde ein Handlungskatalog entwickelt und konsentiert, in dem die Elemente und Determinanten von Good-Practice-Ansätzen konzeptualisiert und Handlungsoptionen zur Bewältigung von Herausforderungen durch Pandemien und andere Public-Health-Krisen in der medizinischen Rehabilitation gegeben werden.

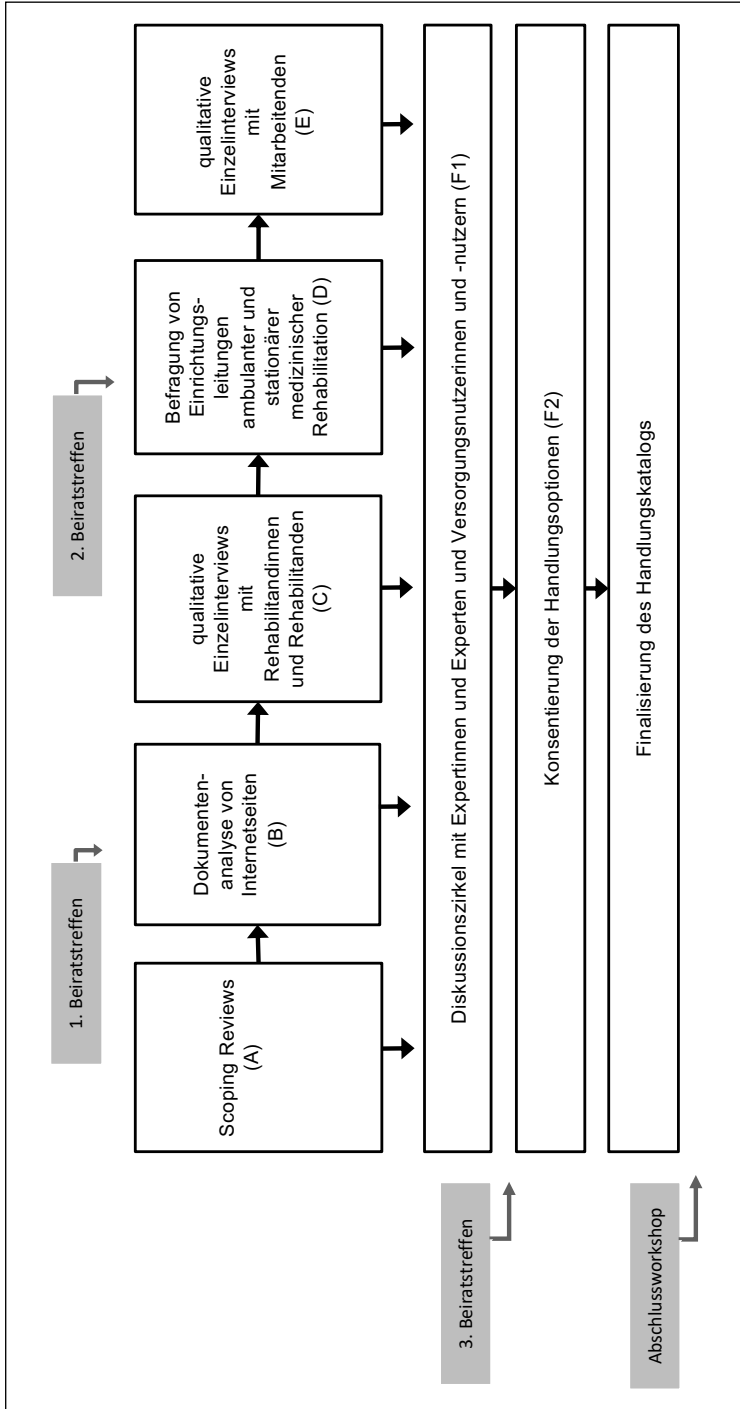
## 2. Methodik

Das Projekt nutzte ein Mixed-Methods-Design, das qualitative und quantitative Forschungsansätze aus intersektionaler Multi-Stakeholder-Perspektive kombiniert (Abbildung 1). Die Daten aus den Forschungsansätzen A bis E wurden auf der Grundlage eines „convergence model“ trianguliert (Creswell und Plano Clark 2007). Die multiperspektivischen Ergebnisse wurden in einem Diskussionszirkel mit Expertinnen und Experten aus dem Bereich rehabilitativer Versorgung sowie mit Versorgungsnutzerinnen und -nutzern diskutiert und für die partizipative Erarbeitung von Handlungsoptionen herangezogen (F1). Die erarbeiteten Handlungsoptionen wurden in einem mehrstufigen Prozess der Abstimmung konsentiert (F2). In den Konsentierungsprozess wurden sowohl Expertinnen und Experten aus der Rehabilitationsforschung und der rehabilitativen Versorgung (einschließlich Vertreterinnen und Vertretern von Trägern) als auch Leitungspersonen von Rehabilitationseinrichtungen integriert. Die konsentierten Handlungsoptionen mündeten in einen Handlungskatalog für Rehabilitationseinrichtungen zur Bewältigung pandemiebedingter Herausforderungen in der medizinischen Rehabilitation.

### 2.1 Scoping Reviews (A)

Um zu ermitteln, ob Bewältigungsstrategien und Empfehlungen zum Umgang mit COVID-19-bedingten Herausforderungen in der Rehabilitationsversorgung vorliegen,

**Abbildung 1:** Schematische Darstellung des methodischen Zugangs im Rahmen des Projektes ReCoVer zur Entwicklung des Handlungskatalogs zur Bewältigung pandemiebedingter Herausforderungen in der medizinischen Rehabilitation



Quelle: eigene Darstellung.

wurden im Rahmen des Projekts vier Scoping Reviews zu verschiedenen Zeitpunkten der Pandemie im Zeitraum von Januar 2020 bis Juni 2022 durchgeführt. Der erste Scoping Review erfasste Publikationen im Zeitraum Januar 2020 bis Dezember 2020. Der zweite Review untersuchte die vorliegende Literatur im Zeitraum Januar 2021 bis Juni 2021. Der darauffolgende Review bezog sich auf den Zeitraum Juli 2021 bis Dezember 2021. Der vierte und letzte Scoping Review schloss Literatur aus dem Zeitraum Januar 2022 bis Juni 2022 in die Recherche ein.

Die Recherche erfolgte anhand der PRISMA-Richtlinien zur Erstellung von systematischen Übersichten und Metaanalysen (Tricco et al. 2018). Mittels einer festgelegten Suchstrategie wurde in den Datenbanken Pubmed, CINAHL, Web of Science, PsycInfo und Livivo sowie in den Suchmaschinen Google Search und Google Scholar nach relevanter Literatur gesucht. Für die Recherche in den Datenbanken wurde zudem die entsprechende englischsprachige Suchstrategie verwendet. Außerdem wurden weitere Beiträge über das Schneeballprinzip anhand von Literaturlisten bereits identifizierter Veröffentlichungen gesichtet. Als Einschlusskriterien wurden definiert: Empfehlungen und Bewältigungsstrategien darüber, wie sich rehabilitative Gesundheitseinrichtungen in Pandemiesituationen anpassen beziehungsweise arrangieren müssen; das Setting der Rehabilitation; deutsch- und englischsprachige Artikel; der jeweilige Publikationszeitraum sowie eine nachvollziehbare Beschreibung der Empfehlung(en). Ausgeschlossen wurden Treffer, die keine konkreten Handlungsempfehlungen und Bewältigungsstrategien zur Anpassung in Pandemiesituationen beinhalteten, nicht deutsch- oder englischsprachig waren und ein anderes Versorgungsumfeld als die Rehabilitation behandelten. Um eine mögliche Voreingenommenheit der Gutachterin zu minimieren, wurden die identifizierten Publikationen von zwei Mitarbeiterinnen unabhängig voneinander bewertet.

## **2.2 Dokumentenanalyse von Internetseiten (B)**

Um erste Einblicke in die Art und Weise zu ermöglichen, wie Rehabilitationseinrichtungen die neuen Beschränkungen und Herausforderungen potenziellen Antragstellerinnen und Antragstellern, Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und ihren Angehörigen kommunizieren, wurde im Zeitraum Oktober 2020 bis Februar 2021 eine Dokumentenanalyse von Internetseiten der Einrichtungen durchgeführt. Hierzu wurden 1477 Websites von stationären und 202 Websites von ambulanten medizinischen Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland über die Suchmaschinen Yahoo und Google Search identifiziert. Durchgesehen wurden die Internetseiten von circa 10 Prozent zufällig ausgewählten Einrichtungen (von insgesamt 1609 Einrichtungen). Nach einem Screening zu COVID-19-bezogenen Inhalten auf den Websites wurden 77 Seiten für die detaillierte Dokumentenanalyse genutzt. Die Inhalte wurden anhand einer qualitativen Datenanalyse in einem Kategoriensystem ausgewertet.

## **2.3 Qualitative Einzelinterviews mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (C)**

Um Einblicke in die Perspektive von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und potenziellen Antragstellerinnen und Antragstellern zu gewinnen, wurden leitfadengestützte, telefonische Einzelinterviews durchgeführt. Insgesamt wurden 33 Personen befragt. Davon haben elf Personen während der (bis dahin zu verzeichnenden) Hochzeit der Pandemie (2020) eine Rehabilitation gemacht, 13 befanden sich im Zeitraum März bis Mai 2021 in Rehabilitation und die restlichen neun Personen haben eine bereits zugesagte Rehabilitation nicht angetreten oder haben trotz Empfehlung keine Rehabilitation beantragt. Rekrutiert wurden die Interviewpersonen über zwei Kooperations-

kliniken, soziale Medien (Facebook) sowie mittels des netzwerkasierten Schneeballprinzips. Die Leitfadenerstellung erfolgte anhand einer Literaturrecherche sowie erster Projektergebnisse. Der Leitfaden bildete Gründe für oder gegen die Entscheidung einer Antragstellung, Auswirkungen/Veränderungen in der Rehabilitation durch die COVID-19-Pandemie, Zufriedenheit mit den entwickelten Strategien, Bedürfnisse und mögliche Herausforderungen während der Versorgung in der Einrichtung, Unterstützung durch das Gesundheitspersonal sowie Wünsche/Erwartungen für eine bessere Unterstützung in Pandemiezeiten ab. Vor Beginn der Interviewdurchführung wurden zwei Pretests des Interviewleitfadens durchgeführt. Die Interviews wurden schließlich telefonisch durchgeführt, transkribiert und inhaltsanalytisch nach Kuckartz (Kuckartz und Rädiker 2022) ausgewertet.

#### **2.4 Befragung von Einrichtungsleitungen ambulanter und stationärer medizinischer Rehabilitation (D)**

Mittels einer Onlineumfrage (n brutto = 1569) sowie einer zusätzlichen postalischen Umfrage (n brutto = 1629) wurden im Zeitraum Juni bis September 2021 Einrichtungsleitungen ambulanter und stationärer Einrichtungen medizinischer Rehabilitation in Deutschland befragt. Inhaltlich erfasste der auf den (Zwischen-)Ergebnissen der Forschungszugänge A bis C basierende Fragebogen, welche Maßnahmen und Strategien in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zum Umgang mit der COVID-19-Pandemie entwickelt wurden und welche Bewältigungsstrategien sich dabei besonders bewährt haben. Zum anderen sollte ermittelt werden, auf welche Probleme Einrichtungen dabei gestoßen sind und wo weiterhin Unterstützungsbedarfe bestehen. Es lagen Antworten von 535 Einrichtungen (Rücklaufquote = 32,8 Prozent) vor, welche deskriptiv und inhaltsanalytisch ausgewertet wurden.

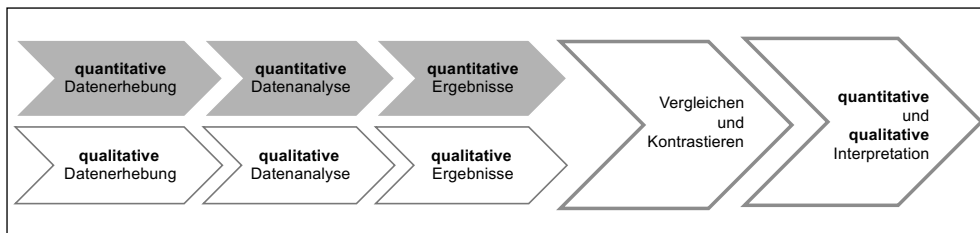
#### **2.5 Qualitative Einzelinterviews mit Mitarbeitenden (E)**

Im Zeitraum Januar bis Februar 2022 fanden qualitative Einzelinterviews mit Mitarbeitenden ausgewählter Einrichtungen statt. Der Leitfaden für die Interviews wurde auf Grundlage des aktuellen Forschungsstandes, der (Zwischen-)Ergebnisse der vorangegangenen Forschungszugänge sowie der Diskussion im Projektbeirat mit Expertinnen und Experten entwickelt. Es haben sich fünf wesentliche Themenblöcke für die Interviews ergeben: 1. entwickelte Maßnahmen im Umgang mit der Pandemie, 2. Wahrnehmung der Pandemiesituation bei der Ausübung der jeweiligen Tätigkeit, 3. einrichtungsbezogene Herausforderungen, 4. Versorgung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und 5. Wünsche/Erwartungen für eine bessere Bewältigung der Pandemiesituation. Insgesamt wurden neun Mitarbeitende aus zwei stationären Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen telefonisch interviewt. Davon waren fünf Personen in Führungspositionen tätig. Es wurden Mitarbeitende aus den Bereichen Ärztlicher Dienst, Psychologie, Physiotherapie, Pflege und Qualitätsmanagement befragt. Die Interviews wurden anonymisiert transkribiert und anschließend inhaltsanalytisch nach Kuckartz (Kuckartz und Rädiker 2022) ausgewertet.

#### **2.6 Diskussionszirkel mit Expertinnen und Experten und Versorgungsnutzerinnen und -nutzern (F1)**

Die Ergebnisse der Forschungsansätze A bis E wurden im Projektteam anhand des Triangulationsdesigns „convergence model“ (Creswell und Plano Clark 2007) trianguliert (Abbildung 2). Die Triangulation trägt zu einer höheren Validität der Forschungsergebnisse bei und reduziert das Risiko für systematische Fehler. Die triangulierten Ergebnisse wurden im Juni 2022 in einem Diskussionszirkel mit Expertinnen und Experten aus dem Bereich rehabilitativer Versorgung sowie mit Versorgungsnutzerinnen und -nutzern disku-

**Abbildung 2:** Das im ReCoVer-Projekt angewandte modellhaft dargestellte Triangulationsdesign „convergence model“ nach Creswell und Plano Clark 2007



Quelle: eigene Darstellung.

tiert und für die partizipative Erarbeitung von Handlungsoptionen herangezogen. Für die Erarbeitung von Handlungsoptionen wurden folgende Leitfragen diskutiert: „Wie können wir die Forschungsergebnisse für die Erstellung von Handlungsoptionen nutzen? Welche sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Inhalte, die in dem Handlungskatalog behandelt werden sollten? Welche formalen und gestalterischen Aspekte sollten im Handlungskatalog Berücksichtigung finden?“ Auf Grundlage der Forschungsergebnisse und der Ergebnisse aus dem Diskussionszirkel wurde ein erster Entwurf des Handlungskatalogs für Rehabilitationseinrichtungen zur Bewältigung pandemiebedingter Herausforderungen in der medizinischen Rehabilitation verfasst.

## 2.7 Konsentierung der Handlungsoptionen (F2)

Die partizipativ formulierten Handlungsoptionen wurden anschließend im Zeitraum von November 2022 bis Februar 2023 entlang eines mehrstufigen Prozesses konsentiert. Das Vorgehen der Konsentierung orientierte sich an dem Vorgehen der Entwicklungen von Nationalen Versorgungsleitlinien des ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) und erfolgte unter wesentlicher Berücksichtigung des AWMF-Regelwerks Leitlinien (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2020). Die Beteiligten am Konsensprozess

wurden interdisziplinär und multiprofessionell zusammengesetzt. Es waren insgesamt zehn Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie Einrichtungsleitungen beteiligt. Zur Konsentierung wurde ein mehrstufiges Abstimmungsverfahren unter Anwendung der Delphi-Technik (Murphy et al. 1998) angewendet, bei dem die Abstimmungsbeiträge schriftlich mittels strukturierter Fragebögen eingeholt, vom Projektteam zusammengefasst und bei einer Videokonferenz an die Gruppe rückgemeldet und diskutiert wurden. Die Befragungsrunden wurden schriftlich bis zum Erreichen eines Konsenses oder begründeten Dissenses fortgeführt. Im Rahmen des formalen Konsensverfahrens wurden die Empfehlungsgrade A (soll/sollte), 0 (kann) und B (soll nicht/sollte nicht) für die einzelnen Handlungsoptionen vergeben. Für die Abstimmung wurde die Berücksichtigung folgender Kriterien in Anlehnung an Atkins et al. (2004) eingehalten:

- die Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden (Verhältnis von erwünschten und unerwünschten Effekten),
- die Umsetzbarkeit im rehabilitativen Alltag,
- die Präferenzen der (potenziellen) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden,
- ethische, rechtliche sowie ökonomische Erwägungen.

Vorab wurden verschiedene Konsensstärken (starker Konsens, Konsens, mehrheitliche Zustimmung, kein Konsens) definiert.

Ein starker Konsens erforderte die Zustimmung (Empfehlungsgrade A und 0) von > 95 Prozent der Teilnehmenden für die jeweilige Handlungsoption. Ein Konsens lag vor, wenn > 75 bis 95 Prozent der Teilnehmenden ihre Zustimmung ausdrückten. Bei einer Zustimmung von > 50 bis 75 Prozent der Teilnehmenden für eine Handlungsoption lag eine mehrheitliche Zustimmung vor. Kein Konsens wurde für eine Handlungsoption getroffen, wenn < 50 Prozent der Teilnehmenden ihre Zustimmung mit den Empfehlungsgraden A oder 0 gaben. Nach der Konsentierung der Handlungsoptionen durch die Beteiligten wurde der Handlungskatalog durch das Projektteam finalisiert.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Ergebnisse der Scoping Reviews (A)

Im Rahmen des Projekts wurden vier Scoping Reviews zu verschiedenen Zeitpunkten der Pandemie im Zeitraum von Januar 2020 bis Juni 2022 durchgeführt. Von insgesamt 9531 relevanten Publikationen verblieben nach Prüfung der Titel, Abstracts sowie der Volltexte 92 Artikel. In die vier Analysezeiträume wurden 17, 24, 22 beziehungsweise 29 Publikationen aus insgesamt 27 Ländern eingeschlossen. Insgesamt 17 Publikationen stammen aus Deutschland. Die identifizierten Artikel beschreiben konkrete Bewältigungsstrategien und Empfehlungen dazu, wie medizinische Rehabilitationseinrichtungen die Herausforderungen in Pandemiezeiten bewältigen können. Empfehlungen können dabei in folgende Kategorien geordnet werden:

- allgemeine Hygienemaßnahmen,
- personelle und organisationale Umstrukturierungsmaßnahmen,
- Abfrage und Monitoring von Krankheitssymptomen,
- Testung,
- Impfung,
- Maßnahmen in der Therapiedurchführung,
- Besuchseinschränkungen,

- Telerehabilitation,
- Einschränkungen im Rehabilitationsangebot,
- Information und Aufklärung über COVID-19,
- psychosoziale Unterstützung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und des Personals,
- Follow-ups nach der Rehabilitation.

Insbesondere Maßnahmen zum Infektionsschutz, Maßnahmen zur Umstrukturierung der Behandlungsprozesse sowie Aufklärung und Schulung von Personal und von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Umgang mit den Herausforderungen der COVID-19-Pandemie stellten sich als notwendige Voraussetzungen für eine nutzerzentrierte Rehabilitationsversorgung während Krisenzeiten dar. Bei Betrachtung der Ergebnisse im Zeitverlauf wurde deutlich, dass zu Beginn der Pandemie besonders Empfehlungen zur Infektionskontrolle ein hoher Stellenwert beigemessen wurde. Hygienemaßnahmen wie regelmäßiges Händewaschen und -desinfizieren oder die Anwendung persönlicher Schutzausrüstung für das Personal wurden im ersten Review in 76,5 Prozent aller eingeschlossenen Publikationen thematisiert. Im letzten Review wurden Maßnahmen zur Hygiene nur noch von etwa jeder dritten identifizierten Publikation aufgegriffen. Ähnliche Beobachtungen sind bei den Maßnahmen zur Umstrukturierung der Behandlungsprozesse festzustellen. Hierzu zählten Maßnahmen zur Umstrukturierung des Personals und organisationale Umstrukturierungsmaßnahmen, die im Zeitverlauf der Pandemie und entsprechend in den vier Reviews in der Literatur immer weniger häufig empfohlen wurden (58,8 Prozent, 37,5 Prozent, 18,2 Prozent, 17,2 Prozent). Besonders deutlich wurde eine Abnahme der Erwähnungen im Pandemieverlauf auch bei Maßnahmen in der Therapie und Behandlung. Während diese im ersten Review in knapp 65 Prozent der Publikationen identifiziert wurden, war im letzten Review in lediglich 7 Prozent der Publikationen eine thematische Auseinandersetzung mit therapie- und behandlungsbezogenen Maßnahmen festzustellen.

Demgegenüber wurden besonders virtuelle und technische Lösungen zur Bewältigung der Herausforderungen im Verlauf der Pandemie immer häufiger empfohlen. Bereits zu Beginn der Pandemie empfohlen im ersten Review 70,6 Prozent aller identifizierten Publikationen digital vermittelte Angebote und Telerehabilitationsangebote. In den darauffolgenden Untersuchungen blieb der Anteil der identifizierten Publikationen zu digitalen und virtuellen Rehabilitationsangeboten im Verlauf immer über dem Wert des ersten Reviews. Im dritten Review im Zeitraum Juli bis Dezember 2021 stieg der Anteil der Publikationen, die den Einsatz von Telerehabilitationsdiensten (auch für die künftige Versorgung in der medizinischen Rehabilitation) empfehlen, auf 90,9 Prozent an.

### **3.2 Ergebnisse der Dokumentenanalyse von Internetseiten (B)**

Die Dokumentenanalyse von 77 Internetseiten von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland konnte anhand der qualitativen Datenanalyse zwei Oberkategorien identifizieren, zu denen Inhalte auf den Websites veröffentlicht wurden. Diese Kategorien waren 1) Maßnahmen zur Organisation und Infrastruktur in der Einrichtung und 2) technische Lösungen zur Information und Kommunikation.

Zu den organisationalen Strategien, über die im Untersuchungszeitraum auf den Websites der Einrichtungen berichtet wurde, gehören vor allem angewendete Maßnahmen zur Infektionskontrolle. Dazu zählten insbesondere SARS-CoV-2-Testungen, COVID-19-Schutzimpfungen, das Identifizieren und Isolieren von Verdachtsfällen unter den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, Besucherregelungen und gegebenenfalls -einschränkungen, sowie der Aufbau eines Krisenstabs. Die veränderte Gestaltung von Therapien zum Beispiel durch die Verlegung in den Außenbereich, kleinere Gruppengrößen oder das Angebot psychologisch-unterstützender Behandlungen wurde Leserinnen

und Lesern ebenfalls auf den Internetseiten mitgeteilt. Ersichtlich wurden außerdem Veränderungen in persönlich und gemeinsam genutzten Räumen. Genannt wurden hier unter anderem die Unterkunft in Einzelzimmern, die Umstrukturierung von Aufenthaltsräumen und die veränderte Speiseausgabe. Das Verwenden von persönlicher Schutzausrüstung sowie Richtlinien zum Datenschutz sind weitere Themenbereiche, über die online informiert wurde.

Zur Information und Kommunikation in der Einrichtung wurde auf den Internetseiten von verschiedenen Kommunikationskanälen berichtet. Zusätzlich zur Face-to-Face-Kommunikation wurde besonders über Telefon-, Video-, Chat- oder E-Mail-Kommunikation informiert. Außerdem wurden von einigen Einrichtungen Maßnahmen zur Telerehabilitation oder ergänzende digitale Angebote in der Einrichtung vorgestellt. Hierunter fielen insbesondere Angebote zur Videokonsultation, Onlinetrainings und -schulungen für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die Bereitstellung von aktuellen webbasierten Informationen während der Rehabilitationsleistung oder die Nutzung von Smartphone-Apps für das Rehabilitationspersonal, um diese über aktuelle Regelungen und geltende Richtlinien zu informieren.

### **3.3 Ergebnisse der qualitativen Einzelinterviews mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (C)**

Mittels der qualitativen Einzelinterviews mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden während der COVID-19-Pandemie konnten vielfältige Bedürfnisse und Herausforderungen während der Versorgung in den Rehabilitationseinrichtungen ermittelt werden.

#### **3.3.1 Psychosoziale Herausforderungen**

Herausforderungen ergaben sich besonders aufgrund von pandemiebedingten Einschränkungen in der Therapiegestaltung und

Einschränkungen in der Freizeitgestaltung. Aus dem Wegfall von Freizeitangeboten, durch das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, durch die Nutzung von Einzeltischen im Speisesaal oder trennende Plexiglasscheiben resultierten eine erschwerte Kontaktaufnahme und entsprechend ein erschwerter sozialer Austausch mit Mitrehabilitandinnen und -rehabilitanden innerhalb der mehrwöchigen Rehabilitationsleistung. Weiter verstärkt wurde dies durch Besuchseinschränkungen und -verbote, was zuletzt in psychosozialen Belastungen wie Gefühlen von Isolation und Einsamkeit mündete.

„Ne der Unterschied war einfach, dass du die Freizeit in deinem Zimmer verbracht hast. Das war das Einzige, wo ich sagen würde, wo es extrem auffiel, dass du sehr einsam am Wochenende warst, weil da lief ja nicht so viel.“ (IP4, W, 58, Rehabilitationszeitraum März bis November 2020, Orthopädie, NRW)

Andererseits konnte im Rahmen der Interviews eine hohe Zufriedenheit mit den entwickelten Bewältigungsstrategien der Einrichtung festgestellt werden. Besonders positiv wurden von den befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die umgesetzten Schutz- und Hygienemaßnahmen, eine geringere Klinikauslastung und kleinere Gruppengrößen, die Möglichkeit der Nutzung von Gesundheitsangeboten und der soziale Kontakt mit Mitrehabilitandinnen und -rehabilitanden und den Mitarbeitenden der Einrichtung wahrgenommen.

### 3.3.2 Schutz- und Hygienemaßnahmen

Zu den umgesetzten Schutz- und Hygienemaßnahmen während der Behandlungen und in der Einrichtung allgemein zählen das Tragen von Mund-Nasen-Bedeckungen, Abstandsregelungen, Kontaktbeschränkungen, regelmäßiges Lüften von Therapieräumen sowie die Reinigung und Desinfektion von Räumlichkeiten. Auch eine regelmäßige Symptom-

kontrolle, tägliche Fiebertemperaturen sowie bestimmte Testintervalle trafen mehrheitlich auf Akzeptanz vonseiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Die Schutzmaßnahmen sowie die regelmäßige Hinweisen bei Nichteinhaltung der Maßnahmen durch das Klinikpersonal hätten von Ernsthaftigkeit der Infektionskontrolle gezeugt und zum eigenen Sicherheitsgefühl im Rahmen der Rehabilitationsleistung beigetragen.

„Aber tatsächlich war es so, dass ich das recht [...] also nein, nicht recht schnell, aber ich konnte es dann ablegen, weil die Hygienemaßnahmen doch schon ganz gut durchgeführt wurden. Also von vorne bis hinten wurde wirklich darauf geachtet und so konnte ich mich tatsächlich auch irgendwann entspannen.“ (IP27, W, 35, Rehabilitationszeitraum Januar bis Mai 2021, Psychosomatik, NRW)

### 3.3.3 Geringere Klinikauslastung und kleinere Gruppengrößen

Eine positive Wahrnehmung der Rehabilitation lag auch darin begründet, dass aufgrund der Kontaktbeschränkungen und Abstandsregelungen kleinere Gruppengrößen oder feste Gruppenmitglieder und Therapeutinnen und Therapeuten während Therapien eingeführt wurden. Diese Reduzierung und Fokussierung der Therapiekontakte wurde von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als besonders angenehm und gesundheitsförderlich empfunden. Zusätzlich seien die Kontaktpersonen, die innerhalb der zuvor bestimmten Gruppen festgelegt wurden, förderlich für die soziale Interaktion mit Mitrehabilitandinnen und -rehabilitanden und dem Personal unter den sonst durch die soziale Distanzierung und das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes erschwerten Bedingungen der Pandemie.

„Naja halt die Ruhe und dass da weniger Patienten waren, das war wirklich schön und der Therapieplan war jetzt auch nicht so vollgestopft [...]. Das war entzerrter und

einfach entspannender, war schön.“ (IP5, W, 55, Rehabilitationszeitraum März bis November 2020, Psychosomatik, Niedersachsen)

„Also was wirklich gut war, war, dass die Gruppen halt tatsächlich nicht so groß waren. Das fand ich sehr, sehr angenehm. Und, wie gesagt, diese Individualität. Also das nehme ich echt mit aus der Klinik und wenn mich jemand fragt, dann werde ich sagen ‚Kannst du ruhig hingehen, war super.‘“ (IP27, W, 35, Rehabilitationszeitraum Januar bis Mai 2021, Psychosomatik, NRW)

### 3.3.4 Möglichkeit der Nutzung von Gesundheitsangeboten und des sozialen Kontakts

Während die Coronaschutzverordnungen die Inanspruchnahme von Fitnessstudios und Wellnessangeboten wie Schwimmbäder und Saunen für Personen in der Allgemeinbevölkerung stark einschränkten oder gar untersagten, bestand in einigen Kliniken und Ländern weiterhin die Möglichkeit der teils uneingeschränkten Inanspruchnahme dieser Angebote während der Rehabilitationsleistung. Ein Mehrwert der Rehabilitation während der Pandemie wurde außerdem in der Möglichkeit des sozialen Kontakts beschrieben. Während im privaten Raum Ausgangssperren, Kontaktsperren und Personenbeschränkungen bestanden, sei es in der Rehabilitationseinrichtung möglich gewesen, neue Kontakte zu knüpfen und sich mit Mitrehabilitandinnen und -rehabilitanden oder Therapeutinnen und Therapeuten auszutauschen oder einen gemeinsamen Spaziergang zu machen.

„Ja kann man sagen, ich habe mich freier gefühlt als zuhause, Hallenbad war geöffnet und die Sauna war geöffnet.“ (IP1, M, 61, Rehabilitationszeitraum März bis November 2020, Psychosomatik, Baden-Württemberg)

„Da muss ich auch sagen, das fand ich da sehr schön, dass es da freies Schwimmen gab. Also da konnte man immer nochmal was machen, das fand ich so ganz gut, das hab ich auch einige Male genutzt, also das Schwimmbad sowie das Fitnessstudio auch. Das fand ich so ganz gut, dass das durchgehend mehr oder weniger offen war.“ (IP25, M, 55, Rehabilitationszeitraum Januar bis Mai 2021, Orthopädie, NRW)

Insgesamt forderten die befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation eine Balance zwischen Infektionsschutzmaßnahmen zum eigenen Gesundheitsschutz und psychosozialen Freiräumen in Form der Aufrechterhaltung sozialer Interaktion, beispielsweise durch das Angebot von Freizeitangeboten im Freien. Sie äußerten, dass Rehabilitationseinrichtungen Maßnahmen so umsetzen sollten, dass die notwendigen Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden, menschliche Bedürfnisse jedoch gewahrt bleiben, um eine nutzerzentrierte und erfolgreiche Versorgung auch in Krisenzeiten zu gewährleisten.

### 3.4 Ergebnisse der Befragung von Einrichtungsleitungen ambulanter und stationärer medizinischer Rehabilitation (D)

43,5 Prozent der 535 teilnehmenden Einrichtungen waren stationäre Einrichtungen, 24,5 Prozent waren ambulante und 32,0 Prozent der Einrichtungen waren in beiden Bereichen tätig. Weiterhin waren in der Stichprobe alle Bundesländer enthalten. Die meisten teilnehmenden Einrichtungen liegen in Baden-Württemberg (18,1 Prozent), Bayern (15,1 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (14,0 Prozent) und behandeln die Indikationen Orthopädie und rheumatische Erkrankungen (31,3 Prozent), Psychiatrie/Psychosomatik (18,5 Prozent) und Neurologie (10,2 Prozent).

Im Rahmen der Befragung ist festzustellen, dass sich die Umsetzung von Empfehlungen

zur Bewältigung von COVID-19-bedingten Herausforderungen unterschiedlich problematisch in den Einrichtungen gestaltete. Insgesamt gaben 13,6 Prozent der Einrichtungen an, schlecht oder sehr schlecht auf die Pandemie und ihre Auswirkungen vorbereitet gewesen zu sein. 38,8 Prozent der Einrichtungen waren der Meinung, dass sie gut oder sehr gut vorbereitet waren.

Die Deutsche Rentenversicherung hat im Mai 2020 Hygieneempfehlungen für Rehabilitationseinrichtungen veröffentlicht. Die Umsetzung dieser Hygieneempfehlungen gestaltete sich für die befragten Einrichtungen unterschiedlich problematisch. Tabelle 1 zeigt ausgewählt die Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, deren Umsetzung von den Einrichtungsleitungen besonders problematisch wahrgenommen wurde. Laut eigenen Angaben hatten 50,8 Prozent der Einrichtungsleitungen Probleme, voneinander unabhängige Personalteams in der Einrichtung einzurichten. 40,9 Prozent der Befragten erachteten die Umsetzung eines Aufnahmestopps von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als problematisch oder sehr problematisch. 37,9 Prozent gaben an, dass die Umsetzung dieser Maßnahme für ihre Einrichtung nicht zutreffend sei. Ferner wurde die Umsetzung von Maßnahmen bezüglich des Verlassens der Einrichtung für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden von 36,8 Prozent der Einrichtungsleitungen als problematisch oder sehr problematisch wahrgenommen. Auch die Reduzierung von Gruppengrößen in Abhängigkeit von den räumlichen Gegebenheiten gestaltete sich in 36,7 Prozent der befragten Einrichtungen problematisch oder sehr problematisch.

Die Antworten auf die offene Frage nach den Gründen für die angegebenen Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Hygieneempfehlungen zeigten unterschiedliche wahrgenommene Defizite in den Einrichtungen (Abbildung 3). Als Gründe wurden in erster Linie fehlende Schutz- und Testmaterialien (78 Antworten) genannt. Psychosoziale Herausforderungen der Mitarbeitenden der Einrichtungen (wie Überlastung und Über-

forderung) sowie der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (unter anderem Unverständnis für die Umsetzung von Schutzmaßnahmen) (65) stellen weitere Gründe für die erschwerte Pandemiebewältigung in den Einrichtungen dar. Einhergehend mit einer mangelnden Compliance seitens der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurde die Missachtung der Infektionsschutzmaßnahmen insbesondere durch die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (59) als ein weiterer erschwerender Faktor angegeben. Doch auch eingeschränkte personelle Ressourcen (53), eine defizitäre Infrastruktur der Einrichtung, die baulichen Gegebenheiten, die Räumlichkeiten und die Logistik des Hauses betreffend (52) und eine unzureichende Kommunikation mit und Unterstützung durch externe Institutionen wie Gesundheitsämter, Behörden, Rehabilitationsträger und die Regierung (32) gestalteten sich bei der Umsetzung problematisch. Ferner hätten eingeschränkte finanzielle Ressourcen (29) sowie bestehende Herausforderungen bei der Digitalisierung (24) aufgrund von nicht zur Verfügung stehender oder sehr schlechter Internetverbindung, fehlendem Equipment wie digitale Endgeräte und eingeschränktem technikkaffinem Personal die Durchführbarkeit bestimmter Maßnahmen in der Praxis eingeschränkt. Nach Angaben der Einrichtungsleitungen hätte die Umsetzung insbesondere mit finanzieller Unterstützung durch die Kostenträger und durch die verstärkte Digitalisierung von Angeboten und eine entsprechende digitale Infrastruktur in den Einrichtungen erleichtert werden können. Neben der Ermittlung von Unterstützungsbedarfen konnten Maßnahmen identifiziert werden, die sich bei der Bewältigung des Infektionsrisikos in den befragten Einrichtungen besonders bewährt haben. Die offene Frage generierte 289 vollständige Antworten, die zwei Oberkategorien zugeordnet wurden: organisationale Maßnahmen und Schutzmaßnahmen in der Einrichtung. Organisationale Maßnahmen, die sich laut den Befragten besonders bewährt hätten (Abbildung 4), waren vor allem die Informa-

**Tabelle 1:** Vollständige Antworten zur Frage: „Wie problematisch gestaltete sich die Umsetzung der folgenden Maßnahmen in Ihrer Einrichtung?“

	<b>(sehr) problematisch</b>	<b>teils, teils</b>	<b>(vollkommen) unproblematisch</b>	<b>nicht zutreffend</b>
Bildung von zwei oder mehr voll funktionierenden Subteams, die keinen physischen Kontakt untereinander haben	50,8	19,2	11,4	18,6
Einhalten der Kontaktbeschränkungen inner- und außerhalb des Klinikgeländes: kein externer Besuch und möglichst kein Verlassen des Geländes	32,2	27,9	24,6	15,2
Gruppengrößen in Abhängigkeit von den räumlichen Gegebenheiten reduzieren (10 m <sup>2</sup> pro Person)	36,7	27,6	35,3	0,4
bei Einzeltherapien mindestens 1,5 Meter Abstand zwischen Therapeutinnen und Therapeuten und Rehabilitandinnen und Rehabilitanden	33,5	16,3	47,9	2,3
bei notwendigen Gruppentherapien in geschlossenen Räumen mindestens 2 Meter Abstand zwischen einzelnen Personen	33,7	29,4	35,5	1,4
Aufnahmestopp von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden	40,9	12,8	8,5	37,9
kein beziehungsweise nur eingeschränktes Verlassen der Einrichtung für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden	36,8	18,8	15,1	29,4

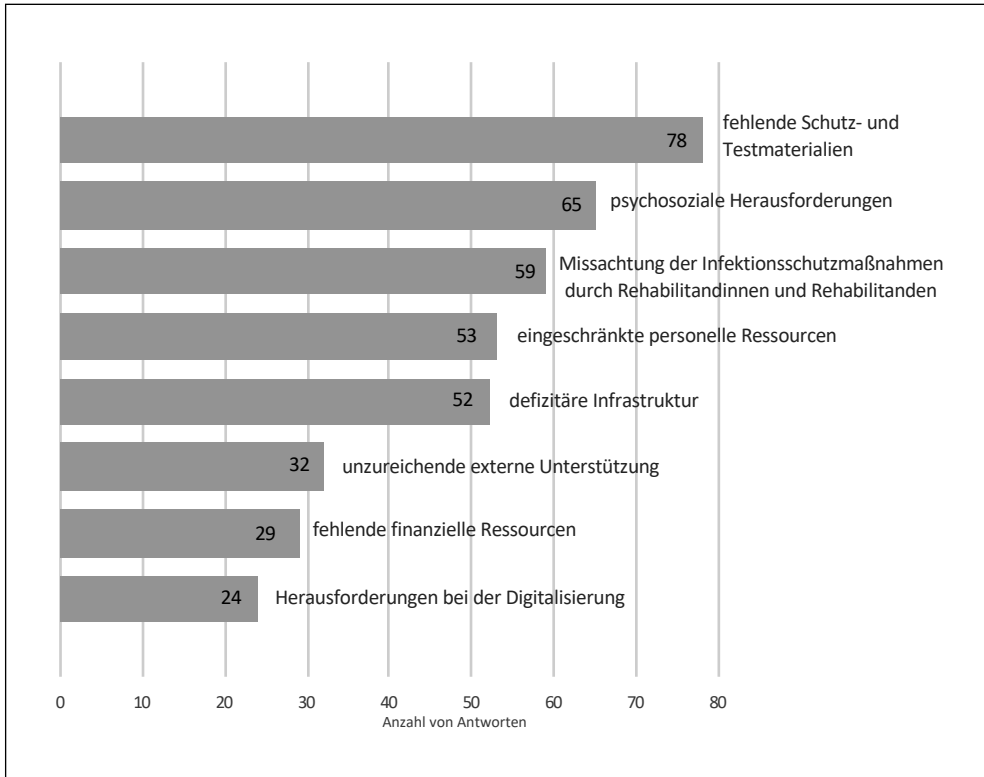
Anmerkungen: Befragung von Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, Juni bis September 2021, Prozentangaben bezogen auf n = 490.

Quelle: eigene Darstellung.

tionseinholung und -weitergabe (50 Antworten). Dies beinhaltete die Bildung eines Krisenstabs, der sich regelmäßig trifft, sowie die laufende und schnelle Aufklärung des Personals und der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Die Reduzierung der Gruppengrößen in den Behandlungen (38) und eine einheitliche und transparente Kommunikation innerhalb des Personals sowie in

Richtung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (34) stellten weitere Maßnahmen dar, die sich besonders bei der Pandemiebewältigung bewährt hätten. Ferner spielten Ablaufänderungen wie das Einrichten eines getrennten Aufnahmebereichs oder eine veränderte Speiseausgabe (23) eine Rolle bei der Bewältigung des Infektionsrisikos innerhalb der befragten Einrichtungen. Als

**Abbildung 3:** Von Einrichtungsleitungen von Rehabilitationseinrichtungen genannte Gründe für Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Hygieneempfehlungen



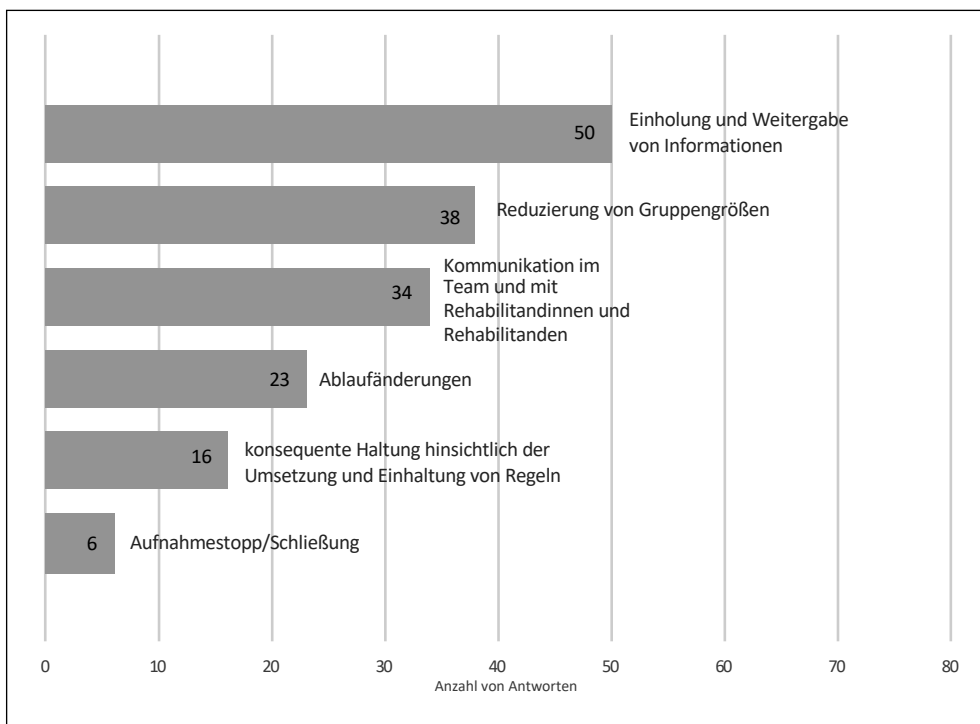
Anmerkungen: Befragung von Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, Juni bis September 2021, kategorisierte Ergebnisse zur offenen Frage „Was waren die Gründe dafür, dass die Umsetzung von Maßnahmen als (teilweise) problematisch empfunden wurde [und wie hätte die Umsetzung erleichtert werden können]?“, n = 250 vollständige Antworten zur Frage.

Quelle: eigene Darstellung.

Vorbildfunktion spielt die konsequente Einhaltung von Regeln durch das Personal und die Sanktionierung bei Missachtung der Schutzmaßnahmen (16) eine wichtige Rolle bei der Pandemiebewältigung. Ein weiterer organisationaler Faktor zur Bewältigung der Pandemie war die Umsetzung von Aufnahmestopps beziehungsweise das Schließen von Abteilungen oder Einrichtungen (6). Im Rahmen der Schutzmaßnahmen in den Einrichtungen hätten sich nach Angaben der Einrichtungsleitungen in erster Linie Testungen, Testkonzepte und regelmäßige

Testintervalle bewährt (120 Antworten). Die Einhaltung von Hygienemaßnahmen wie die ordnungsgerechte Hände- und Flächendesinfektion oder das regelmäßige Lüften von Räumlichkeiten (102) spielten ebenfalls eine bedeutende Rolle bei der Gewährleistung des Infektionsschutzes. Neben diesen Maßnahmen wurden des Weiteren das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (96), die Beachtung der AHA-Regeln (Abstand halten, Hygiene beachten, im Alltag Maske tragen) (62), die Umsetzung von Besuchsregelungen (33), die COVID-19-Schutzimpfung (30), die

**Abbildung 4:** Von Einrichtungsleitungen von Rehabilitationseinrichtungen genannte organisatorische Maßnahmen, die sich bei der Bewältigung des Infektionsrisikos in den befragten Einrichtungen besonders bewährt hätten



Anmerkungen: Befragung von Rehabilitationseinrichtungen, Juni bis September 2021, Ergebnisse aus der Kategorie „organisatorische Maßnahmen“ zur offenen Frage „Welche Maßnahmen haben sich bei der Bewältigung des Infektionsrisikos in Ihrer Einrichtung besonders bewährt?“, n = 289 vollständige Antworten zur Frage.

Quelle: eigene Darstellung.

Isolation und Quarantäne von Verdachtsfällen (25) und Maßnahmen zur Kontaktverfolgung (4) als Strategien genannt, die sich bei der Bewältigung des Infektionsrisikos besonders bewährt hätten.

### 3.5 Ergebnisse der qualitativen Einzelinterviews mit Mitarbeitenden (E)

Im Rahmen der qualitativen Einzelinterviews mit Mitarbeitenden wurden neun Mitarbeitende aus zwei verschiedenen stationären Rehabilitationseinrichtungen befragt (Tabel-

le 2). Die Mitarbeitenden waren in den Bereichen Ärztlicher Dienst, Psychologie, Physiotherapie, Pflege und Qualitätsmanagement tätig. Fünf der neun Befragten waren Führungspersonen. Die Interviewteilnehmenden waren zwischen 31 und 62 Jahre alt. Sieben Interviewpersonen waren weiblich und zwei männlich.

Die qualitativen Interviews mit den Mitarbeitenden der Rehabilitationseinrichtungen offenbaren vielfältige Herausforderungen, denen das Personal während der COVID-19-Pandemie ausgesetzt war. Besonders die Arbeitsbelastung während der reha-

**Tabelle 2:** Stichprobenbeschreibung der Interviewteilnehmenden der qualitativen Einzelinterviews mit Mitarbeitenden

Inter-view-ID	Ge-schlecht	Alter	Berufsbezeichnung
IM1	W	55	Psychologin
IM2	W	44	Ärztin
IM3	M	49	Physiotherapeut, stellv. Abteilungsleiter der Physiotherapie
IM4	W	31	Psychotherapeutin
IM5	M	62	Chefarzt der Psychosomatik
IM6	W	56	Abteilungsleiterin der Physiotherapie und Therapieplanung
IM7	W	53	stellvertretende Pflegedienstleitung
IM8	W	61	Qualitätsmanagement-Beauftragte
IM9	W	59	Pflegedienstleitung

Quelle: eigene Darstellung.

bilitativen Versorgung von Versorgungsnutzerinnen und -nutzern wird von den Befragten als erhöht wahrgenommen. Die erhöhte Arbeitsbelastung resultiert insbesondere aus Veränderungen in den ursprünglichen Tätigkeitsfeldern und einer Verlagerung der Aufgabenbereiche. Diese „Arbeitsverdichtung“ sei vor allem in mehr bürokratischem Aufwand aufgrund von Verordnungen und Richtlinien zum Infektionsschutz und vermehrter Dokumentation infolge von Kontaktverfolgungsmaßnahmen begründet. Die Implementierung von regelmäßigen COVID-Krisensitzungen, ein Mehraufwand infolge organisatorischer Maßnahmen wie der Umsetzung von mehr Gruppentherapieangeboten sowie eine verstärkte (psychologische und pädagogische) Kommunikation sowohl im Team als auch in Richtung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden seien weitere Faktoren, die eine erhöhte Arbeitsbelastung begünstigen.

„Wir mussten Veränderungen vornehmen und zum Beispiel Gruppen verkleinern. Dadurch mussten wir mehr Gruppenplätze anbieten, um diese Patienten zu versorgen. Das wiederum führte dazu, dass sich Möglichkeiten zur administrativen Tätigkeit

für uns noch weiter eingeschränkt haben. Also wir hatten eigentlich mehr zu tun mit den Patienten und parallel eigentlich auch was die Kommunikation betraf. Also es hat zu einer deutlichen Arbeitsverdichtung geführt.“ (IM1, W, 55, Psychologin)

Unterschiedliche Faktoren würden die wahrgenommene Arbeitsbelastung infolge einer Arbeitsverdichtung verstärken. Hierzu zählen laut den Befragten der Ausfall von Kolleginnen und Kollegen aufgrund von Infektionsfällen oder Quarantänemaßnahmen, zeitliche Einschränkungen in der Versorgung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wie verkürzte Gesprächsdauern, die Absage von Mitarbeiterbesprechungen abseits von Infektion mit SARS-CoV-2-spezifischen Themen und die erschwerte Kommunikation innerhalb des Teams, zum Beispiel aufgrund von Homeoffice-tätigkeiten der Kolleginnen und Kollegen. Auch Faktoren aus dem privaten Umfeld können belastend für die Mitarbeitenden im Berufsalltag sein. Die Sorge vor einer Infektion mit COVID-19 in der Einrichtung und die Ansteckung von Familienmitgliedern und Freunden ist ein Faktor, der die Arbeitsbelastung verstärken kann. Ferner

kann das Homeschooling der eigenen Kinder zu Hause einen weiteren Stressor für die Mitarbeitenden darstellen.

„Am Anfang haben wir uns glaub ich alle sehr schwer getan. Da war ganz viel Angst. Steck ich mich an? Nehm ich's mit nach Hause? Was wird mit meiner Familie?“ (IM9, W, 59, Pflegedienstleitung)

Neben den wahrgenommenen Belastungen und Herausforderungen im Berufsalltag ließen sich über die qualitativen Interviews auch entsprechende Bewältigungsstrategien der Mitarbeitenden im Umgang mit diesen Herausforderungen identifizieren. Besonders das „Wir-Gefühl“ und, dass „alle davon betroffen sind und nicht nur einzelne Gruppen“ (IM2, W, 44, Ärztin) und das damit einhergehende Verständnis für Veränderungen oder Probleme habe den Stress im Berufsalltag gemindert. Daher sei die Aufrechterhaltung und Stärkung des Wir-Gefühls innerhalb des Teams eine Schlüsselkomponente für die Bewältigung von Krisensituationen in der Einrichtung. Um dies zu gewährleisten, sei eine verständnisvolle und niedrigschwellige Kommunikation über Berufsgruppen, Abteilungen und Hierarchien hinweg essenziell. Besonders die Weitergabe von Informationen und die Kommunikation dieser innerhalb des Teams (zum Beispiel in Form von Krisensitzungen) können hierbei hilfreich sein.

„Ich sehe die Kommunikation da relativ zentral, was natürlich schwierig ist, weil sich Maßnahmen manchmal auch von Tag zu Tag ändern und das manchmal ein bisschen intransparent ist oder unklar und dann natürlich zu Verunsicherung führt. Ich hab's so erlebt: Je klarer man es kommuniziert und vielleicht auch erklärt, wieso das jetzt sinnvoll ist, umso einfacher ist es auch in der Umsetzung, auch vom Mitwirkungswillen her. Und auch, dass man sich selber dann sicher darin fühlt, für sich, aber auch dem Patienten gegenüber, die Regelungen zu vertreten.“ (IM4, W, 31, Psychotherapeutin)

Ferner sei der Faktor Wissen maßgeblich für die Bewältigung pandemischer Herausforderungen. Die Aneignung von Informationen, das regelmäßige Aktualisieren von Wissen und das kritische Beobachten und Bewerten der dynamischen Lage seien notwendig für den Umgang mit Unsicherheiten. Daran anknüpfend habe sich die Weitergabe von Informationen und die Kommunikation auch in Richtung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (zum Beispiel in Form von Seminaren und persönlichen Gesprächen) als unabdingbar bei der Pandemiebewältigung dargestellt. Nur durch eine transparente und klare Kommunikation könne eine Compliance der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden hinsichtlich der Einhaltung von Infektionsschutzmaßnahmen und der Mitwirkung bei veränderten Therapieabläufen sichergestellt werden. „Wenn Rehabilitanden mit an einem Strang ziehen“ (IM1, W, 55, Psychologin), mildere dies auch die hohe Arbeitsbelastung des Personals. Ergänzend sei die Inanspruchnahme von Supervision oder Beratungsangeboten der Einrichtung eine mögliche Lösung bei zu hoher psychosozialer Belastung. Häufig kompensierten die befragten Mitarbeitenden die erhöhte Belastung in Pandemiezeiten durch persönliche Bewältigungsstrategien, wie das Verbringen von Zeit mit der Familie und Freunden oder Sport.

### **3.6 Ergebnisse des Diskussionszirkels mit Expertinnen und Experten und Versorgungsnutzerinnen und -nutzern (F1)**

Die triangulierten Projektergebnisse der einzelnen Forschungsansätze A bis E zeigen, dass die Umsetzung von Hygienemaßnahmen und organisatorische und strukturelle Strategien zur Infektionskontrolle Voraussetzungen für eine adäquate Rehabilitationsleistung in Pandemiezeiten sind. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass besonders Maßnahmen zur Kontaktreduzierung und Social-Distancing-Maßnahmen zu psycho-

sozialen Belastungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden führen können. Auch das Gesundheitspersonal steht vor zahlreichen pandemiebedingten Herausforderungen, wie einer erhöhten Arbeitsbelastung und psychosozialen Stressoren. Auffällig ist, dass digitale beziehungsweise hybride Angebote der Rehabilitation immer mehr in den Fokus rücken und vermehrt Anwendung und Zuspruch vonseiten aller Akteurinnen und Akteure finden. Festzuhalten ist, dass mit dem Infektionsrisiko nicht nur die Umsetzung wirksamer Hygienemaßnahmen verbunden ist, sondern zusätzlich ein Aufklärungs- und Informationsbedarf sowie Sorgen und Unsicherheiten aufseiten des Gesundheitspersonals, der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und ihrer Angehörigen bestehen, die adressiert werden müssen. Rehabilitationseinrichtungen sind gefordert, bei der Umsetzung pandemiespezifischer Maßnahmen gleichzeitig mit den Folgen von Kontaktbeschränkungen, erhöhter Arbeitsbelastung und sozialen Ängsten umzugehen. Die Diskussion der Leitfragen zur Erarbeitung von Handlungsoptionen im Diskussionszirkel mit Expertinnen und Experten und Versorgungsnutzerinnen und -nutzern ergab, dass der zu erstellende Handlungskatalog ein möglichst einheitliches Vorgehen in Krisensituationen aufzeigt, jedoch dennoch indikationsabhängig und situationsgerecht anzuwenden sein soll. Inhaltlich sollten die Handlungsoptionen die Vorbereitung auf eine Pandemiesituation thematisieren, zum Beispiel welche Ausrüstung benötigt wird, um im Falle einer Pandemie frühzeitig vorbereitet zu sein. Ein weiterer Fokus sollte auf die besonderen Auswirkungen einer Pandemie im Rehabilitationswesen wie zum Beispiel psychosoziale Faktoren (soziale Isolation, stetig neue Informationen, Fehlinformationen) gelegt werden. Dieser Prozess sollte abgedeckt sein, da er sowohl Mitarbeitende als auch Rehabilitandinnen und Rehabilitanden während einer Rehabilitationsleistung begleitet. Dementsprechend sollten die Handlungsoptionen Einrichtungen unterstützen, trotz dynamischer Gegebenheiten und

einrichtungsspezifischer Umstände einen adäquaten Umgang mit den Herausforderungen einer Krisensituation zu finden. Hierfür könnten Fallbeispiele im Handlungskatalog als Orientierung dienen.

Auf Grundlage der Forschungsergebnisse und der Ergebnisse aus dem Diskussionszirkel wurde ein erster Entwurf des Handlungskatalogs für Rehabilitationseinrichtungen zur Bewältigung pandemiebedingter Herausforderungen in der medizinischen Rehabilitation verfasst. Dieser deckt drei Perspektiven ab, indem er die Problemlagen der (1) Einrichtungsleitungen, der (2) Mitarbeitenden sowie der (3) (potenziellen) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufgreift. Er beinhaltet 148 Handlungsoptionen für die Zielgruppe der (1) Einrichtungsleitungen, 60 Handlungsoptionen für die Zielgruppe der (2) Mitarbeitenden und 59 Handlungsoptionen für die Zielgruppe der (3) (potenziellen) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (267 Handlungsoptionen insgesamt).

### **3.7 Ergebnisse der Konsentierung der Handlungsoptionen (F2)**

Im ersten Schritt des Konsentierungsprozesses konnten fünf schriftliche Abstimmungen über die 267 Handlungsoptionen im Handlungskatalog durch die Beiratsmitglieder eingeholt werden. 86,5 Prozent der Handlungsoptionen (231 von 267 Handlungsoptionen) erreichten einen starken Konsens (Zustimmung von > 95 Prozent der Teilnehmenden), 9,4 Prozent (25 von 267) einen Konsens (Zustimmung von > 75 bis 95 Prozent), 2,3 Prozent (6 von 267) eine mehrheitliche Zustimmung (Zustimmung von > 50 bis 75 Prozent) und 1,9 Prozent der Handlungsoptionen (5 von 267) erreichten keinen Konsens (Zustimmung von < 50 Prozent). Anschließend wurden bei einem Onlinekonsentierungstreffen die Handlungsoptionen diskutiert (n = 23), die keinen Konsens erreicht haben (n = 5), die mindestens einmal mit B (sollte nicht/soll nicht) bewertet wurden (n = 16) und die

von allen Konsentierungsteilnehmenden mit 0 (kann) bewertet wurden ( $n = 7$ ). Einige Handlungsoptionen erfüllen zwei der oben genannten Diskussionskriterien (zum Beispiel haben keinen Konsens erreicht und wurden mindestens einmal mit B bewertet). Im Rahmen des Onlinetreffens stimmten sieben Beiratsmitglieder nach Diskussion der Abstimmung sowie Diskussion der formulierten Alternativvorschläge erneut über die Handlungsoptionen ab. Dadurch erreichten 92,5 Prozent der Handlungsoptionen einen starken Konsens (247 von 267 Handlungsoptionen) und 7,5 Prozent erreichten einen Konsens (20 von 267). Es gab keine Handlungsoption, die lediglich eine mehrheitliche Zustimmung oder keinen Konsens erlangte. Vier Handlungsoptionen wurden mit starkem Konsens aus dem Handlungskatalog gestrichen. Somit beinhaltet der Handlungskatalog nun 263 statt 267 Handlungsoptionen. Handlungsoptionen wurden auf Grundlage der schriftlichen und mündlichen Konsentierung umformuliert und überarbeitet.

In der nächsten Stufe der Konsentierung stimmten drei Einrichtungsleitungen von stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen schriftlich über die 263 Handlungsoptionen ab. Im Rahmen der Konsentierung erreichten 81,4 Prozent der Handlungsoptionen einen starken Konsens (214 von 263 Handlungsoptionen) und 18,6 Prozent einen Konsens (49 von 263). Auf Grundlage der Anmerkungen und Alternativvorschläge der Konsentierungsteilnehmenden wurden die Handlungsoptionen überarbeitet und der Handlungskatalog finalisiert.

Der finalisierte Handlungskatalog und die darin enthaltenen Handlungsoptionen richten sich in erster Linie an Leitungspersonen und Träger von Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Er deckt drei Perspektiven ab, indem er die Problemlagen der (1) Einrichtungsleitungen, der (2) Mitarbeitenden sowie der (3) (potenziellen) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufgreift. Der Katalog deckt mögliche pandemiebedingte

Problemlagen und Herausforderungen auf den verschiedenen Ebenen auf und stellt entsprechende Handlungsoptionen zu ihrer Bewältigung vor. Für die Zielgruppe der Einrichtungsleitungen werden Handlungsoptionen für Herausforderungen wie Unklarheiten zu Beginn, Informationsmängel, Infektionsrisiko in der Einrichtung, Kommunikationsbarrieren, Mangel an Schutzmaterialien, fehlender Austausch und Unterstützung sowie Personalengpässe gegeben. Die Mitarbeitenden in den Einrichtungen betreffend adressieren die Handlungsoptionen Informationsmängel, Kommunikationsbarrieren, Sorge vor einer Infektion, Überlastung und die unzureichende Compliance von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Herausforderungen, die (potenzielle) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Krisenzeiten betreffen können, sind das Nichtantreten der Rehabilitationsleistung, Kommunikationsbarrieren, die Sorge vor einer Infektion, Einsamkeit und Isolation sowie die eingeschränkten Möglichkeiten der Nachsorge. Bei den entsprechenden Handlungsoptionen handelt es sich um Handlungsvorschläge, die Einrichtungen bei der eigenständigen Entwicklung und Umsetzung einrichtungsspezifischer Strategien helfen können. Hiervon unabhängig sind in jedem Fall die Verordnungen, Allgemeinverfügungen und Empfehlungen von Behörden zu beachten.

#### 4. Diskussion

Die Entwicklung des ReCoVer-Handlungskatalogs zur Bewältigung pandemiebedingter Herausforderungen in der medizinischen Rehabilitation nutzte methodische Forschungsansätze, die die Berücksichtigung einer intersektionalen Multi-Stakeholder-Perspektive erlaubten. Neben der Perspektive der (potenziellen) Versorgungsnutzerinnen und -nutzer wurde die Perspektive der Versorgungsanbieter und ihrer Mitarbeitenden erhoben. Die multiperspektivischen Projektergebnisse mündeten in den Handlungskatalog, der ebendiese Ebenen adressiert.

#### 4.1 Perspektive von (potenziellen) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Anhand der im Projekt durchgeführten Forschungsansätze mit (potenziellen) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden konnte gezeigt werden, dass eine Rehabilitationsleistung trotz möglicher Einschränkungen, die mit den Schutzmaßnahmen in der Einrichtung einhergehen, auch in Pandemiezeiten als entlastend und gesundheitsfördernd empfunden werden kann. Besonders die ordnungsgemäße und konsequente Umsetzung von Hygienemaßnahmen in den Einrichtungen trägt zum Sicherheitsgefühl der Versorgungsnutzerinnen und -nutzer bei. Deutlich wurde auch, dass die Strategien, die Einrichtungen im Umgang mit COVID-19 einsetzten, für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sogar einige positive Nebeneffekte mit sich brachten. Zu nennen sind hier besonders die geringere Zahl von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der Einrichtung, kleinere Gruppengrößen und ein persönlicheres Erleben der Rehabilitation. Auch quantitative Befragungen in zwei onkologischen Rehabilitationskliniken ( $n = 71$ ) zeigten bereits zu Beginn der Pandemie, dass Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Fortsetzung der Rehabilitation als wichtig für ihre Gesundheit, die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und damit die soziale Reintegration erachten und dass vor diesem Hintergrund rehabilitative Angebote daher auch – oder gerade – während einer Pandemie sichergestellt werden müssen (Leibbrand und Seifart 2021).

Rehabilitandinnen und Rehabilitanden fordern jedoch eine Balance zwischen Infektionsschutzmaßnahmen zum eigenen Infektions- und Gesundheitsschutz auf der einen und Maßnahmen zum Schutz vor psychosozialen Beeinträchtigungen, die durch diese Infektionsschutzstrategien entstehen, auf der anderen Seite (Gosch et al. 2020). Im Einklang mit bestehender Literatur sind Ängste, Einsamkeit, Langeweile und Depressionen während der Rehabilitationsleistung in Pandemiezeiten nicht selten. Pervan et al. (2022) stellen sogar fest, dass die Pan-

demie das Tempo der persönlichen Genesung verlangsamt und das Angebot an Rehabilitationsleistungen einschränkt (Pervan et al. 2022). Bei der Aufrechterhaltung und der Fortsetzung der rehabilitativen Versorgung fordern Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und potenzielle Antragstellerinnen und Antragsteller bessere Anpassungen an die Krisensituation. Die Interviews des Forschungszugangs C zeigen, dass Personen besondere Bedürfnisse, Erwartungen und Vorbehalte in Zeiten einer Pandemie an die Rehabilitationsmaßnahme haben können. Diese äußern sich beispielsweise in Form von Ängsten vor einer Ansteckung. Die Etablierung einer psychosozialen Betreuung oder die Ausweitung bereits bestehender psychosozialer Angebote können vor diesem Hintergrund hilfreich sein. Es ist wichtig, neben den Infektionsschutzmaßnahmen die Möglichkeit sozialer Interaktion aufrechtzuerhalten, beispielsweise durch alternative Freizeitaktivitäten oder die Durchführung von Angeboten in kleinen Gruppen und/oder im Freien. Daher sind strukturelle Veränderungen im Rehabilitationswesen notwendig, um langfristig eine nutzerorientierte Rehabilitation zu gewährleisten. Digitale Strukturen können beispielsweise helfen, Gruppengrößen zu vermindern, persönliche Kontakte zu vermeiden, gleichzeitig aber soziale Interaktion aufrechtzuerhalten (Rick 2020). Einrichtungen müssen hierbei durch Rehabilitationsträger finanziell und organisatorisch unterstützt werden (Rick 2020).

Um eine nutzerorientierte Rehabilitationsversorgung für alle Menschen mit einem Rehabilitationsbedarf gewährleisten zu können, ist eine transparente Information von und eine zielgruppensensible Kommunikation mit den (potenziellen) Antragstellerinnen und -stellern und (potenziellen) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden von zentraler Bedeutung. Dafür müssen beispielweise potenzielle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden frühzeitig bei der Entscheidung zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen auch während der COVID-19-Pandemie oder anderen Krisensituationen durch Akteurinnen

und Akteure des Gesundheitssystems informiert werden (Bitzer et al. 2021). Die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer weiterhin erfolgreichen Rehabilitationsleistung unter Pandemiebedingungen sollte bereits an potenzielle Versorgungsnutzerinnen und -nutzer kommuniziert werden, um Ängsten entgegenzuwirken und voreiligen Entscheidungen gegen die Antragstellung einer Rehabilitation zu begegnen. Unzutreffende negative Erwartungen, Fehlinformationen und unbegründete Zweifel sollten durch niedrigschwellige Informationen adressiert werden. Personen mit einem Rehabilitationsbedarf sollten über eine Rehabilitationsleistung in Pandemiezeiten und ihre Besonderheiten – ihre Einschränkungen und Chancen – entsprechend informiert und aufgeklärt werden. Den (potenziellen) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollten anschließend sowohl vor Anreise zur Rehabilitation als auch während der Leistung aktuelle und verständliche Informationen zu COVID-19 oder anderen Krisen und den geltenden Schutzmaßnahmen zugänglich gemacht werden. Die Kommunikation zwischen den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und dem Gesundheitspersonal während der Rehabilitationsleistung sollte aufrechterhalten und spezifisch in Pandemiezeiten angepasst und gestärkt werden. Leibbrand und Seifart (2021) konnten durch adaptierte Kommunikationswege und Regeln erreichen, dass ein Großteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der befragten Einrichtungen äußerte, sich in der Klinik gut über die Infektion informiert zu fühlen (Leibbrand und Seifart 2021). Auch die Italian Society of Physical and Rehabilitation Medicine (SIMFER) weist auf die Notwendigkeit einer längeren und/oder engen Interaktion zwischen Patientinnen und Patienten und Fachkräften in Zeiten von Pandemien hin (Boldrini et al. 2020). Insgesamt hängen die Erwartungen an eine und die Wahrnehmungen einer Rehabilitationsleistung in Pandemiezeiten stark vom eigenen Gesundheitszustand, dem Infektionsrisiko, der persönlichen Einstellung zu COVID-19 beziehungsweise anderen Kri-

sen und den individuellen Lebensbedingungen ab. Deshalb müssen Einrichtungen bei ihrem Angebot auch und vor allem in Pandemiezeiten die Diversität der (potenziellen) Versorgungsnutzerinnen und -nutzer berücksichtigen, wenn sie nutzerorientierte Strategien entwickeln und umsetzen. Maßnahmen dürfen einzelne Gruppen nicht benachteiligen und müssen daher der Vielfalt der potenziellen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Rechnung tragen (Brzoska et al. 2012). Beispielsweise müssen sie berücksichtigen, dass Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus kollektivistischen Kulturen von Kontaktbeschränkungen wesentlich stärker betroffen sein können als Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus individualistisch geprägten Kulturen, wodurch bereits bestehende gesundheitliche Ungleichheiten weiter verstärkt werden können (Fincher et al. 2008; Mukhtar 2020). Ebenso muss den mit einzelnen Diversitätsmerkmalen einhergehenden Unterschieden in der Health Literacy in Zusammenhang mit COVID-19 beziehungsweise anderen Pandemien Rechnung getragen werden (Paakkari und Okan 2020).

#### **4.2 Perspektive von Leitungen medizinischer Rehabilitationseinrichtungen**

Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation haben im Laufe der Zeit verschiedene Maßnahmen und Strategien zum Umgang mit der COVID-19-Pandemie entwickelt, die sich jedoch in der Umsetzung häufig schwierig gestalteten. Probleme bestanden insbesondere in der Umsetzung von organisationalen Maßnahmen und Maßnahmen zur Therapiegestaltung. Problematisch war außerdem, einzelne Strategien zum Umgang mit psychosozialen Belastungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden umzusetzen. Auch einen adäquaten Umgang mit Unterstützungsbedarfen durch externe Institutionen in den Einrichtungen in Form von schneller und stetiger Kommunikation und festen Ansprechpartnerinnen und -partnern aufrechtzuerhalten, stellte eine Herausforde-

rung für die Einrichtungsleitungen dar. Diese Schwierigkeiten sind einerseits in grundlegenden finanziellen, personellen und institutionellen Einschränkungen begründet. Diese müssen durch systemische Veränderungen im Rehabilitationswesen adressiert werden, um Hindernisse und Barrieren zu überwinden und bestehende Ressourcen auszuschöpfen (Rick 2020; Pfenninger und Kaisers 2020). Andererseits spielen psychosoziale Faktoren eine bedeutende Rolle bei der Bewältigung der Pandemiesituation. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden schätzen Gruppentherapie und soziale Aktivitäten als Teil ihrer Genesung. Es gilt, Unsicherheiten und Ängste sowohl der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als auch der Mitarbeitenden multiperspektivisch zu kommunizieren und geeignete Entlastungsangebote zu schaffen. Hier können digitale Interventionen ansetzen (Rick 2020). Festgestellt werden konnte, dass die Umstellung der Rehabilitation auf eine Minimierung der persönlichen Kontakte die ohnehin bestehende digitale Kluft in der Rehabilitation hervorgehoben hat. Deutlich wurde, dass Ungleichheiten darin bestehen, wer Zugang zur Technologie hat und wer von dieser profitieren kann, und auch, welche Rehabilitationsleistungen durch Technologie profitieren können (Pervan et al. 2022). Deutlich wurde ferner, dass Einrichtungen insgesamt nicht sehr gut auf die Pandemie vorbereitet waren. Auch nach drei Jahren der Pandemiebewältigung bestehen in den Rehabilitationseinrichtungen noch immer maßgebliche Unterstützungsbedarfe, die die rehabilitative Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden betreffen. Besonders der Bedarf an eindeutigen und klaren Vorgaben und Richtlinien für die Einrichtungen stellt einen Aspekt dar, an dem für künftige Pandemien und andere Krisen gearbeitet werden muss. Klar formulierte Handlungsanweisungen zu bestimmten dynamischen Situationen sollten verfügbar sein. Auch Informationsstellen, Hinweise zu Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern und die Unterstützung in Netzwerken sind Bedarfe, denen es zu begegnen gilt,

um künftige Krisensituationen besser bewältigen zu können. Systemische Änderungen und Verbesserungen in der Organisation, beispielsweise durch eine gesicherte Verfügbarkeit von persönlicher Schutzausrüstung und von Impf- und Testmaterial sind ebenso zentral. Die finanzielle Unterstützung in Krisenzeiten und die Sicherung von personellen Ressourcen sind außerdem Aspekte, die es unter Beteiligung aller Stakeholder im Rehabilitationswesen zu klären gilt.

#### **4.3 Perspektive von Gesundheitspersonal in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen**

Rehabilitationseinrichtungen haben während der COVID-19-Pandemie verschiedene Strategien entwickelt, um eine nutzerzentrierte Rehabilitation zu gewährleisten und gleichzeitig das Infektionsrisiko zu minimieren. Im Rahmen der durchgeführten qualitativen Befragung wurde die Wahrnehmung dieser Strategien aus Perspektive von Mitarbeitenden untersucht. Das Personal ist vielfältigen Belastungen ausgesetzt, die durch die bisher umgesetzten Strategien nur unzureichend adressiert werden. Auch bestehende Literatur zeigte bereits, dass die wahrgenommenen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Gesundheitspersonal denen entsprechen, die in der Allgemeinbevölkerung festgestellt wurden (Pervan et al. 2022). Zu den psychosozialen Belastungen kommt der Stressor der Arbeitsbelastung hinzu. Auch andere Studien berichteten von einem erhöhten Arbeitsaufwand und arbeitsbezogenen gesundheitlichen Auswirkungen auf die Psyche der Mitarbeitenden (Pervan et al. 2022; Billings et al. 2021). Die Beschäftigten entwickelten eigene persönliche Bewältigungsstrategien, die ihnen dabei helfen, mit spezifischen Problemlagen umzugehen. Deutlich wird, dass die Bedürfnisse in den verschiedenen Berufsgruppen variierten und potenzielle Krisensituationen von den Mitarbeitenden unterschiedlich belastend wahrgenommen wurden. Es ist von

hoher Relevanz, die Perspektive der Mitarbeitenden von Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich ihrer Bedürfnisse und Ressourcen einzubeziehen. Unter Berücksichtigung dieser essenziellen Akteursgruppe müssen geeignete Interventionen entwickelt und umgesetzt werden. Diese sollten diversitätssensibel und personenzentriert auf die spezifischen Bedürfnisse der Mitarbeitenden angepasst werden. Bestehende Maßnahmen und Strategien müssen zudem evaluiert und gegebenenfalls weiterentwickelt werden.

#### 4.4 Stärken und Limitationen

Die Ergebnisse der Untersuchungen im Rahmen der Entwicklung des ReCoVer-Handlungskatalogs zur Bewältigung pandemiebedingter Herausforderungen liefern wichtige Ansätze für die Umsetzung von Strategien zum Umgang mit Public-Health-Krisen auf Grundlage der Bedürfnisse und Bedarfe von Versorgungsnutzerinnen und -nutzern und können so zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einem Rehabilitationsbedarf beitragen. Stärken des Projekts liegen insbesondere in der methodischen Nutzung eines Mixed-Methods-Ansatzes, durch den die Vorteile verschiedener Forschungsmethoden kombiniert werden konnten. Insgesamt wurden in dem Projekt sieben verschiedene und aufeinander aufbauende methodische Forschungsansätze angewandt. Durch die Triangulation der Ergebnisse der unterschiedlichen Forschungsansätze konnte eine hohe Validität sichergestellt und das Risiko für systematische Fehler reduziert werden. Bei der Entwicklung von Handlungsoptionen wurde ein mehrstufiger Prozess der Konsentierung genutzt, der verschiedene Zielgruppen in den Abstimmungsprozess inkludierte. Die Zielgruppe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und die Zielgruppe der Rehabilitationseinrichtungen wurden während der gesamten Projektdurchführung partizipativ in die Forschungsaktivitäten einbezogen. Der intersektionale Ansatz und

die Multi-Stakeholder-Perspektive des Projektes stellen Stärken bei der Entwicklung des Handlungskatalogs dar, wodurch unterschiedliche Bedarfe und Ressourcen abgedeckt werden konnten.

Es sind jedoch auch einige Limitationen zu berücksichtigen. Ein möglicher einschränkender Aspekt ist die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungsleitungen im Konsentierungsprozess der Handlungsoptionen. Da im Konsentierungsprozess unter anderem über die Umsetzbarkeit der Handlungsoptionen in der Versorgungspraxis abgestimmt werden sollte, ist die Anzahl von drei teilnehmenden Einrichtungsleitungen als gering zu bewerten. Dass die Handlungsoptionen im Rehabilitationsalltag Anwendung finden können, wurde jedoch durch die zum Teil in Rehabilitationseinrichtungen und -trägern tätigen Beiratsmitglieder bestätigt. Eine weitere Limitation ist, dass der ReCoVer-Handlungskatalog aufgrund begrenzter Ressourcen nicht dynamisch oder interaktiv als Online-Dokument oder App zur Verfügung gestellt werden kann. Eine digitale Version des Handlungskatalogs könnte eine Anpassung an sich stetig verändernde Bedürfnisse in Krisensituationen ermöglichen.

#### 4.5 Verfügbarkeit des ReCoVer-Handlungskatalogs

Der ReCoVer-Handlungskatalog wird online auf der Website des Lehrstuhls für Versorgungsforschung der Universität Witten/Herdecke (<https://www.uni-wh.de/versorgungsforschung>) zum Download zur Verfügung gestellt.

#### Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2020): AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. 2. Auflage 2020. Unter Mitarbeit von Ständige Kommission Leitlinien. Online verfügbar unter <http://www.awmf.de>.

- org/leitlinien/awmf-regelwerk.html, zuletzt geprüft am 23.02.2023.
- Atkins, David/Best, Dana/Briss, Peter A./Eccles, Martin/Falck-Ytter, Yngve/Flottorp, Signe et al.* (2004): Grading quality of evidence and strength of recommendations. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 328 (7454), S. 1490. DOI: 10.1136/bmj.328.7454.1490.
- Barnett, Michael L. und Grabowski, David C.* (2020): Nursing Homes Are Ground Zero for COVID-19 Pandemic. In: *JAMA Health Forum* 1 (3), e200369. DOI: 10.1001/jamahealthforum.2020.0369.
- Billings, Jo/Ching, Brian Chi Fung/Gkofa, Vasiliki/Greene, Talya und Bloomfield, Michael* (2021): Experiences of front-line healthcare workers and their views about support during COVID-19 and previous pandemics: a systematic review and qualitative meta-synthesis. In: *BMC health services research* 21 (1), S. 923. DOI: 10.1186/s12913-021-06917-z.
- Bitzer, Eva Maria/Ansmann, Lena/Hörold, Madlen/Lyssenko, Lisa und Apfelbacher, Christian* (2021): „... oder doch lieber daheimbleiben?“ – Unterstützung bei der Entscheidung zur Inanspruchnahme der Regelversorgung während der COVID-19-Pandemie durch Akteure des Gesundheitssystems. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 64 (3), S. 277–284. DOI: 10.1007/s00103-021-03282-4.
- Boldrini, Paolo/Bernetti, Andrea und Fiore, Pietro* (2020): Impact of COVID-19 outbreak on rehabilitation services and Physical and Rehabilitation Medicine physicians' activities in Italy. An official document of the Italian PRM Society (SIMFER). In: *European journal of physical and rehabilitation medicine* 56 (3), S. 316–318. DOI: 10.23736/S1973-9087.20.06256-5.
- Brzoska, Patrick/Geiger, Ingrid K./Yilmaz-Aslan, Yüce et al.* (2012): Diversity Management in der (rehabilitativen) Gesundheitsversorgung – heute ein Muss. In: *Deck, Ruth/Glaser-Möller, Nathalie und Kohlmann, Thomas* (Hrsg.): *Rehabilitation bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen*. Lage: Jacobs Verlag, S. 99–111.
- Creswell, John W. und Plano Clark, Vicki L.* (2007): *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2018): *Reha-Bericht 2018*. Berlin. Online verfügbar unter [https://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-7799-6231-1.pdf](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2018.html#:~:text=Der%20knapp%20100%2Dseitige%20Bericht,der%20Rentenversicherung%20f%C3%BCr%20die%20Rehabilitation, zuletzt geprüft am 21.07.2022.</a></p>
<p><i>Fincher, Corey L./Thornhill, Randy/Murray, Damian R. und Schaller, Mark</i> (2008): Pathogen prevalence predicts human cross-cultural variability in individualism/collectivism. In: <i>Proceedings. Biological sciences</i> 275 (1640), S. 1279–1285. DOI: 10.1098/rspb.2008.0094.</p>
<p><i>Gosch, M./Singer, K./Kwetkat, A. und Hepner, H. J.</i> (2020): Geriatrie in Zeiten von Corona. In: <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie</i> 53 (3), S. 228–232. DOI: 10.1007/s00391-020-01725-2.</p>
<p><i>Korzilius, Heike</i> (2020): Medizinische Rehabilitation. Einrichtungen in der Coronakrise. In: <i>Deutsches Ärzteblatt</i> (117), A924–A926.</p>
<p><i>Kuckartz, Udo und Rädiker, Stefan</i> (2022): <i>Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung</i>. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden). Online verfügbar unter <a href=).
- Leibbrand, Birgit und Seifart, Ulf* (2021): *Ökologische Rehabilitation und Entwicklung von Strategien in Krisensituationen am Beispiel der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 unter Berücksichtigung einer Patienten- und Mitarbeiterbefragung*. In: *Die Rehabilitation* 60 (2), S. 142–151. DOI: 10.1055/a-1361-5017.

- Mukhtar, Sonia* (2020): Mental Health and Psychosocial Aspects of Coronavirus Outbreak in Pakistan: Psychological Intervention for Public Mental Health Crisis. In: Asian journal of psychiatry 51, S. 102069. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102069.
- Murphy, M. K./Black, N. A./Lamping, D. L./McKee, C. M./Sanderson, C. F./Askham, J. und Marteau, T.* (1998): Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. In: Health technology assessment (Winchester, England) 2 (3), i-iv, 1–88.
- Oberhofer, Elke* (2020): Aus Angst vor Corona nicht zum Arzt? Drohende Versorgungskrise. In: MMW Fortschritte der Medizin 162 (9), S. 20–21. DOI: 10.1007/s15006-020-0461-4.
- Paakkari, Leena und Okan, Orkan* (2020): COVID-19: health literacy is an underestimated problem. In: The Lancet Public Health 5 (5), e249-e250. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30086-4.
- Pervan, Luke/Parker, Stephen/Wheeler, Maddison und Dark, Frances* (2022): Understanding the Impact of COVID-19 on People with Severe and Persistent Mental Illness within Rehabilitation Services: A Thematic Analysis. In: Journal of psychosocial rehabilitation and mental health, S. 1–11. DOI: 10.1007/s40737-022-00320-5.
- Pfenninger, E. G. und Kaisers, U. X.* (2020): Bevorratung persönlicher Schutzausrüstung in Kliniken zur Vorbereitung auf eine Pandemie. In: Der Anaesthetist 69 (12), S. 909–918. DOI: 10.1007/s00101-020-00843-1.
- Rick, Oliver* (2020): Rehabilitation in Zeiten von COVID-19. In: InFo Hämatol Onkol 23 (9), S. 18–22. DOI: 10.1007/s15004-020-8216-z.
- Tricco, Andrea C./Lillie, Erin/Zarin, Wasifa/O'Brien, Kelly K./Colquhoun, Heather/Levac, Danielle et al.* (2018): PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. In: Annals of internal medicine 169 (7), S. 467–473. DOI: 10.7326/M18-0850.
- Zheng, Zhaohai/Peng, Fang/Xu, Buyun/Zhao, Jingjing/Liu, Huahua/Peng, Jiahao et al.* (2020): Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. In: The Journal of infection 81 (2), e16-e25. DOI: 10.1016/j.jinf.2020.04.021.

*Anschrift der Verfasserinnen und Verfasser:*

Kübra Annac  
 Jana Fieselmann  
 Diana Wahidie  
 Dr. Sabahat Ölcer  
 Anna Audia  
 Dr. Yüce Yılmaz-Aslan  
 Prof. Dr. PH Patrick Brzoska  
 Universität Witten/Herdecke  
 Fakultät für Gesundheit/Department  
 für Humanmedizin  
 Lehrstuhl für Versorgungsforschung  
 Alfred-Herrhausen-Straße 50  
 58448 Witten