

Jahresbericht 2016



IFR Ulm
Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung
an der Universität Ulm

Am Kurpark 1
88422 Bad Buchau
Tel.: (+49) 7582-800 5300
<http://www.ifr-ulm.de>



PRÄAMBEL

Aus Gründen der Vereinfachung wird im folgenden Text die männliche Form verwendet. Die jeweiligen Begriffe gelten jedoch in der männlichen und weiblichen Form entsprechend.

Inhaltsverzeichnis

1.	VORWORT	1
2.	LEITBILD.....	3
3.	STIFTUNG FÜR REHABILITATIONSMEDIZINISCHE FORSCHUNG	5
3.1	Gründungshistorie und Stifter.....	5
3.2	Kuratorium.....	5
3.3	Vorstand	6
3.4	Wissenschaftlicher Beirat	6
3.5	Versorgungspolitischer Beirat	7
4.	PERSONAL.....	8
5.	FORSCHUNGSTÄTIGKEITEN	12
5.1	Langfristige Nachbeobachtung zum Modellprojekt „Hausärzte“	12
5.2	Nachhaltigkeit der Effekte einer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen.....	16
5.3	Nachsorge im Bereich der Kinder und Jugendrehabilitation.....	19
5.4	Welche Maßnahme für wen? Evaluation des mittelfristigen Ergebnisses von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Berufsförderungswerken	21
5.5	Beruflich orientierte Rehabilitation von Suchtkranken in Stufen – Evaluation des beruflich orientierten Integrationsförderprogramms	23
5.6	Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe.....	26
5.7	Evaluation des Übergangs von der Akutklinik zur Anschlussrehabilitation	28
5.8	Rehabilitationszugang und -bedarf: Sektorenübergreifende Analyse von Versorgungsdaten der AOK und DRV Baden-Württemberg.....	31
5.9	Evaluation des Behandlungskonzepts für die Indexdiagnose S72 (Oberschenkelfraktur) in der geriatrischen Rehabilitation „AOK-proReha Geriatrie“36	
5.10	Prädiktoren des Rehabilitationserfolgs nach Becken- und Acetabulumfrakturen	39
5.11	Entwicklung eines intuitiv bedienbaren bewegungsunterstützenden Robotergeräts mit Selbstanpassung (SE_BURG)	41

5.12	Kosten-Nutzen-Bewertung der orthopädischen Rehabilitation bei Rückenschmerzen	44
5.13	Reha-QM-Outcome-Studie Baden-Württemberg: Analyse der dreijährigen Nachbeobachtung	48
5.14	Evaluation der Effekte der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation bei kardiologischen und pneumologischen Rehabilitanden der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl	52
5.15	Zugang und Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen sowie Effekte auf die Erwerbs- und Pflegeprognose	55
6.	VERANSTALTUNGEN	59
7.	LEHRE AN DER UNIVERSITÄT ULM	60
7.1	Querschnittsfach Q12 „Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren“	60
7.2	Wahlmodul „Praxis der Physikalischen Medizin und Rehabilitation“ (W911)	62
7.3	Außeruniversitäre Engagements	64
8.	KOMPETENZZENTRUM REHABILITATION AN DER UNIVERSITÄT ULM	65
9.	QUALIFIKATIONSARBEITEN	66
9.1	Dissertationen	66
9.2	Sonstige Qualifikationsarbeiten	69
10.	PUBLIKATIONEN	70
10.1	Veröffentlichungen in Fachzeitschriften	70
10.2	Kurzveröffentlichungen	71
10.3	Vorträge	74
10.4	Poster	77

1. VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir blicken zurück auf ein sehr erfolgreiches Jahr 2016! Die Rehabilitation als wesentlicher Pfeiler in der Versorgung chronisch Kranker und Behinderter, von Verletzten und nach Operationen sieht sich ständig mit den Erwartungen nach Belegen für deren Wirksamkeit und Nutzen konfrontiert. Obgleich sich die Frage stellt, inwieweit ein sich gesellschaftlich so bewährter Pfeiler für seine Existenz und Bewahrung selbst beweisen muss, umso mehr ist diese Erwartung eine Herausforderung für uns und die gesamten Rehabilitationswissenschaften.

Das IFR Ulm hat im Jahr 2016 mit zahlreichen Projekten und Projektbeteiligungen genau diese Herausforderungen angenommen und liefert nun Belege für den Nutzen und die Wirksamkeit der Rehabilitation!

Durch die QM-Outcome Studie konnten zahlreiche, nachhaltige Effekte der Rehabilitation und der Nutzen nachgewiesen werden. Weitere Untersuchungen belegten die Wirksamkeit der Rehabilitation auf eine positive Erwerbsprognose. Und nicht zuletzt zeigt unsere aktuelle Kosten-Nutzenanalyse eindrucklich den Nutzen der Rehabilitation für eine Verminderung von Arbeitsunfähigkeit über den Verlauf von zwei Jahren! Diese und zahlreiche weitere Studienergebnisse sind die Früchte jahrelanger Arbeiten, auf die wir stolz sind! Meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern am IFR Ulm gilt für ihren herausragenden Einsatz, Ihren Fleiß und ihre Kontinuität mein ganz besonderer Dank!

Das IFR Ulm hat sich zwischenzeitlich als verlässlicher Partner in den Rehabilitationswissenschaften nicht nur in Baden-Württemberg, sondern weit darüber hinaus etabliert. Wir nehmen mit Freude die sehr positive Resonanz auf die hohe Qualität unserer Beiträge in Publikationsorganen wie DIE REHABILITATION entgegen. Wir sind stolz darauf, auf dem Rehakolloquium als die Institution aufzufallen, die nicht nur mit den meisten Beiträgen vertreten ist, sondern denen eine kontinuierliche hohe Qualität bescheinigt wird. Dieses Lob ist uns Ansporn und Motivation genug, diesen Weg verlässlich und selbstbewusst weiter zu beschreiten!

Das IFR Ulm verdankt diesen Erfolg der zuverlässigen und jahrelangen Unterstützung seiner Stifter und Zustifter. Mein großer Dank gilt daher der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, den Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG, dem Universitätsklinikum Ulm sowie der Universität Ulm, der Moor-Heilbad Buchau gGmbH, der Nanz Medico GmbH & Co. KG und den RehaZentren der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg gGmbH. Ohne die von den Stiftern und Zustiftern bereitgestellten Fördermittel wären die Leistungen und Erfolge der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IFR Ulm schlichtweg nicht zu erbringen. Sie ermöglichen uns die Vorbereitungen neuer Projekte mit Antragstellungen, die Mitarbeit in den zahlreichen Kommissionen und Fachgesellschaften, AGs, Sektionen und der

Lehre, und nicht zuletzt die methodischen Beratungen und die wissenschaftliche Unterstützung verschiedener Institutionen, Kliniken und anderen Einrichtungen. Im Namen aller Beteiligten, und insbesondere der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am IFR Ulm sagen wir Ihnen hierzu herzlichen Dank!

Mein ganz besonderer Dank gilt zudem der AOK Baden-Württemberg, die sich als Projektpartner bei zahlreichen Fragen zur und um die Rehabilitation als der wichtigste Partner für das IFR Ulm entwickelt hat! Wir freuen uns, zusammen mit der AOK Baden-Württemberg auch weiterhin an der Ausgestaltung der Rehabilitation und dem Nachweis des Nutzens unseres gemeinsamen Engagements zu arbeiten.

Wir blicken gemeinsam auf ein gutes und erfolgreiches Berichtsjahr zurück und freuen uns auf die vor uns liegenden, anstehenden Herausforderungen. Der Jahresbericht 2016 möge Ihnen einen Einblick in die aktuellen Arbeiten am IFR Ulm geben und ich hoffe, dass er ihnen darüber hinaus Impulse liefert, wie wir gemeinsam die Rehabilitation als Sektor in der Gesundheitsversorgung stärken und weiter ausgestalten können!

Ich wünsche Ihnen eine interessante und gewinnbringende Lektüre!

Ihr



Prof. Dr. Gert Krischak



2. LEITBILD

A. Wir sind

Die Stiftung für Rehabilitationsmedizinische Forschung wurde 1999 von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und den Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG als Stiftung des bürgerlichen Rechts gegründet. Seither wurde die Stiftung um das Universitätsklinikum Ulm, die Universität Ulm, die Nanz Medico GmbH & Co. KG, die Moor-Heilbad Buchau gGmbH und die RehaZentren der Deutschen Rentenversicherung gGmbH stetig erweitert. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben in Wissenschaft und Lehre wurde das Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm) als das Organ der Stiftung eingerichtet.

B. Unsere Ziele

Im Mittelpunkt ihrer Arbeit steht die Förderung einer anwendungsorientierten Forschung in den Bereichen Rehabilitation und Prävention. Unsere Arbeit basiert auf der Vorstellung, dass es gelingen muss, alle chronisch kranken, behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen am Leben in der Gesellschaft und im Beruf wieder teilhaben zu lassen. Dabei gehen wir von einem Gesundheitsbegriff aus, der die physische, psychische und soziale Dimension umfasst.

C. Unsere Kompetenzen

Im Zuge unserer wissenschaftlichen Tätigkeit erarbeiten wir Konzepte, Methoden und Strukturen der Prävention und Rehabilitation und entwickeln diese weiter. Wir verfolgen hierbei streng die Grundsätze der evidenzbasierten Medizin und bearbeiten unsere Themengebiete auf universitärem Niveau. Da wir eine interdisziplinäre Rehabilitationsforschung verfolgen, unterhalten und pflegen wir Kooperationen mit nationalen und internationalen Forschungseinrichtungen und Forschungsgruppen. Im gegenseitigen Austausch und durch die Beteiligung an mehreren Projekten stehen wir mit Universitäten, Leistungserbringern und Kostenträgern sowie Forschungsverbänden und verschiedenen Fachdisziplinen auf dem Gebiet der Rehabilitation in engem Kontakt.

D. In der Wissenschaft

Wir führen Forschungsprojekte auf dem Gebiet der Rehabilitationswissenschaften und der Prävention durch. Unsere Kernkompetenzen sind die Optimierung sektorenübergreifender Behandlungsketten (von der Prävention über die Akutversorgung, die Rehabilitation bis zur Nachsorge), die Versorgungsforschung, Kosten-/Nutzenanalysen und Wirksamkeitsstudien von Maßnahmen in Rehabilitation und Prävention, die physikalische Therapie, die Erfor-

schung des Rehabilitationsbedarfs und -zugangs, die Optimierung der Nachhaltigkeit der Rehabilitation, die Patientenorientierung (Empowerment), die datenbankgestützte Auswertung medizinischer Daten und die Erschließung von Routinedaten für die rehabilitationsmedizinische Forschung. Darüber hinaus sind wir offen für alle aktuellen Entwicklungen und Fragestellungen auf diesen Gebieten.

E. In der Lehre

Wir verantworten und lehren das Pflichtfach für Studierende der Medizin „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ (Querschnittsbereich Q12) sowie das Wahlfach „Praxis der Physikalischen Medizin und Rehabilitation“ (W911) an der Universität Ulm und wirken damit auf die Gestaltung des Fachgebietes ein. Das Engagement in der Lehre ermöglicht es, Studierende der Humanmedizin zu erreichen und diese für das Fachgebiet der Rehabilitationsmedizin und -forschung zu begeistern. Mit den jungen Kolleginnen und Kollegen führen wir einen intensiven Dialog und erleichtern ihnen so den Zugang zu den vom IFR Ulm angebotenen Promotionsthemen.

F. In der ärztlichen Fort- und Weiterbildung

Wir wirken bei der ärztlichen Fort- und Weiterbildung mit, um eine Umsetzung der Forschungsergebnisse in die Versorgungspraxis zu unterstützen und zu einer hohen Versorgungsqualität beizutragen.

G. In der Beratung

Wir unterstützen und beraten alle in der Rehabilitation arbeitenden Institutionen und Kliniken bei wissenschaftlichen Fragestellungen und Forschungsvorhaben. Diese nehmen das Angebot gerne bei der Planung von Studien sowie der Vorbereitung von Forschungsanträgen, bei Fragen zu methodischen Aspekten und Fragen des Datenmanagements an.

H. Qualität

Wir tragen zu einer hochwertigen Prävention und Rehabilitation bei. Qualität ist für uns daher der Maßstab, an dem wir unsere Ergebnisse messen. Dazu zählen wir auch die menschliche und fachliche Kompetenz und eine ausreichende Ausstattung personeller, technischer und organisatorischer Ressourcen.

3. STIFTUNG FÜR REHABILITATIONSMEDIZINISCHE FORSCHUNG

3.1 Gründungshistorie und Stifter

Das IFR Ulm ist eine gemeinnützige Einrichtung einer 1995 gegründeten Stiftung für Rehabilitationsmedizinische Forschung, die von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und den Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG gemeinsam ins Leben gerufen wurde. Im Jahr 1999 trat das Universitätsklinikum Ulm der Stiftung bei. Seit dem Jahr 2011 ist die Moor-Heilbad Buchau gGmbH neue Zustifterin, 2012 folgten die Nanz medico GmbH & Co. KG, 2014 die RehaZentren der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg gGmbH. Die Stiftung setzt sich aus einem Kuratorium, dem Vorstand, dem wissenschaftlichen und dem versorgungspolitischen Beirat zusammen. Nähere Informationen finden Sie unter www.ifr-ulm.de.

3.2 Kuratorium

Für die Arbeit der Stiftung im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben legt das Kuratorium die Grundlagen fest und überwacht deren Einhaltung. Es setzt sich aus den Vertretern der Stifter und Zustifter zusammen und der Universität Ulm, dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, der Deutschen Rentenversicherung Bund, sowie mehreren, der Rehabilitation nahestehenden Persönlichkeiten.

Folgende Mitglieder gehören/gehörten dem Kuratorium an:

- MR S. Asmussen, Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentren, Inklusion, Landesarbeitsstelle Kooperation, Ministerium für Kultus, Jugend und Sport, Baden-Württemberg
- K. Bauer, Vorstandsmitglied der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Dr. C. Baumbach, Leitung Sparte Rehabilitation, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG
- P. Biler, Vorstandsmitglied der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, stellvertretender Vorsitzender des Kuratoriums
- G. Frenzer-Wolf, Vorstandsmitglied der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Prof. Dr. F. Gebhard, Ärztlicher Direktor, Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Ulm, Vorsitzender des Kuratoriums
- Prof. Dr. H. Gündel, Ärztlicher Direktor, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

- Dr. H.-G. Haaf, Leiter der Referats Weiterentwicklung, Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung, Deutsche Rentenversicherung Bund
- Dr. Chr. Hermann, Vorstandsvorsitzender, AOK Baden-Württemberg
- W. Hummler, Geschäftsführer, Moor-Heilbad Buchau gGmbH
- Prof. Dr. U.X. Kaisers, Leitender ärztlicher Direktor, Universitätsklinikum Ulm
- Dr. P. Kienzle, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg
- U. Mootz, Geschäftsführerin, Nanz Medico GmbH & Co. KG
- Dr. C. Schaal, Geschäftsführerin, RehaZentren der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg gGmbH
- E. Schneider, Geschäftsführer, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG
- A. Schwarz, Erster Direktor, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Dr. J. Stumpp, Kfm. Direktor und Vorstandsvorsitzender, Universitätsklinikum Ulm
- Dr. J. Warmbrunn, Ministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Bad.-Württemberg
- Prof. Dr. Th. Wirth, Dekan der Medizinischen Fakultät, Universität Ulm
- Prof. Dr.-Ing. M. Weber, Präsident, Universität Ulm

3.3 Vorstand

Der Vorstand der Stiftung für Rehabilitationsmedizinische Forschung setzt sich aus dem geschäftsführenden Vorstand Prof. Dr. med. G. Krischak, dem ersten stellvertretenden Vorstand Herrn Prof. Dr. F. Walling, Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen, Ludwigsburg und der zweiten Stellvertretenden Frau Prof. A. Ignatius des Universitätsklinikums Ulm zusammen.

3.4 Wissenschaftlicher Beirat

Der wissenschaftliche Beirat berät das IFR Ulm bei der Initiierung, Planung, Koordination und Durchführung von Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der Rehabilitation und Prävention. Des Weiteren unterstützt er das IFR Ulm in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Studenten der Universität Ulm sowie der in Klinik und Praxis tätigen Ärzte auf dem Gebiet der Rehabilitation.

Folgende Mitglieder gehören dem wissenschaftlichen Beirat an:

- Dr. E. Hammerschmidt, Sozialmedizinisches Zentrum, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Karlsruhe
- Prof. Dr. M. Huber-Lang, Universitätsklinikum Ulm
- Prof. Dr. P.-J. Hülser, Waldburg-Zeil-Kliniken GmbH & Co.KG
- Prof. Dr. R. Muche, Universität Ulm, stellvertretender Vorsitzender, Vorsitzender des Beirats seit 11/2016
- PD Dr. G. Müller, Moor-Heilbad Buchau gGmbH, Vorsitzender des Beirats bis 11/2016
- Dr. R. Nechwatal, RehaZentren der DRV Baden-Württemberg gGmbH
- Prof. Dr. M. A. Rieger, Universitätsklinikum Tübingen
- Dr. U. Vieregge, Nanz medico GmbH & Co. KG
- Prof. Dr. J. von Wietersheim, Universitätsklinikum Ulm, stellvertretender Vorsitzender des Beirats seit 11/2016

3.5 Versorgungspolitischer Beirat

Der versorgungspolitische Beirat unterstützt das IFR Ulm neben der Initiierung, Planung, Koordination und Durchführung von Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der Rehabilitation und Prävention zudem bei der Durchführbarkeit von Projekten, bei der Entwicklung von Innovationen und Konzepten in der Versorgungsforschung, sowie bei der Umsetzung der Erkenntnisse und Fortschritte auf dem Gebiet der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation in die Praxis.

Folgende Mitglieder gehören dem versorgungspolitischen Beirat an:

- M. Einwag, Hauptgeschäftsführer, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.
- U. Hartschuh, Abteilung Sozialmedizinischer Dienst, Reha-Management, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- A. Schmöller, Fachbereichsleiter, AOK Baden-Württemberg, stellvertretender Vorsitzender des Beirats
- M. v. Wartenberg, stellvertretende Vorsitzende, Krebsverband Baden-Württemberg e.V., Vorsitzende des Beirats
- N.N., Ministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Bad.-Württemberg

4. PERSONAL

Folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiteten im Berichtsjahr am IFR Ulm.

Prof. Dr. med. Gert Krischak, MBA

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Facharzt für Chirurgie, Spezielle Unfallchirurgie, Sportmedizin, Physikalische Therapie, Master of Business Administration

Prof. Dr. G. Krischak ist wissenschaftlicher Leiter des IFR Ulm und Vorsitzender des Vorstands der Stiftung. Als geschäftsführender Vorstand vertritt er die Stiftung und führt die Geschäfte entsprechend der Satzung und den Beschlüssen des Kuratoriums aus. Prof. Dr. G. Krischak betreut Promotions- und Habilitationsarbeiten und lehrt im Querschnittsblock 12 (Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren) und im Wahlmodul W911 (Praxis der Physikalischen Medizin und Rehabilitation) an der Universität Ulm. Darüber hinaus ist Prof. Dr. G. Krischak als Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Federseeklinik Bad Buchau tätig. Prof. Dr. G. Krischak ist Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) und stellv. Sprecher der Kommission Wissenschaft und Forschung der DGPMR.

Martina Riegger

Sekretärin, Assistentin der Geschäftsführung

Frau M. Riegger war seit Januar 2015 als Sekretärin und Assistentin der Geschäftsführung am IFR Ulm tätig. Mit langjähriger Berufserfahrung als Assistentin in verschiedenen Industriebetrieben und Kliniken unterstützte Frau M. Riegger die Geschäftsführung des IFR Ulm bei administrativen Aufgaben, wie Reiseplanung und Reisekostenabrechnung, vorbereitende Buchhaltung, vorbereitendes Personalwesen und Vertragsgestaltung. Im Dezember 2016 hat Frau M. Riegger das IFR Ulm verlassen.

Jenny Mohr

Sekretärin, Assistentin der Geschäftsführung

Frau J. Mohr ist seit Oktober 2016 als Sekretärin und Assistentin der Geschäftsführung am IFR Ulm tätig. Nach vielen Jahren an Berufserfahrung in unterschiedlichen Unternehmensbereichen bringt Sie mit der Weiterbildung zum Wirtschaftsfachwirt das nötige Know-how mit, um die Geschäftsführung bestmöglich in allen administrativen und operativen Bereichen zu unterstützen. Hauptverantwortlich sind Ihr die Bereiche Buchhaltung, Controlling, Personalwesen sowie die Verwaltung der Drittmittel unterstellt.

Andrea Dehmel

Sekretärin, Assistentin der Geschäftsführung

Frau A. Dehmel arbeitet seit Dezember 2016 als Sekretärin und Assistentin der Geschäftsführung am IFR Ulm. Sie blickt ebenfalls auf eine langjährige Berufserfahrung in den Bereichen Sekretariat und Organisation zurück. Ihre Schwerpunkttätigkeiten umfassen nebst allgemeinen Verwaltungstätigkeiten die gesamte Abwicklung der Projekte bezüglich Reiseplanung und Reisekostenabrechnung. Maßgeblich ist Sie an der Kommunikation nach außen beteiligt und ist Ansprechpartnerin für Stiftungsfragen sowie des Lehrsekretariats.

Dr. biol. hum. Dipl. Inform. Rainer Kaluscha

Diplom-Informatiker, Anwendungsfach Psychologie

Herr Dr. R. Kaluscha ist stellvertretender wissenschaftlicher Leiter am IFR Ulm. Seine Tätigkeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen Datenanalyse und Methodik in der Versorgungsforschung mit umfangreichen Routinedaten aus Sozialversicherung und Rehabilitationseinrichtungen sowie in der statistischen Planung und Auswertung von klinischen Studien. Herr Dr. R. Kaluscha ist zudem Lehrbeauftragter für Q12 an der Universität Ulm.

Lena Tepohl, M.A.

M.A. Gesundheitsmanagement, Diplom Physiotherapeutin (FH)

Frau L. Tepohl ist seit 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFR Ulm und im Januar 2016 hat sie die Bereichsleitung Projektorganisation übernommen. Neben ihren Aufgaben als Bereichsleiterin beschäftigt sich Frau L. Tepohl in ihrer Promotion mit dem Thema gesundheitsökonomischer Nutzen der medizinischen Rehabilitation. Darüber hinaus koordiniert sie das Projekt „Evaluation von Becken- und Acetabulumfrakturen“ in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft Becken der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie/Arbeitsgemeinschaft Osteosynthese (DGU/AO).

Silke Jankowiak, M.Sc.

M.Sc. Public Health, B.Sc. Sportwissenschaften

Frau S. Jankowiak ist seit 2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFR Ulm. Ihr Schwerpunkt ist die Untersuchung sektorenübergreifender Behandlungsketten von der Prävention über die Akutversorgung und die Rehabilitation bis hin zur Nachsorge. Ferner arbeitet sie an Themen des Rehabilitationszugang und -bedarfs und evaluiert auf Basis von Befragungs- und Routinedaten Modellvorhaben in der Rehabilitation hinsichtlich ihrer Machbarkeit und Wirksamkeit.

Lucia Schmid, M.A.

M.A. Rehabilitation und Gesundheitsmanagement, B.A. Sportwissenschaft

Frau L. Schmid ist seit 2013 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFR Ulm tätig. Sie arbeitet an Projekten aus dem Themengebiet der beruflichen Rehabilitation. Insbesondere beschäftigt sie sich hier mit der Analyse von Routinedaten. Des Weiteren betreut Sie das Projekt zur Entwicklung eines Fallmanagementkonzeptes für die Deutsche Rentenversicherung.

Julia Dannenmaier, M.Sc.

B.Sc. und M.Sc. Mathematische Biometrie

Frau J. Dannenmaier arbeitet seit 2014 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFR Ulm. Zu ihren Tätigkeiten zählen Analysen von Routinedaten und die Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen. Darüber hinaus unterstützt sie klinische Projekte in Bezug auf Fallzahlplanung, statistische Methodik und Durchführung der Analysen.

Sabrina Ritter, M.A.

M.A. Gesundheitspädagogik, B.A. Gesundheitsförderung

Frau S. Ritter arbeitet seit 2014 am IFR Ulm an Themen der Versorgungsforschung. Dabei gehört die statistische Analyse von Rehabilitationsergebnissen auf Grundlage von Befragungs- und Routinedaten, die Untersuchung von Behandlungsverläufen sowie die Evaluation von Modellprojekten zu ihren Aufgaben. Ihr Themenschwerpunkt liegt vorwiegend im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation.

Sebastian Knapp, Mag.

Mag. Sportwissenschaften, Erziehungswissenschaft und Japanologie

Herr S. Knapp arbeitet seit 2016 am IFR Ulm. Der Schwerpunkt seiner Tätigkeit liegt in der Betreuung klinischer Projekte einschließlich der wissenschaftlichen Evaluation des Modellvorhabens *AOK-proReha Geriatrie* sowie der Entwicklung von Kniebewegungsschienen mit integrierter Sensorik.

Brammatheepan Balasanmugathevan, M.Sc.

Herr B. Balasanmugathevan ist seit 2016 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am IFR Ulm beschäftigt. Seine Tätigkeitsschwerpunkte liegen in der Analyse großer Routinedatensätze im Themengebiet der Versorgungsforschung.

Linda Godel

Diplom Physiotherapeutin (FH)

Frau L. Godel war seit 2014 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFR Ulm tätig. Am IFR Ulm beschäftigte sie sich mit der Erarbeitung neuer Konzepte, Methoden und Strukturen in der Rehabilitation. Darüber hinaus arbeitete sie an der Evaluation im Projekt *AOK-proReha Geriatrie*. Im März 2016 hat Frau L. Godel das IFR Ulm verlassen.

Angelina Schemm, M.A.

M.A. Gesundheitsförderung, B.Sc. Physiotherapie

Frau A. Schemm ist seit 2014 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFR Ulm tätig. Schwerpunkt ihrer Forschung ist die Evaluation und Optimierung von Nachbehandlungen mittels Kniebewegungsschienen. Im Rahmen dieses Schwerpunktes arbeitet sie an einem BMBF geförderten Projekt zur Entwicklung einer an das Nutzerverhalten selbstanpassenden Bewegungsschiene mit und beschäftigt sich im Rahmen ihrer Dissertation mit dem Vergleich einer aktiven versus passiven Bewegungsschiene nach Erhalt einer Knieendoprothese. Seit Oktober 2016 ist Frau A. Schemm in Elternzeit.

Marina Nusser, M.Sc.

M.Sc. Therapiewissenschaft, B.Sc. Physiotherapie

Frau M. Nusser war seit 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am IFR Ulm. Sie arbeitete neben der Entwicklung von Trainingsformen und -konzepten an der Wirbelsäule an der Entwicklung robotergestützter Bewegungshilfen in der Rehabilitation. Im Juli 2016 hat Frau M. Nusser das IFR Ulm verlassen.

Folgende Mitarbeiterin war 2016 als Praktikantin am IFR Ulm tätig:

- **Esma Boz**

Folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren 2016 als wissenschaftliche Hilfskräfte am IFR Ulm tätig:

- **Lena Zimmermann**
- **Dr. med. Stefanie Schilf**
- **Peter Gahl**

5. FORSCHUNGSTÄTIGKEITEN

5.1 Langfristige Nachbeobachtung zum Modellprojekt „Hausärzte“

Hintergrund

Mit der Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung ist der Rehabilitationsprozess noch nicht zu Ende: das Erreichte muss gefestigt und der Nachsorgeplan umgesetzt werden. Dabei spielt der Hausarzt eine wichtige Rolle. Mit einer zwischen der DRV Baden-Württemberg und dem Deutschen Hausärzterverband Baden-Württemberg (HVBW) getroffenen Kooperationsvereinbarung soll die Einbindung der Hausärzte in die Nachsorge chronisch Kranker intensiviert werden.

Die Hausärzte führen hierbei nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme mit ihrem Patienten ein Rückkehrgespräch und bewerten dabei auch das Ergebnis der Rehabilitationsmaßnahme aus ihrer Sicht. Ein Jahr später erfolgt ein weiteres Arzt-Patienten-Gespräch (Katamnesegespräch) hinsichtlich den umgesetzten Nachsorgemaßnahmen und dem aktuellen Gesundheitszustand. Zu beiden Zeitpunkten übermittelt der Hausarzt seine Einschätzungen per Fragebogen an die DRV Baden-Württemberg. Ziel ist es dabei, das Augenmerk der Hausärzte verstärkt auf die Reha-Nachsorge zu lenken und so eine bessere Umsetzung der empfohlenen Nachsorgeaktivitäten zu bewirken.

In einem bereits erfolgreich abgeschlossenen wissenschaftlichen Projekt des IFR Ulm wurden die Fragebögen der Hausärzte und Patienten ausgewertet. Ferner wurde anhand von Routinedaten der DRV Baden-Württemberg (Rehabilitationsstatistikdatenbasis - RSD) der Erwerbsstatus der Teilnehmer am Modellprojekt ein Jahr lang nachbeobachtet. Dabei zeigten sich positive Effekte auf das sozialversicherungspflichtige Entgelt, die Beschäftigungs- und Arbeitsunfähigkeitstage sowie die Sozialversicherungsbeiträge. Weiterhin stellte sich heraus, dass sowohl die unmittelbar nach der Rehabilitation erfolgte Beurteilung des Rehabilitationsergebnisses durch den Hausarzt als auch die rückschauende Beurteilung des Ergebnisses durch den Rehabilitanden sich in den objektiven Daten, d.h. im Erwerbsstatus widerspiegeln. Dabei geht eine positive Bewertung der Rehabilitation durch den Hausarzt bzw. Patienten mit einer höheren Beitragszahlung im Jahr nach der Reha einher.

Projektziel

Ziel der Anschlussstudie ist die Überprüfung der Nachhaltigkeit des Modellprojekts im zweiten und dritten Folgejahr der Rehabilitation. Ferner erlaubte es die längere Nachbeobachtungszeit, auch das Rentengeschehen zu analysieren. Außerdem soll der Zusammenhang zwischen subjektiven Einschätzungen des Rehabilitationsergebnisses durch den Rehabilitanden bzw. Hausarzt und objektiven Ergebnisparametern mittels statistischer Verfahren (mul-

tivariate Regressionsmodelle) überprüft werden, die es erlauben, vorbestehende Patientenmerkmale bei der Bewertung der Behandlungsergebnisse zu berücksichtigen.

Methodik

Um die Effekte des Modellprojekts im zweiten und dritten Folgejahr der Rehabilitation zu bestimmen, wurden Rehabilitanden, deren Hausärzte Mitglied im Hausärzterverband Baden-Württemberg sind (Projektteilnehmer), mit einer Vergleichsgruppe, bestehend aus den übrigen Rehabilitanden der DRV Baden-Württemberg, verglichen. Der Vergleich der beruflichen Teilhabe zwischen den Projektteilnehmern und der Vergleichsgruppe erfolgte auf Basis der RSD aus dem Jahr 2014 mit der Zielgröße „Erwerbsstatus“. Eingeschlossen wurden Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter, die im Jahr 2010 bzw. 2011 ein Heilverfahren durchgeführt haben. Der Einfluss des Modellprojekts auf den Erwerbsstatus wurde mittels multivariater Analysen überprüft. Bestanden zwischen den Projektteilnehmern und der Vergleichsgruppe Unterschiede hinsichtlich bestimmter Merkmale, die neben dem Modellprojekt einen Einfluss auf den Erwerbsstatus haben, wurden diese bei den Analysen berücksichtigt. So konnte der Einfluss des Modellprojekts auf den Erwerbsstatus unter angeglichenen Bedingungen erfolgen.

Zielgrößen der Analysen waren folgende Kennzahlen des Erwerbsstatus:

- sozialversicherungspflichtiges Entgelt
- Beschäftigungstage
- Tage des Bezugs von Kranken-/Übergangsgeld
- gewichteter Sozialversicherungsbeitrag sowie
- Beschäftigungsart (Beschäftigung vs. Bezug von Sozialleistungen)

Der Zusammenhang zwischen subjektiven Einschätzungen des Rehabilitationsergebnisses durch den Rehabilitanden bzw. Hausarzt und den Kennzahlen des Erwerbsstatus wurde ebenfalls anhand multivariater Verfahren überprüft. Sofern Rehabilitand und Hausarzt unterschiedliche Einschätzungen des Rehabilitationserfolgs hatten, wurde diese Diskrepanz dem Erwerbsverlauf in den Folgejahren der Rehabilitation gegenüber gestellt.

Für die Analyse des Rentengeschehens wurden Ereigniszeitanalysen durchgeführt, wie sie auch bei Überlebenszeitanalysen z.B. in der Krebsforschung zum Einsatz kommen. Dabei wurde die Zeit bis zum Eintreten einer Erwerbsminderungsrente zwischen den Gruppen verglichen. Auch hier wurden Unterschiede bei solchen Merkmalen, die neben dem Modellprojekt einen Einfluss auf den Bezug einer Erwerbsminderungsrente haben, berücksichtigt.

Aktueller Stand

Auf Basis der RSD 2014 wurde der Erwerbsverlauf im Zeitraum von zwei und einem Jahr vor Rehabilitation bis zu drei Jahren nach Rehabilitation zwischen den Projektteilnehmern und den Vergleichspersonen gegenübergestellt. Dabei wiesen Projektteilnehmer zu allen Zeitpunkten ein signifikant höheres Einkommen, mehr Beschäftigungstage sowie einen höheren gewichteten Sozialversicherungsbeitrag auf, als Vergleichspersonen. Ferner war im Beobachtungszeitraum der Anteil der Beschäftigten bei Projektteilnehmern höher als bei Vergleichspersonen (Abb. 1).

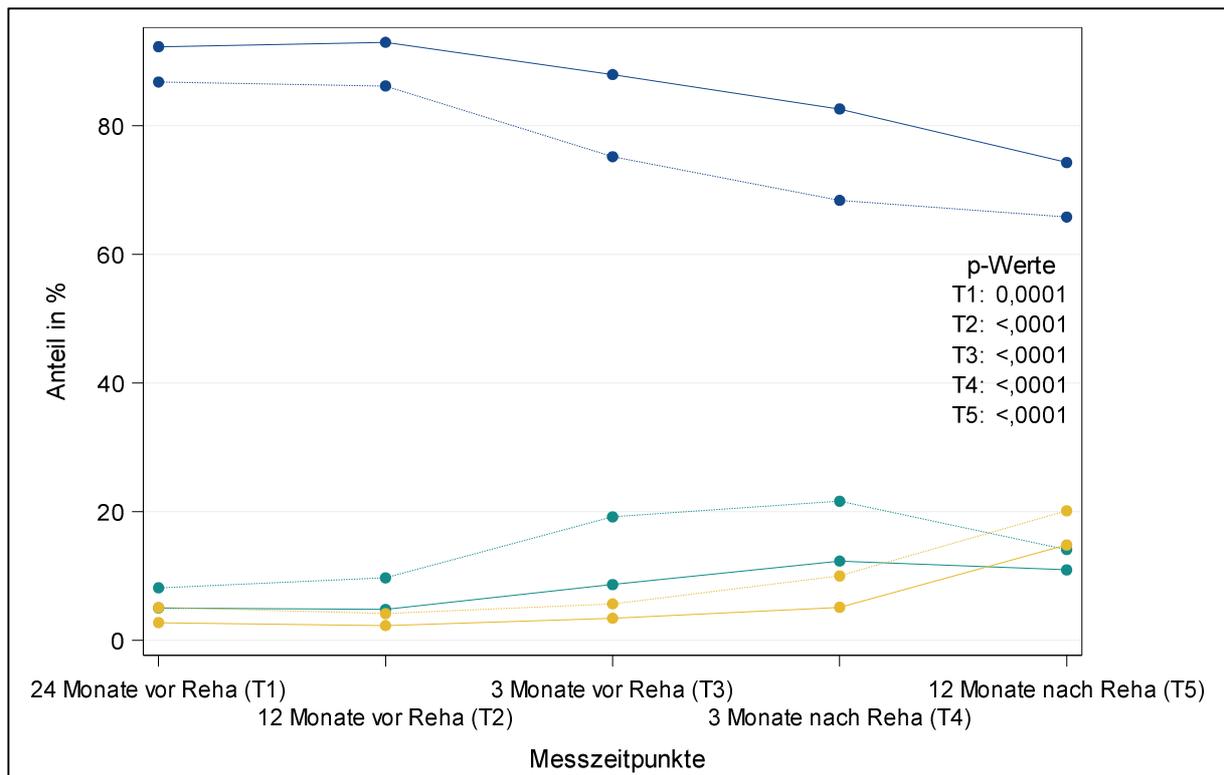


Abbildung 1: Zeitlicher Verlauf des Anteils an Beschäftigten/Leistungsempfängern

Der zeitliche Verlauf der beruflichen Teilhabe unterschied sich dabei nicht zwischen den Gruppen. Unabhängig von der betrachteten Kennzahl des Erwerbsstatus zeigte sich im Zeitraum vor der Rehabilitation ein negativer Trend, der bis zum ersten Folgejahr der Rehabilitation anhielt. Im zweiten und dritten Folgejahr der Rehabilitation schwächte sich dieser ab. Damit zeigten sich in der Studienpopulation die für Rehabilitanden charakteristische Erwerbsverläufe: Gesundheitsbedingte Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit nehmen im Vorfeld der Rehabilitation zu, da Behandlungsmöglichkeiten im niedergelassenen Bereich oft ausgeschöpft sind oder die Komplexität der Symptomatik einen multidisziplinären Ansatz erfordert. Somit steigt insbesondere im Vorfeld der Rehabilitation die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitsbedingten Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, die auf den Bedarf einer medizinischen Rehabilitationsleistung hindeutet. Im Rahmen einer dreiwöchigen medizinischen Rehabilitation können physische und psychische Funktionsfähigkeit verbessert sowie die

Schmerzsymptomatik bzw. -intensität reduziert werden. Jedoch ist insbesondere bei ausgeprägter Chronifizierung und einem vorangeschrittenem Erkrankungsstadium fraglich, ob die berufliche Leistungsfähigkeit vollständig wieder hergestellt werden kann. Oft ist im Anschluss an eine Rehabilitation eine stufenweise Wiedereingliederung bzw. eine zeitweise Reduktion des Beschäftigungsumfangs erforderlich. In einigen Fällen kann auch eine berufliche Neuorientierung notwendig sein. Daher setzte sich der negative Trend im Jahr nach der Rehabilitation zunächst fort.

Anhand der RSD 2014 konnten die Teilnehmer am Modellprojekt drei bis vier Jahre nachbeobachtet werden. Diese lange Nachbeobachtung erlaubte auch eine Analyse des Rentengeschehens. Dabei wurde das Risiko für eine Erwerbsminderungsrente nach der Reha in Abhängigkeit von der Einschätzung des Rehabilitationsergebnisses durch Hausärzte und Rehabilitanden betrachtet.

Allerdings war die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente ein recht seltenes Ereignis: lediglich 41 Bewilligungen wurden in der Stichprobe beobachtet.

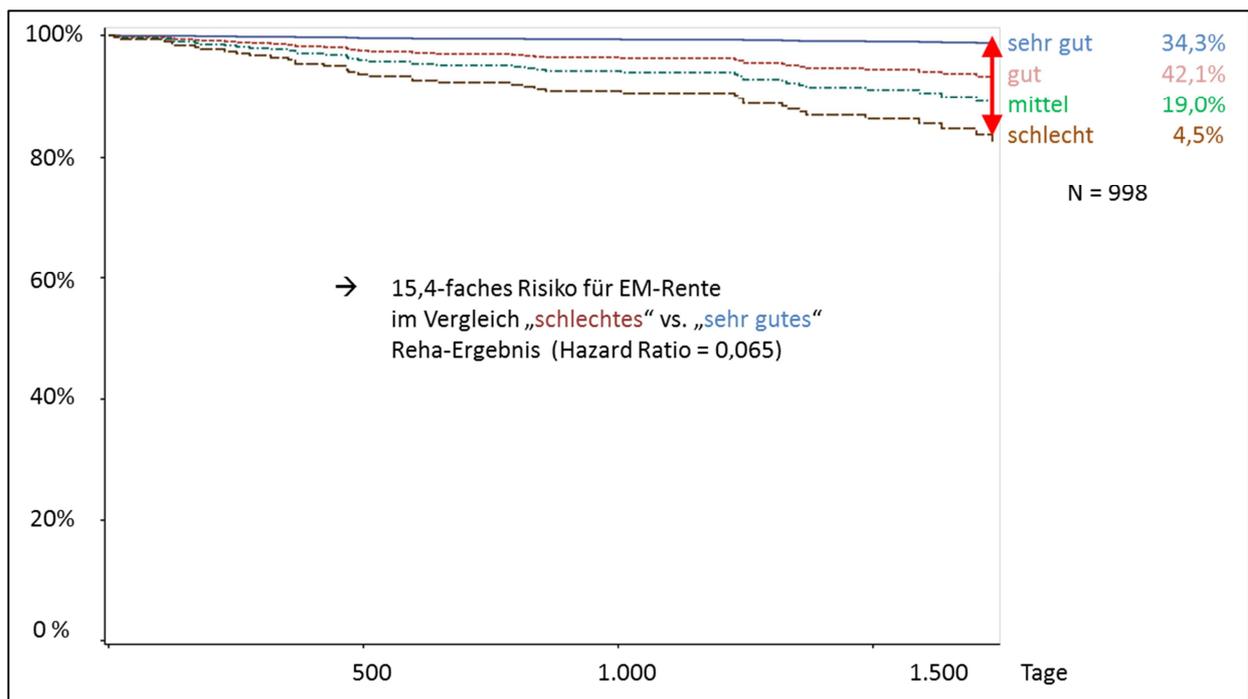


Abbildung 2: : Zeitlicher Verlauf des Anteils der weiter erwerbsfähigen Rehabilitanden in Abhängigkeit von der hausärztlichen Einschätzung des Rehabilitationsergebnisses

Erwartungsgemäß war das Risiko für eine Erwerbsminderung umso höher, je schlechter der Hausarzt das Rehabilitationsergebnis einschätzte (Abb. 2). Gegenüber den Rehabilitanden, bei denen der Hausarzt das Ergebnis als „sehr gut“ beurteilte, wiesen Rehabilitanden mit einem „schlechtem“ Reha-Ergebnis ein 15,4-fach erhöhtes Risiko für eine Erwerbsminderung auf. Aber auch bei einem guten oder mittleren Reha-Ergebnis sank das Risiko, wenngleich der Effekt in diesen Gruppen geringer war.

Schlussfolgerung

Die deskriptiven Analysen deuten darauf hin, dass Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe bei Teilnehmern am Modellprojekt sowohl vor als auch nach der Rehabilitation geringer ausgeprägt sind. Dies legt die Vermutung nahe, dass im Modellprojekt die Rehabilitation in einem früheren Erkrankungsstadium eingeleitet wurde, was mit einer günstigeren Erwerbsprognose im Anschluss an die Rehabilitation verbunden ist. Eine stärkere Einbindung des Hausarztes in den Rehabilitationsprozess führt zu einer verbesserten beruflichen (Wieder-)Eingliederung. Insofern scheint sich das Modellprojekt auch im Hinblick auf die zeitnahe Einleitung der Rehabilitation durch den Hausarzt bewährt zu haben.

Geht man davon aus, dass der Gesundheitszustand nach einer nicht erfolgreichen Rehabilitation mit dem Gesundheitszustand ohne Rehabilitation vergleichbar ist, können Rehabilitanden, die laut Hausarzt nicht von der Maßnahme profitierten, stellvertretend für Personen ohne Rehabilitation betrachtet werden. Unter dieser Annahme ergäbe sich bei Verzicht auf eine Rehabilitationsleistung aus einer Hochrechnung eine Zunahme von 161 auf 310 Erwerbsminderungsrenten, d.h. praktisch eine Verdopplung. Dies bestätigt den Nutzen einer Rehabilitation auch im Hinblick auf die Vermeidung von Erwerbsminderung.

Finanzierung/Fördermittel

DRV Baden-Württemberg
IFR Ulm Eigenmittel

Kooperation

DRV Baden-Württemberg

Ansprechpartnerin

Silke Jankowiak
E-Mail: silke.jankowiak@ifr-ulm.de
Tel.: 07582 800-5202

5.2 Nachhaltigkeit der Effekte einer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen

Hintergrund

Chronische Krankheiten im Kindes- und Jugendalter können die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigen. Bei unzureichender Behandlung können sie zu Einschränkungen der Schul- und Ausbildungsfähigkeit führen. Eine Kinder- und Jugendrehabilitation ist deshalb ein wichtiges Instrument zur Integration chronisch kranker Kinder und Ju-

gendlicher in die Schule bzw. Ausbildung und damit zur späteren Eingliederung in das Erwerbsleben. Die DRV Baden-Württemberg hat eine Kooperationsvereinbarung zur „nachhaltigen Sicherung der in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen erzielten Ergebnisse“ mit dem Deutschen Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e.V., dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) sowie dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP) e.V. getroffen.

Projektziel

Ziel der Studie ist es, die Ergebnisse von Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen sowie deren Nachhaltigkeit zu überprüfen, wobei drei verschiedene Perspektiven (Kinder, Eltern und Ärzte) berücksichtigt werden.

Methodik

Die studienrelevanten Informationen zu den drei Perspektiven (Kind/Jugendliche, Eltern und Kinder-/Jugendmediziner) wurden anhand von Fragebögen erhoben. Diese Fragebogenangaben wurden in einem weiteren Schritt mit Routinedaten der DRV Baden-Württemberg über Pseudonyme datenschutzgerecht zusammengeführt und ausgewertet.

Die Perspektive der Kinder- und Jugendmediziner wurde anhand von Fragebögen der DRV Baden-Württemberg erfasst. Diese Fragebögen wurden von den Kinder- und Jugendmedizinern bei Abschluss der Rehabilitation sowie sechs Monate später im Rahmen eines Gesprächs mit den Kindern und Jugendlichen ausgefüllt. Die Mediziner übergaben die Bögen an die DRV Baden-Württemberg, die diese anonymisiert zur Auswertung an das IFR Ulm weiterleiteten. Die Angaben der Mediziner im Rückkehrgespräch umfassten neben der Einschätzung der Schul-/Ausbildungsfähigkeit sowie des Rehabilitationserfolgs und Gesundheitszustands auch eine Prognose der zukünftigen gesundheitlichen Entwicklung. Sechs Monate nach Abschluss der Rehabilitation (Katamnesegespräch) wurde die Stabilität der Rehabilitationsergebnisse sowie die vorhandene und erforderliche Unterstützung beurteilt.

Um neben der Einschätzung der Kinder- bzw. Jugendmediziner auch die Betrachtungsweisen der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern bei den Auswertungen berücksichtigen zu können, erfolgte eine postalische Befragung etwa ein Jahr (8 bis 14 Monate) nach der Rehabilitation. Dazu wurden vom IFR Ulm entwickelte Fragebögen eingesetzt, die Angaben zum Gesundheitszustand, Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit, Nachsorgeaktivitäten, Krankheitsverarbeitung und Gesundheitsverhalten erfassten. Die Fragebögen können für verschiedene Krankheitsbilder (indikationsübergreifend) eingesetzt werden.

Kinder unter zwölf Jahren erhielten keinen eigenen Fragebogen, stattdessen wurden ihre Eltern (Fremdeinschätzung) befragt. Kinder und Jugendliche ab zwölf Jahren erhielten einen kindgerecht gestalteten und entsprechend formulierten Fragebogen (Selbsteinschätzung).

Da eine Rehabilitationsmaßnahme bei Kindern auch in Begleitung eines Elternteils erfolgen kann, wurden modifizierte Fragebögen für begleitende Eltern eingesetzt. Diese enthielten z.B. Items zur Beurteilung der Schulungsangebote für begleitende Eltern, zur Zufriedenheit mit der Informationsvermittlung oder zu positiven bzw. negativen Aspekten der Rehabilitation (Freitext).

Aktueller Stand

Nachdem die erste Befragungswelle mit dem Versand der 1.071 Fragebögen an Eltern bzw. ihre Kinder mit einer Rücklaufquote von 52,8% abgeschlossen werden konnte, startete die zweite Befragungswelle im September 2015. In der zweiten Welle wurden 54,5% der 1.362 verschickten Fragebögen ausgefüllt an das IFR Ulm zurück gesendet. Im März 2016 erfolgte die dritte und letzte Befragungswelle mit einer Rücklaufquote von 51,4%. Das Erinnerungsschreiben vier Wochen nach dem Versand der Fragebögen konnte eine deutliche Steigerung des Rücklaufs erzielen. Vor dem Erinnerungsschreiben lag die durchschnittliche Rücklaufquote aller drei Befragungswellen bei 22%.

Die 1.910 zurückgesandten Fragebögen wurden am IFR Ulm zur weiteren Auswertung computergestützt erfasst. Für Plausibilitätsprüfungen wurden die Fragebogenangaben aus den ersten beiden Befragungswellen mit der Rehabilitationsstatistikdatenbasis (RSD) 2014 verknüpft. Dies ermöglicht weitere Informationen zum Beispiel zur Diagnose und zum Alter des Kindes. Zur internen Validierung wurde das Alter des Kindes aus den RSD-Angaben mit den Eltern-Angaben zum Alter verglichen. Zudem wurden Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Alter, Diagnose und Beurteilung der Rehabilitation zwischen den Kindern bzw. Jugendlichen der Befragungswelle 1 und der Befragungswelle 2 untersucht. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Zur externen Validierung wurde die Statistik der Deutschen Rentenversicherung Rehabilitation 2014 herangezogen. Die Verteilung von Jungen und Mädchen, für die ein Fragebogen vorliegt, entspricht der bundesweiten Geschlechtsverteilung bei Kinder- und Jugendrehabilitationsmaßnahmen für das Berichtsjahr 2014. Die Verteilung der Diagnosen unter den Mädchen entspricht annähernd der bundesweiten Diagnoseverteilung. Unter den Jungen, für die ein Fragebogen vorliegt, sind Asthma bronchiale und Adipositas etwas häufiger und psychische Erkrankungen etwas seltener vertreten.

Die Ergebnisse zur gesundheitlichen Veränderung aus Sicht der betroffenen Kinder wurde auf der gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) im September 2016 in Berlin vorgestellt. Zudem fand eine Präsentation im Rahmen des ersten FOCUS-Symposiums zur Kinder- und Jugendrehabilitation am 14. Oktober 2016 in Ulm statt.

Ergebnisse

Die bisherigen Auswertungen zeigen sehr positive Ergebnisse. Laut den Eltern konnte in zehn (u.a. Belastung durch die Erkrankung, Gesundheitliche Beschwerden, Seelischer Zustand, Gesundheit insgesamt) von insgesamt 14 erfragten Ergebnisparametern eine Verbesserung direkt nach der Rehabilitation im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Rehabilitation erzielt werden. Kinder gaben für acht von 14 Ergebnisparametern eine Verbesserung direkt nach der Rehabilitation an. Die Mehrheit der Eltern und Kinder war zufrieden bis sehr zufrieden mit den erreichten Veränderungen. Der Behandlungserfolg hielt laut annähernd $\frac{3}{4}$ der Eltern und 69% der Kinder mehrere Monate bis ein Jahr an.

Finanzierung/Fördermittel

DRV Baden-Württemberg
IFR Ulm Eigenmittel

Kooperation

DRV Baden-Württemberg

Ansprechpartnerin

Sabrina Ritter
E-Mail: sabrina.ritter@ifr-ulm.de
Tel.: 07582 800-5107

5.3 Nachsorge im Bereich der Kinder und Jugendrehabilitation

Hintergrund

Die Rehabilitation von körperlich oder seelisch kranken Kindern und Jugendlichen ist eine wichtige Maßnahme zur Verbesserung des Gesundheitszustands und legt die Grundlage für einen erfolgreichen Schulbesuch oder Ausbildungsabschluss. Die Behandlung chronischer Erkrankungen erfordert dabei einen Versorgungsansatz, der über einen stationären Rehabilitationsaufenthalt hinausgeht, um den Transfer des Erlernten in den Alltag und die Nachhaltigkeit der erreichten Effekte sicherzustellen. Eine Bestandsaufnahme zu Nachsorgekonzepten und zur Weiterbetreuung ist bisher nicht vorhanden. Ebenso existieren keine Empfehlungen zur Nachsorge, die aus einer Bestandsaufnahme abgeleitet werden können. Ferner ist unklar, welcher Bedarf seitens der Kinder und Jugendlichen mit einer chronischen Erkrankung besteht.

Projektziel

Ziel der Studie ist die Erfassung des Ist-Zustands der Nachsorge nach einer Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, vorwiegend bei psychischen oder Verhaltensstörungen, Adipositas oder Asthma bronchiale.

Methodik

Es wurden Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche postalisch zu ihrem jeweiligen Vorgehen bei der Vorbereitung der Kinder und Jugendlichen auf die Zeit nach der Rehabilitation, zur Aussprache von Nachsorgeempfehlungen sowie zur Sicherstellung einer weitergehenden Betreuung befragt. Zur Beschreibung, wie sich die weitergehende Betreuung der Kinder und Jugendliche nach einer Rehabilitation durch niedergelassene Ärzte und Klinikärzte gestaltet, wurden Telefoninterviews mit Behandlern verschiedener Disziplinen (Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik) durchgeführt. Die Perspektive der betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen und Eltern wurde in Fokusgruppen beleuchtet. Dabei sollten die Ansichten zu Nachsorgestrategien nach der Rehabilitation durch die Kinder, Jugendlichen und Eltern erfasst werden. Das qualitativ erhobene Datenmaterial wird anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Aktueller Stand

Zu Beginn des Berichtsjahres wurde der Fragebogen für die Kinder- und Jugendeinrichtungen in enger Zusammenarbeit mit Experten aus der Praxis (Klinikleiter, Chefärzte) entwickelt und daraufhin an 34 Kinder- und Jugendeinrichtungen versandt. Die Rücklaufquote belief sich auf 56%. Parallel dazu erfolgte die Entwicklung des Interviewleitfadens zur Erfassung der weitergehenden Betreuung durch Kinder- und Jugendärzte, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Hausärzte. Insgesamt wurden fünf Telefoninterviews mit weiterbehandelnden Ärzten durchgeführt. Der Abschluss der Datenerhebung bildete die Durchführung von drei Fokusgruppen mit jeweils acht Kindern, acht Jugendlichen und acht Müttern.

Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung wurde das Datenmaterial aufbereitet, sodass die Auswertungen im ersten Quartal 2017 stattfinden können.

Finanzierung/Fördermittel

Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg

Ansprechpartnerin

Sabrina Ritter

E-Mail: sabrina.ritter@ifr-ulm.de

Tel.: 07582 800-5107

5.4 Welche Maßnahme für wen? Evaluation des mittelfristigen Ergebnisses von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Berufsförderungswerken

Hintergrund

Aufgrund des demografischen Wandels und den damit einhergehenden sozialpolitischen und wirtschaftlichen Herausforderungen werden Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zukünftig vermehrt an Bedeutung gewinnen. In den Rehabilitationswissenschaften finden diese Leistungen bisher jedoch nur untergeordnete Beachtung, obwohl sie für die Rentenversicherung neben den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein wichtiges Feld darstellen.

Im Zuge beruflicher Rehabilitationsleistungen bieten die Berufsförderungswerke (BFW) neben Vollausbildungen auch verschiedene Integrationsmaßnahmen (z.B. IWR oder Reha-Step) und Teilqualifizierungen (Abb. 3) an.

Vollausbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: formaler Abschluss in einem Lehrberuf • Dauer: zwei Jahre in Vollzeit
Teilqualifizierung	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Erwerb einer Zusatzqualifikation in einem spezifischen Berufsfeld • Dauer: Wochen bis Monate
Integrationsmaßnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Kombination von Wissensvermittlung und Praktikum • Dauer: mehrere Monate bis zu einem Jahr

Abbildung 3: Merkmale der Bildungsleistungen

Diese Angebote unterscheiden sich deutlich in ihrer Dauer, Betreuungsintensität sowie ihren Inhalten und damit auch in der Höhe ihrer Kosten. Aufgrund der Unterschiedlichkeit dieser Angebote gewinnt die bedarfsgerechte Zuweisung in eine erfolgversprechende Maßnahme zunehmend an Bedeutung.

Projektziel

Ziel des Projektes ist es, sowohl die Ergebnisse als auch die Teilnehmerstruktur unterschiedlicher berufsbildender Maßnahmen (Vollausbildung, Integrationsmaßnahmen oder Teilqualifizierungen) des kooperierenden BFWs zu untersuchen. Darüber hinaus sollen Hinweise auf geeignete Kriterien für einen bedarfsgerechten Zugang abgeleitet werden.

Methodik

Die Studie verfolgt dabei zwei methodische Ansätze: Zum einen werden in der Rückschau bereits abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahmen auf Basis von Routinedaten der Rentenversicherung (Rehabilitationsstatistikdatenbasis = RSD) sowie Routinedaten des BFWs aus-

gewertet (retrospektive Analysen). Zum anderen werden für neue Teilnehmer an den Bildungsmaßnahmen (Vollausbildung, Integrationsmaßnahmen) gezielt zusätzliche Daten, die für das Ergebnis der Maßnahme relevant sein können, erhoben und gemeinsam mit den Routinedaten analysiert (prospektive Analysen).

Grundlage der Studie bilden somit folgende Datenquellen:

1. Routinemäßig im BFW erhobene Daten (z.B. Einstellung des Rehabilitanden gegenüber der Maßnahme, fördernde und hemmende Faktoren für die Maßnahmendurchführung, Fehltag, erzielte Abschlussnote)
2. Daten aus der RSD der DRV Baden-Württemberg (z.B. Angaben zum Erwerbsstatus, Arbeit vor Antragstellung, Stellung im Beruf)
3. Mittels Fragebögen von den Rehabilitanden und deren Betreuern erhobene Daten (z.B. soziale Unterstützung, Kontrollüberzeugung, körperliches und psychisches Befinden)

Während die ersten zwei Datenquellen für die Teilnehmer aller Maßnahmenarten vorliegen, findet die prospektive Datenerhebung ausschließlich für die Teilnehmer von Integrationsmaßnahmen (Reha-Step und IWR) und Vollausbildungen statt.

Im Zuge der statistischen Analysen erfolgt zunächst eine detaillierte Untersuchung der Teilnehmerstruktur der Maßnahmen mittels deskriptiver Kennzahlen und multivariater Analysen. Im Weiteren werden die Ergebnisse der einzelnen Maßnahmen analysiert. Um Rückschlüsse auf eine bedarfsgerechte Zuweisung der Teilnehmer in die unterschiedlichen Maßnahmen ziehen zu können, werden zudem multivariate Analysen zur Vorhersage des Maßnahmenergebnisses für jede der Bildungsmaßnahmen berechnet. Auf diese Weise können Merkmale erfolgreicher Teilnehmer in Vollausbildungen, Teilqualifizierungen und Integrationsmaßnahmen (Reha-Step, IWR) identifiziert und verglichen werden. Ergeben sich dabei für unterschiedliche Maßnahmen auch unterschiedliche Muster für erfolgreiche Teilnehmer, lassen sich daraus Hinweise auf bedarfsgerechte Zuweisungskriterien ableiten.

Zentrale Zielgröße der Analysen stellt der Erwerbsstatus bzw. das Einkommen und die Beschäftigungstage im Anschluss an die verschiedenen Maßnahmentypen dar.

Aktueller Stand

Nach der Aufbereitung und Plausibilisierung der im BFW von allen Maßnahmenteilnehmern routinemäßig erhobenen Daten konnten diese datenschutzgerecht über Pseudonyme mit den Daten aus der RSD verknüpft und für retrospektive Analysen herangezogen werden.

Derzeit werden Analysen mit dem verknüpften Datensatz durchgeführt. Der Fokus der Analysen liegt zunächst auf der Frage, welche Rehabilitandenmerkmale aktuell, unter Berücksichtigung der bestehenden Zuweisungspraxis, eine Bedeutung für die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Maßnahmentypen besitzen. Bei den jeweils nur die erste berufliche Bildungsmaßnahme der Rehabilitanden berücksichtigenden, multivariaten Analysen zeigte sich ein Einfluss unterschiedlicher Rehabilitandenmerkmale auf die Inanspruchnahme der Maß-

nahmentypen. Sowohl die Merkmale Alter als auch Geschlecht erwiesen sich als signifikante Prädiktoren. So nahmen etwa ältere Rehabilitanden und Frauen seltener an einer Vollausbildung teil als jüngere. Der geringere Anteil von Frauen könnte darin begründet liegen, dass weibliche Versicherte der DRV Baden-Württemberg (ehemalige Arbeiterrentenversicherung) häufiger ungelernte Tätigkeiten ausüben und seltener als Facharbeiterinnen tätig sind, als männliche Versicherte. Daher erfüllen sie seltener die persönlichen Voraussetzungen für eine Vollausbildung in Trägerschaft der DRV Baden-Württemberg. Eventuell fehlen aber auch spezielle Angebote für Rehabilitandinnen mit familiären Verpflichtungen, die wohnortnah oder in Teilzeit genutzt werden können.

Neben diesen soziodemografischen Merkmalen erwiesen sich auch „weiche“ Faktoren, wie z.B. die gesundheitliche Situation als relevante Einflussfaktoren. Teilnehmer, die ihre gesundheitliche Situation als belastend wahrnahmen, durchliefen seltener eine Vollausbildung als Rehabilitanden, die ihre gesundheitliche Situation besser einschätzten.

Zum Ende des Berichtjahres werden die prospektiven Datenerhebungen bei den Teilnehmern der Bildungsmaßnahmen abgeschlossen. Diese werden dann insgesamt ein Jahr nachbeobachtet, um die Integration ins Erwerbsleben untersuchen zu können. Anschließend können die Auswertungen der prospektiven Daten erfolgen.

Finanzierung/Fördermittel

DRV Baden-Württemberg
IFR Ulm Eigenmittel

Kooperationen

BFW Schömburg mit den Standorten Schömburg, Stuttgart, Ulm und Aalen
DRV Baden-Württemberg

Ansprechpartner

Dr. Rainer Kaluscha
E-Mail: rainer.kaluscha@ifr-ulm.de
Tel.: 07582 800-5102

5.5 Beruflich orientierte Rehabilitation von Suchtkranken in Stufen – Evaluation des beruflich orientierten Integrationsförderprogramms

Hintergrund

Bei der beruflich orientierten Rehabilitation von Suchtkranken in Stufen (BOSS) handelt es sich um ein umfangreiches Stufenkonzept zur Förderung der beruflichen Integration von

Menschen mit Suchterkrankungen. Das berufsorientierte Programm beginnt, anders als bisher üblich, bereits innerhalb der ersten Wochen einer Langzeitentwöhnung und gewährleistet im Idealfall eine Begleitung bis zur beruflichen Integration. Dadurch können einerseits berufliche Integrationshemmnisse frühzeitig im Rehabilitationsprozess identifiziert und bearbeitet werden. Andererseits können berufliche Perspektive sowie Sozialkontakte im Betrieb auch zur Stabilisierung der Suchtkranken beitragen und damit die Entwöhnung unterstützen.

Das BOSS-Konzept beinhaltet dabei folgende Module:

- Stufe 1: Eingangsscreening zur Identifizierung von Personen mit „erwerbsbezogenen Problemlagen“ (EBPL)
- Stufe 2: B.A.S.E. Sucht: ICF-orientiertes Assessment zur Bestimmung berufsrelevanter Hemmnisse und Förderfaktoren
- Stufe 3: Zielvereinbarungen auf Basis von Stufe 2
- Stufe 4: Integrationsunterstützung (u.a. Schulung in der Stellensuche, Erstellung von Bewerbungsunterlagen, Bewerbungstraining)
- Stufe 5: Jobcoaching nach Ende der stationären Phase (u.a. Identifikation von Nachqualifizierungsbedarf, Unterstützung des Arbeitgebers)

Projektziel

Ziel des Forschungsprojektes ist die Evaluation der Effekte von BOSS auf die berufliche Wiedereingliederung sowie auf verschiedene subjektive Parameter des Rehabilitationsergebnisses bei Rehabilitanden mit EBPL.

Methodik

Die Evaluation erfolgt in sechs Sucht-Rehabilitationseinrichtungen des Baden-Württembergischen Landesverbands für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv). In die Kontrollgruppe werden sowohl Suchtrehabilitanden aus den Vorjahren („historische“ Fälle), als auch Patienten aus Einrichtungen, die das BOSS-Konzept erst später umsetzen und das bisher übliche Vorgehen („treatment as usual“) zunächst beibehalten, herangezogen. Außerdem werden nur Rehabilitanden eingeschlossen, die eine Maßnahme unter Leistungsträgerschaft der DRV Baden-Württemberg durchführen.

Datengrundlagen sind Routinedaten der DRV Baden-Württemberg (Rehabilitationsstatistikdatenbasis – RSD) sowie der Einrichtungen des bwlv (Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – KDS). Zudem werden bei der Interventionsgruppe Fragebogenerhebungen zu Rehabilitationsbeginn und -ende durchgeführt.

In einem ersten Schritt werden historische Fälle von Suchtrehabilitanden auf Basis der RSD sowie anhand der Daten aus dem Kerndatensatz „Sucht“ analysiert. Dabei werden Merkmale (Prädiktoren bzw. Confounder) bestimmt, anhand derer die berufliche Teilhabe nach Beendigung einer stationären Suchtrehabilitation vorhergesagt werden kann.

In einem zweiten Schritt wird anhand multivariater Modelle untersucht, ob BOSS für Suchtpatienten mit EBPL die Wahrscheinlichkeit der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit im Vergleich zur bisher üblichen Vorgehensweise („treatment as usual“) erhöhen kann. Die Hauptzielgröße stellt der Erwerbsstatus im Jahr nach der Rehabilitation dar (z.B. sozialversicherungspflichtiges Einkommen, Beschäftigungstage, Sozialversicherungsbeiträge, Beitragsart).

Um einen „fairen“ Vergleich zwischen der BOSS- und Kontrollgruppe zu gewährleisten, werden Merkmale, bei denen Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen und die einen signifikanten Einfluss auf die Zielgrößen haben, in die Regressionsmodelle aufgenommen und bei den Analysen berücksichtigt. Bei der Auswahl solcher Einflussgrößen (Confounder) fließen die anhand der Analysen der historischen Fälle gewonnenen Erkenntnisse zu den Prädiktoren für berufliche Teilhabe ein.

Abschließend werden die in der BOSS-Gruppe zu Rehabilitationsbeginn erhobenen Daten mit den zu Rehabilitationseende erfassten Angaben verglichen. Im Fokus stehen dabei die Veränderungen bei der subjektiven Erwerbsprognose und Arbeitsmotivation sowie bei der Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit. Anhand multivariater Verfahren werden Faktoren bestimmt, die einen Einfluss auf die subjektiven Behandlungsergebnisse bei Rehabilitationseende haben.

Aktueller Stand

Der erforderliche Ethikantrag für die Studie wurde bei der Ethikkommission in Ulm gestellt und positiv begutachtet.

Seit Beginn der Datenerhebung in den Kontrolleinrichtungen (im letzten Quartal 2015) bzw. in den Interventionseinrichtungen (im ersten Quartal 2016) konnten rund 300 Rehabilitanden in die Kontrollgruppe und rund 150 Rehabilitanden in die Interventionsgruppe eingeschlossen werden (Stand September 2016). Parallel zur Datenerhebung erfolgt die Erfassung der Screeningdaten sowie der Fragebogenangaben. Hierzu wurden erforderliche Datenbanken programmiert sowie Scanmasken für das maschinelle Einlesen der Fragebögen erstellt.

Da sich der Anteil der Rehabilitanden, bei dem die DRV Baden-Württemberg Träger der Leistung ist, zwischen den Einrichtungen stark unterscheidet, besteht eine hohe Varianz bei der Anzahl rekrutierter Rehabilitanden. Ferner brechen etwa zwei Drittel der Rehabilitanden die Rehabilitationsmaßnahme ab, sodass die angestrebte Fallzahl nicht in dem vorgesehenen Erhebungszeitraum erreicht werden kann. Zusätzlich dürften sozialrechtliche Änderungen zu

einer Reduktion der erwartbaren Fallzahl beitragen. Denn seit 2011 werden aus dem Arbeitslosengeld II keine Pflichtbeiträge mehr an die Rentenversicherung gezahlt, sodass insbesondere jüngere Versicherte die Voraussetzungen zur Durchführung einer Suchtrehabilitation unter Leistungsträgerschaft der DRV Baden-Württemberg nicht mehr erfüllen. Daher verändert sich die Teilnehmerstruktur in den Suchteinrichtungen und es kommen weniger Fälle für die Studie infrage.

Derzeit wird der Datenexport des KDS für die historischen Fälle abgestimmt. Nach Übermittlung der Daten an das IFR Ulm werden diese Daten mit der RSD verknüpft, sodass erste Regressionsanalysen zur Bestimmung der Faktoren, die einen Einfluss auf die Erwerbsprognose von Suchtpatienten haben, durchgeführt werden können.

Finanzierung/Fördermittel

DRV Baden-Württemberg

IFR Ulm Eigenmittel

Kooperationen

Sucht-Rehabilitationseinrichtungen des Baden-Württembergischen Landesverbands für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv)

Berufsförderungswerk Bad Wildbad (BFW Bad Wildbad)

DRV Baden-Württemberg

Ansprechpartnerin

Silke Jankowiak

E-Mail: silke.jankowiak@ifr-ulm.de

Tel.: 07582 800-5202

5.6 Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe

Hintergrund

Rehabilitative Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung sind auf die Erhaltung und die nachhaltige Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit ausgerichtet. Bei Versicherten mit komplexen Problemlagen kann zur Erreichung dieses Ziels eine besondere Unterstützung in Form eines Fallmanagements sinnvoll sein. Die verschiedenen Rentenversicherungsträger wenden dabei aktuell unterschiedliche Konzepte an. Zur Entwicklung eines bei allen Trägern anwendbaren Fallmanagementkonzeptes hat die Deutsche Rentenversicherung ein wissenschaftliches Projekt ausgeschrieben, welches das IFR Ulm gemeinsam mit mehreren Kooperationspartnern bearbeitet.

Projektziel

Das Ziel des Projektes ist die Entwicklung eines Fallmanagementkonzeptes, das bei allen Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung eingesetzt werden kann.

Methodik

Für dieses Projekt wird die Expertise am IFR Ulm zu Zielen und Strukturen der Rehabilitation der DRV durch Experten auf dem Gebiet des Case Managements (Prof. Dr. Peter Löcherbach, Prof. Dr. Christian Rexrodt, Prof. Dr. Edwin Toepler) komplettiert. Das Projektteam setzt sich damit aus Wissenschaftlern des IFR Ulm sowie externen Spezialisten zusammen, die eng mit dem Auftraggeber zusammenarbeiten.

Methodisch ist das Projekt aus zwei Phasen aufgebaut:

In der ersten Projektphase wird zunächst eine nationale und internationale Literaturrecherche zu bestehenden Fallmanagementkonzepten durchgeführt. Zudem erfolgt eine an die Rentenversicherungsträger gerichtete Befragung. Diese beinhaltet eine Fragebogenerhebung bei allen Trägern sowie daran anschließende, ergänzende Expertengespräche mit einzelnen Rentenversicherern. Ziel der ersten Projektphase ist die Identifikation national und international vorliegender Konzepte sowie die Analyse der aktuellen Praxis der Reha(fach)beratung und des Fallmanagements bei den Rentenversicherungsträgern. Zum Abschluss der Bestandsaufnahmen wird zur Reflexion der Ergebnisse ein Expertenworkshop mit Vertretern der Rentenversicherungsträger durchgeführt.

In der zweiten Projektphase erfolgt die Entwicklung eines rentenversicherungsübergreifenden Fallmanagementkonzepts. Basis für die Entwicklung bilden die Ergebnisse der vorausgehenden Projektphase. Darüber hinaus werden deutschlandweit Fokusgruppen mit Experten sowohl aus der Rentenversicherung als auch aus anderen Bereichen (z.B. Vertreter von Leistungserbringern, Leistungsträgern, Betroffenen) durchgeführt. Im Mittelpunkt steht hier die Entwicklung von ersten Ideen zu einem Fallmanagementkonzept. Anschließend erfolgt die Konzepterarbeitung in enger Zusammenarbeit mit dem Auftraggeber und der Träger. Während der Erarbeitung des Konzeptes und nach Ausarbeitung eines Konzeptvorschlages werden weitere zwei Experten-Workshops unter Einbezug der Rentenversicherungsträger durchgeführt. Die dort gewonnenen Erkenntnisse werden vom Projektteam in das Konzept eingearbeitet. Als Projektabschluss wird ein Projektbericht mit Empfehlungen für die Rentenversicherung erstellt.

Aktueller Stand

Die erste Projektphase ist mit einem in den Räumlichkeiten der DRV Bund in Berlin durchgeführten Expertenworkshop abgeschlossen worden. Hierbei wurden intensiv verschiedene mit dem Thema Fallmanagement in Beziehung stehenden Begrifflichkeiten diskutiert sowie die verschiedenen Perspektiven zum Thema ausgetauscht. Die in der zweiten Projektphase ge-

planten Fokusgruppen haben ebenfalls stattgefunden. Vom Projektteam wurden bundesweit (Erfurt, Frankfurt, Hannover, Münster, Stuttgart) je zwei Fokusgruppen zu den folgenden fünf Themenschwerpunkten durchgeführt:

- (1) Rechtliche Rahmenbedingungen und Finanzierungsgrundlagen
- (2) Zugang, Zielgruppendefinition und -identifikation
- (3) Vorgehensweise, Bedarfsermittlung und Teilhabepanung
- (4) Zusammenarbeit innerhalb der DRV und mit externen Akteuren
- (5) Qualitätssicherung, Dokumentation und nötige Qualifikationen für Fallmanager

Aktuell arbeitet das Projektteam erste Eckpunkte des Fallmanagementkonzepts aus. Diese werden auf einem im Februar 2017 geplanten Expertenworkshop vorgestellt und diskutiert.

Finanzierung/Fördermittel

DRV Bund

Kooperationen

Prof. Dr. Peter Löcherbach (Katholische Hochschule Mainz)

Prof. Dr. Christian Rexrodt (Hochschule Bonn-Rhein Sieg)

Prof. Dr. Edwin Toepler (Hochschule Bonn-Rhein Sieg)

Ansprechpartnerin

Lucia Schmid

E-Mail: Lucia.Schmid@uni-ulm.de

Tel.: 07582 800-5205

5.7 Evaluation des Übergangs von der Akutklinik zur Anschlussrehabilitation

Hintergrund

Eine Anschlussrehabilitation (AR) ermöglicht es, die im Krankenhaus begonnene Behandlung nahtlos in einer Rehabilitationsklinik fortzusetzen. Allerdings haben sich beim Übergang von der Akutklinik in die Anschlussrehabilitation in den letzten Jahren Veränderungen ergeben, z.B. eine frühere Entlassung aus der Akutklinik aufgrund der Einführung von Fallpauschalen (DRG). Zu den Auswirkungen dieser Veränderungen sowohl auf die Inanspruchnahme als auch auf die Ergebnisse einer AR ist bisher nur wenig bekannt.

Nach der Behandlung im Akutkrankenhaus sind grundsätzlich drei Behandlungspfade möglich:

- keine Rehabilitation (ggfs. Weiterbehandlung durch niedergelassene Ärzte)
- Direktverlegung in eine Rehabilitationseinrichtung
- AR nach häuslicher Übergangszeit (d.h. Patient wird zunächst nach Hause entlassen und tritt erst später eine Rehabilitation an)

Dabei ist unklar, welche Patienten aus welchen Gründen in welchen Behandlungspfad gelangen und ob sich die Ergebnisse in den Behandlungspfaden unterscheiden.

Unkenntnis besteht auch dahingehend, in welchem Umfang Maßnahmen zur Frührehabilitation in der Akutklinik und ggf. während einer häuslichen Übergangszeit durchgeführt werden und welcher funktionale Zustand bei Aufnahme der Patienten in die Rehabilitationseinrichtung resultiert.

Erst durch die hier durchgeführten sektorenübergreifenden Analysen von Daten der Krankenkasse und der Rentenversicherung wurde es möglich, diese Fragestellungen an der Schnittstelle zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation näher zu beleuchten.

Projektziel

Ziel ist es, Kenntnisse über Veränderungen beim Zugang bzw. der Inanspruchnahme und bei Ergebnissen von Anschlussrehabilitation nach einer Hüft- oder Knie-Totalendoprothese (TEP) oder einer Operation an der Wirbelsäule zu gewinnen. Daneben sollen Kriterien für einen Rehabilitationsbedarf sowie relevante Einflussgrößen der Behandlungsergebnisse ermittelt werden.

Methodik

Auf Grundlage von Routinedaten der Rentenversicherung und einer großen Krankenkasse wurden die Veränderungen in Zugang und Inanspruchnahme bei orthopädischen AR im Zeitraum 2004 bis 2011 beleuchtet sowie Rehabilitationszugang und der -ergebnisse untersucht.

In die Analysen wurden Patienten der AOK Baden-Württemberg eingeschlossen, bei denen im Zeitraum von 2004 bis 2011 ein Gelenkersatz an Hüfte oder Knie stattfand oder eine Bandscheibenoperation durchgeführt worden war. Hierbei wurden Subgruppen entsprechend der drei Behandlungspfade „keine Rehabilitation“, „Direktverlegung in eine AR“ und „AR nach häuslicher Übergangszeit“ gebildet.

Zur Vorhersage der Inanspruchnahme und Ergebnisse einer AR wurden Regressionsmodelle mit den Zielgrößen Behandlungspfad und Erwerbsstatus berechnet. Zur Analyse des zeitlichen Wandels der Behandlungsverläufe und -ergebnisse zwischen 2004 und 2011 erfolgte ein Vergleich studienrelevanter Parameter zwischen den jeweiligen Patientenjahrgängen.

Aktueller Stand

Das Projekt wurde im Juni dieses Berichtsjahres abgeschlossen. Der Abschlussbericht sowie eine Kurzfassung wurde der DRV Bund als Förderer sowie den Kooperationspartnern DRV Baden-Württemberg und AOK Baden-Württemberg überreicht.

Die Verweildauer im Krankenhaus verkürzte sich im Untersuchungszeitraum durchschnittlich um zwei bis drei Tage. Die Kosten des Akutaufenthalts nahmen bei den Bandscheiben- und Hüft-TEP-Patienten zu, während sie bei Knie-TEP-Patienten zurückgingen.

Bis zum Jahr 2008 wurden immer weniger TEP-Patienten direkt im Anschluss an ihren Akutaufenthalt in eine Rehabilitationsklinik verlegt und zunehmend mehr Patienten verbrachten vor ihrer Rehabilitation eine gewisse Zeit zu Hause. In den Folgejahren gingen wieder mehr Patienten unmittelbar von der Akutklinik in die Rehabilitationseinrichtung. Eine Verlängerung der häuslichen Übergangszeit konnte vor allem bei Bandscheibenpatienten festgestellt werden.

Über alle Indikationsgruppen hinweg nahmen ältere Patienten, Frauen und Patienten mit einer deutschen Staatsangehörigkeit häufiger eine AR in Anspruch. Diese Patienten wurden auch häufiger direkt in die Rehabilitationseinrichtung verlegt. Ebenso nahmen Patienten häufiger eine Anschlussrehabilitation in Anspruch, wenn bereits während des Akutaufenthalts physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen durchgeführt wurden. Dabei gingen diese Patienten auch häufiger direkt im Anschluss an den Akutaufenthalt in die AR. Indikationsspezifisch beeinflussten die Versichertenart sowie Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) und bestimmte Behandlungsmerkmale (z.B. Schmerzmedikamente, Anzahl Arztkontakte) die Inanspruchnahme sowie den Zeitpunkt der AR.

Bei den TEP-Patienten hatten Rehabilitanden in den vier Quartalen nach der Operation ein geringeres Risiko für Arbeitslosigkeit als Nicht-Rehabilitanden. Bei den Bandscheibenpatienten traf dies lediglich für Rehabilitanden, die nach einer häuslichen Übergangszeit in die Rehabilitationseinrichtung kamen, zu.

Patienten, die eine AR durchführten, wiesen nach der Operation etwas höhere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf als Patienten, die keine AR in Anspruch nahmen. Auch Rückverlegungen in den Akutsektor waren bei Rehabilitanden wahrscheinlicher.

Zwar stellten Patienten, die nach einer häuslichen Übergangszeit zur Rehabilitation kamen, eher einen Antrag auf Frührente als Nicht-Rehabilitanden, allerdings wiesen lediglich bei den Knie-TEP-Patienten die Rehabilitanden auch ein höheres Frühberentungsrisiko auf.

Schlussfolgerung

Rehabilitanden wiesen eine höhere Fallschwere (u.a. mehr Begleiterkrankungen) auf, was auf eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Rehabilitation hinweist. Dennoch fanden sich bei Rehabilitanden schlussendlich bessere Behandlungsergebnisse. Während sich keine Hinweise für eine Überinanspruchnahme von Rehabilitation zeigten, ergaben sich solche für eine mögliche Unterinanspruchnahme bei bestimmten Patientengruppen (z.B. ausländische oder männliche Patienten).

Finanzierung/Fördermittel

DRV Bund
IFR Ulm Eigenmittel

Kooperationen

DRV Bund
DRV Baden-Württemberg
AOK Baden-Württemberg

Ansprechpartnerin

Julia Dannenmaier
E-Mail: julia.dannenmaier@ifr-ulm.de
Tel.: 07582 800-5107

5.8 Rehabilitationszugang und -bedarf: Sektorenübergreifende Analyse von Versorgungsdaten der AOK und DRV Baden-Württemberg

Hintergrund

Medizinische Rehabilitation ist eine Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft Behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen (§ 1, SGB IX). Sie hat das Ziel, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Inwieweit diese Ziele tatsächlich erreicht werden, ist wissenschaftlich nur schwer zu belegen. Klassische randomisierte Studien, bei denen Patienten zufällig der Behandlungsgruppe oder einer Kontrollgruppe zugewiesen werden, sind aufgrund des gesetzlich geregelten Anspruches auf Rehabilitationsmaßnahmen nicht umzusetzen. Aus diesem Grund werden in dieser Untersuchung Verfahren zur Identifizierung von sog. Unterinanspruchnehmer (Under-User) entwickelt. Hierbei handelt es sich um Personen, die keine Rehabilitationsleistung in Anspruch nehmen, obwohl sie davon profitieren könnten und ein potenzieller Bedarf besteht.

Projektziel

Durch den Vergleich der Behandlungsverläufe von Rehabilitanden und Unterinanspruchnehmern sollen Aussagen zum Nutzen der medizinischen Rehabilitation abgeleitet werden. Grundlage für diesen Vergleich bildet eine große Stichprobe mit Behandlungsdaten der Krankenkasse und der Rentenversicherung, die mittels Pseudonymen datenschutzgerecht zusammengeführt wurden. Erst durch die sektorenübergreifende Betrachtung der Behandlungsverläufe wird die Identifikation von Unterinanspruchnehmern möglich, da die Informationen zu Behandlungen in Krankenhäusern und bei niedergelassenen Ärzten nur der Krankenkasse bekannt sind, während Rehabilitationsmaßnahmen bei Erwerbstätigen i.d.R. von der Rentenversicherung getragen werden.

Methodik

Dem IFR Ulm steht ein anonymisierter Datensatz mit Behandlungsverläufen von 4,2 Mio Versicherten der AOK Baden-Württemberg aus den Jahren 2004 – 2011 zur Verfügung. Von diesen sind 1 Mio bei der DRV Baden-Württemberg bzw. der DRV Bund rentenversichert, sodass für diesen Personenkreis damit zusätzliche Angaben der Rentenversicherung zu medizinischer und beruflicher Rehabilitation, Rente und Beitragszahlung verfügbar sind.

Zur Erkennung eines möglichen Rehabilitationsbedarfes werden anhand der Krankenkassendaten Behandlungsverläufe von Rehabilitanden vor der medizinischen Rehabilitation analysiert. Zeigen sich nun bei Versicherten, die keine Rehabilitation beantragt haben, ähnliche Behandlungsverläufe, ist von einem potentiellen Rehabilitationsbedarf auszugehen. Bei diesen Versicherten wird also eine Unterinanspruchnahme von Rehabilitation angenommen.

Da die Erkennung einer Unterinanspruchnahme nur durch krankheitsspezifische Analysen der Behandlungsverläufe erfolgen kann, wurden zwei häufige Erkrankungen für diese Studie ausgewählt. Dabei handelt es sich um den chronischen Rückenschmerz sowie psychosomatische Erkrankungen. Ferner sollen für ältere Patienten mit Schenkelhalsbruch der Einfluss einer Rehabilitation auf die Pflegeprognose untersucht werden.

Als Zielgrößen werden bei Versicherten im erwerbsfähigen Alter der Erwerbstatus, die Arbeitsunfähigkeitsdauer (AU-Dauer) sowie die Behandlungskosten in den beiden Folgejahren nach der Rehabilitation bzw. bei den Unterinanspruchnehmern in den beiden Folgejahren nach Rehabilitationsbedarf ausgewertet. Dabei wird geprüft, welche Unterschiede zwischen Unterinanspruchnehmern und Rehabilitanden bestehen.

Im Rahmen weiterer Analysen wird zudem für Patienten, die älter als 70 Jahre sind und im Krankenhaus aufgrund einer Schenkelhalsfraktur behandelt wurden, die Pflegeprognose und die nachfolgenden Behandlungskosten zwischen Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden verglichen.

Aktueller Stand

Die Analysen für die Subgruppe „chronischer Rückenschmerz“ werden im letzten Quartal des Berichtsjahres abgeschlossen.

Für die Analysen wurden Versicherte herausgesucht, bei denen erstmals chronische Rückenschmerzen auftraten (d.h. vor der Erstdiagnose bestanden mindestens ein Jahr keine Rückenschmerzen) und die daraufhin aufgrund der Rückenschmerzen (ICD-10-Kodes M42, M51, M53, M54) mindestens drei Quartale in Folge behandelt wurden. Weitere Einschlusskriterien waren erwerbsfähiges Alter (18-63 Jahre) und eine ausreichend lange Verfügbarkeit von Behandlungsdaten (d.h. keine Versicherungslücken/-wechsel während des Vor- und Nachbeobachtungszeitraums). Ausschlusskriterien waren Operationen an der Wirbelsäule (OPS-Kapitel 5-83) und ernsthafte Erkrankungen (Krebs, Schlaganfall etc.), die vorrangig behandelt werden müssen.

Die Gesamtstichprobe umfasste somit 30.553 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Der Rehabilitandenanteil lag bei 13,0%. Weitere 0,6% der Patienten stellten einen Rehabilitationsantrag, der mit der Begründung „Leistung (derzeit) nicht notwendig - Die Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit oder Behinderung nicht zumindest erheblich gefährdet“ abgelehnt wurde. Die restlichen 86,3% stellten keinen Rehabilitationsantrag (Abb. 4).

Die Versicherten in der Gesamtstichprobe waren durchschnittlich 48,9 Jahre alt. Der Anteil Frauen überwog mit 60,8%. Ebenso war die Mehrheit der Versicherten in der Stichprobe deutsche Staatsangehörige (74,1%).

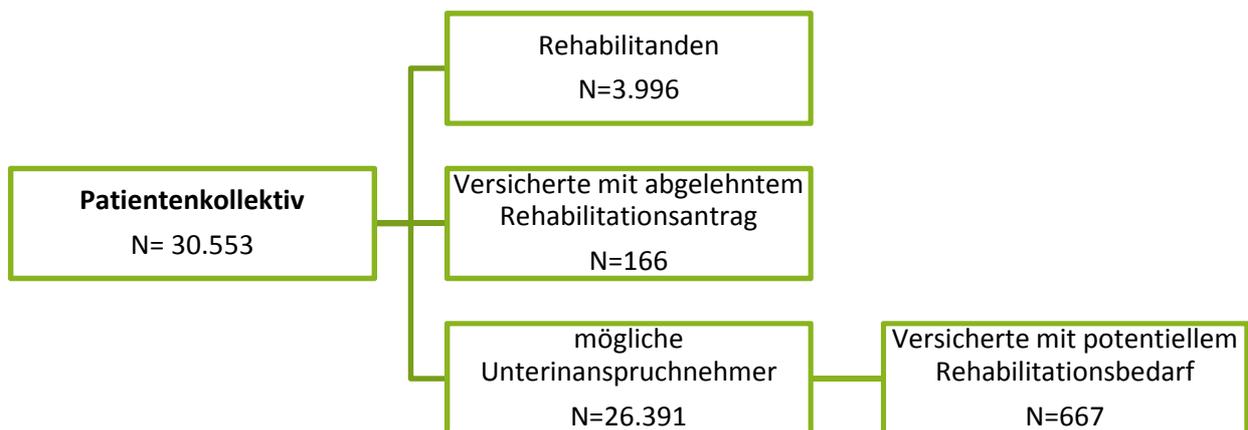


Abbildung 4: Übersicht der Fallgruppen und Fallzahlen

Im Jahr vor der Erstdiagnose waren 67,7% der Versicherten in einem Beschäftigungsverhältnis, 7,6% der Versicherten waren Rentenbezieher, 8,1% waren arbeitslos, 4,7% der Versicherten waren freiwillig versichert und 12,8% der Versicherten waren über ein Familienmitglied versichert. Die Versicherten, die im Jahr vor der Erstdiagnose in einem Beschäftigungs-

verhältnis standen, arbeiteten zu 25,7% in einem einfachen, manuellen Beruf, 23,9% arbeitete in einem einfachen Dienstleistungsberuf, 13,9% in einem qualifizierten manuellen Beruf.

Zur Identifikation der Unterinanspruchnehmer wurde ein spezielles statistisches Verfahren (Hidden Markov Modell) eingesetzt. Es liefert basierend auf Behandlungsverläufen von Rehabilitanden Informationen, bei welchen Versicherten eine Unterinanspruchnahme zu vermuten ist und in welchem Quartal anhand des Behandlungsverlaufes eigentlich eine Rehabilitation zu erwarten wäre, d.h. es wurde für die Unterinanspruchnehmer ein fiktiver Rehabilitationszeitpunkt ermittelt. Anhand dieses Modells ergaben sich Zusatzkriterien für einen potentiellen Rehabilitationsbedarf. Somit werden im Folgenden Patienten als Unterinanspruchnehmer betrachtet, die über mindestens zwei Quartale:

- mindestens 20 Tage arbeitsunfähig waren,
- mindestens 8 Behandlungen erhielten und
- mindestens ein behandlungsassoziiertes Medikament verordnet bekamen,

Die soziodemografischen Angaben von Rehabilitanden, Unterinanspruchnehmern und Patienten mit abgelehnten Rehabilitationsanträgen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Die Unterinanspruchnehmer sind durchschnittlich ein halbes Jahr älter als Rehabilitanden und Patienten mit abgelehnten Rehabilitationsanträgen. Der Anteil an Frauen ist bei Unterinanspruchnehmern 5% höher als in den beiden anderen Gruppen. Der Anteil an Patienten mit einer deutschen Staatsangehörigkeit ist bei Unterinanspruchnehmern und Patienten mit abgelehnten Anträgen geringer als unter Rehabilitanden.

Tabelle 1: Demografische Angaben von Rehabilitanden, Unterinanspruchnehmern und Patienten mit abgelehnten Rehabilitationsanträgen

	Rehabilitanden	Unterinanspruchnehmer	Abgelehnte Anträge	p-Wert
Alter MW (Std)	49,3 (8,4)	49,8 (8,5)	46,2 (9,3)	<0,0001
Weibliches Geschlecht (%)	55,3%	45,5%	53,4%	0,0204
Deutsche Staatsangehörigkeit (%)	84,4%	68,2%	73,5%	<0,0001

Anmerkungen: MW: Mittelwert, Std: Standardabweichung, p-Wert: Signifikanz

Der Verlauf der AU-Dauer unterscheidet sich deutlich zwischen Rehabilitanden, Patienten mit abgelehnten Rehabilitationsanträgen und Unterinanspruchnehmern (Abb. 5). In den vier Quartalen vor der Rehabilitation steigt der Anteil arbeitsunfähiger Patienten in allen drei Gruppen an, jedoch sind Patienten mit abgelehnten Rehabilitationsanträgen deutlich selte-

ner arbeitsunfähig. Die mittlere AU-Dauer steigt bei den Rehabilitanden bis zum Quartal der Rehabilitation deutlich an und fällt dann wieder ab. Bei den Unterinanspruchnehmern steigt die AU-Dauer ebenfalls an und reduziert sich nach dem prognostizierten Rehabilitationszeitpunkt nur sehr langsam. Die Rehabilitanden erreichen ungefähr im sechsten Quartal nach der Rehabilitation ihr Ausgangsniveau, während die Unterinanspruchnehmer im sechsten Quartal eine ca. dreimal so hohe AU-Dauer aufweisen wie vor Eintritt des Rehabilitationsbedarfes. Die AU-Dauern unterscheiden sich zwischen den drei Gruppen in allen untersuchten Quartalen signifikant ($p < 0,0001$).

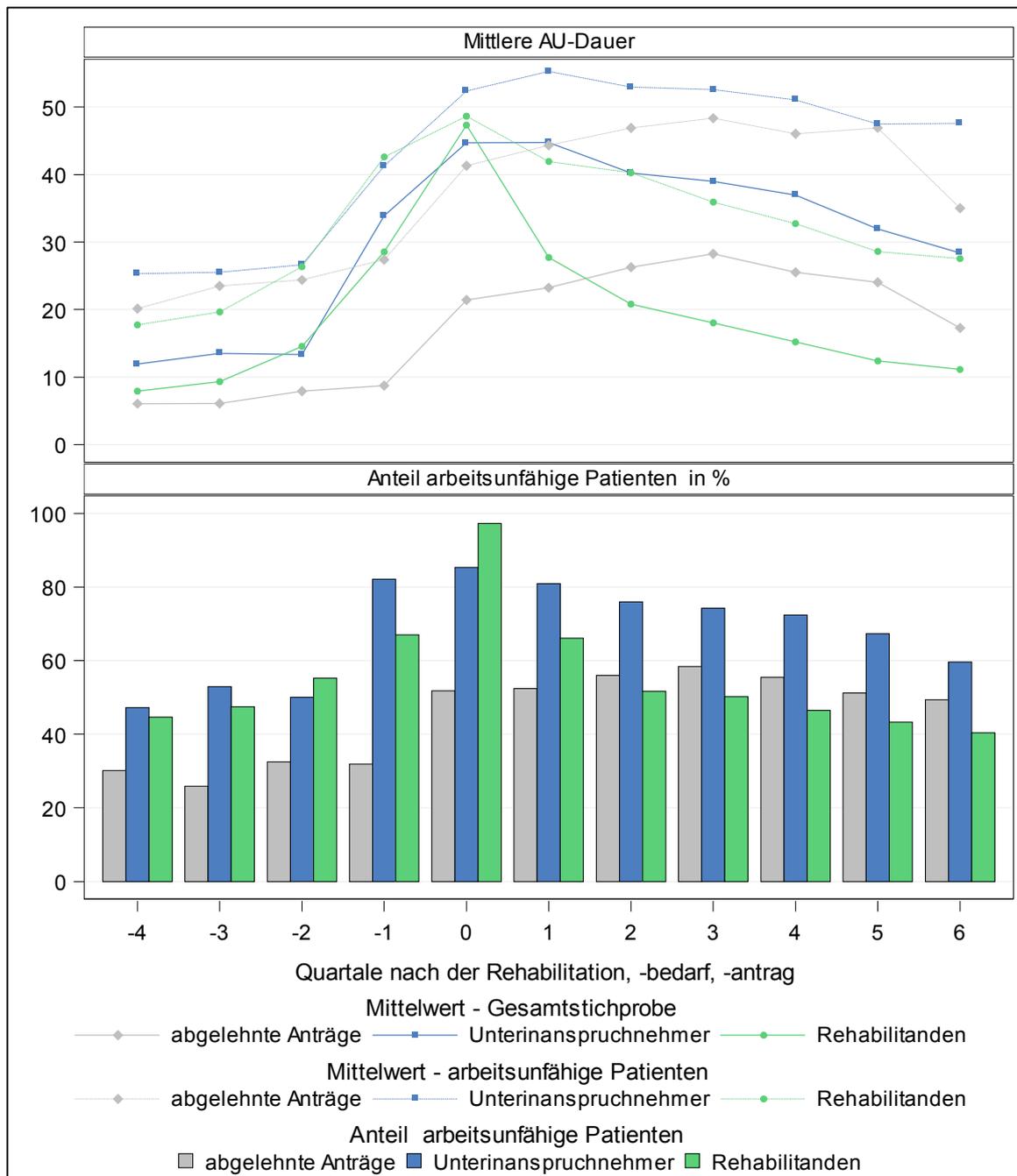


Abbildung 5: Verlauf der AU-Dauer vor und nach der Rehabilitation getrennt nach Subgruppen

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass eine Rehabilitation bei Erwerbstätigen zu niedrigeren AU-Zeiten führt und somit zur wesentlichen Erhaltung der Erwerbsfähigkeit beiträgt.

Die Analysen und der Abschlussbericht für die Subgruppen „psychosomatische Erkrankungen“ und „Reha vor Pflege“ werden voraussichtlich Ende des nächsten Jahres abgeschlossen.

Finanzierung/Fördermittel

DRV Baden-Württemberg
AOK Baden-Württemberg
IFR Ulm Eigenmittel

Kooperationen

DRV Baden-Württemberg
AOK Baden-Württemberg
DRV Bund

Ansprechpartnerin

Julia Dannenmaier
E-Mail: julia.dannenmaier@ifr-ulm.de
Tel.: 07582 800-5107

5.9 Evaluation des Behandlungskonzepts für die Indexdiagnose S72 (Oberschenkelfraktur) in der geriatrischen Rehabilitation „AOK-proReha Geriatrie“

Hintergrund

Die Zahl der älteren Menschen wird kontinuierlich weiter ansteigen. Versorgungsstrukturen müssen daher verstärkt auf die Bedürfnisse von mehrfach und chronisch kranken, alten Menschen ausgerichtet werden. Fachspezifische, geriatrische Versorgungsstrukturen und -konzepte können dazu beitragen, dass der Versorgungsauftrag der geriatrischen Rehabilitation, v.a. durch „Reha vor Pflege“, konsequent umgesetzt und hierdurch die Selbstständigkeit der älteren Menschen erhalten bzw. wieder hergestellt wird.

Projektziel

Die AOK Baden-Württemberg verfolgt mit dem Konzept „AOK-proReha Geriatrie“ das Ziel, die Versorgungssituation für Patienten in der geriatrischen Rehabilitation zu verbessern. Das vom IGES Institut entwickelte Behandlungskonzept für die Indexdiagnose S72 (Oberschenkelfraktur) in der geriatrischen Rehabilitation (Teilprojekt 1) wird durch das IFR Ulm sowohl

hinsichtlich Praktikabilität als auch bezüglich des Behandlungsergebnisses evaluiert (Teilprojekt 2). Im Rahmen der Evaluation sollen vor allem die Behandlungsergebnisse unter dem neuen Behandlungskonzept mit der bisherigen Versorgungspraxis verglichen werden. Zunächst erfolgt eine Prüfung auf Gleichwertigkeit bzw. Nicht-Unterlegenheit, anschließend die Prüfung auf Überlegenheit.

Methodik

Für die Evaluation wird auf eine standardisierte Testbatterie (KODAS) zurückgegriffen, die von der Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie (LAG) entwickelt wurde und in der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg seit mehreren Jahren routinemäßig eingesetzt wird. Patienten der Vorjahre können daher als „historische“ Kontrollgruppe herangezogen werden, da für die nach dem neuen Konzept behandelten Rehabilitanden ebenfalls KODAS-Daten bei Aufnahme und Entlassung erhoben werden. Durch einen Vergleich mit den bisherigen Behandlungsergebnissen soll dann festgestellt werden, inwieweit das neue Konzept zur Verbesserung der Behandlung beiträgt.

In einem ersten Analyseschritt wird überprüft, ob sich das Patientenkollektiv z.B. hinsichtlich Alter oder Begleiterkrankungen zwischen den Jahren verändert hat. Hierfür werden die historischen KODAS-Daten, die bei Aufnahme in die Rehabilitation erhoben wurden, mit den neuen KODAS-Daten verglichen.

Das Behandlungsergebnis kann über die Differenz der Aufnahme- und Entlassungsdaten bestimmt werden. Dieses erfolgt sowohl für die historischen als auch für die neuen KODAS-Daten. Wenn die Differenzen in beiden Gruppen gleich sind, kann davon ausgegangen werden, dass das neue Behandlungskonzept gegenüber der bisherigen Versorgungspraxis zumindest gleichwertig ist.

Zudem erfolgt mittels selbst konzipierter Evaluationsbögen die Dokumentation der durchgeführten Therapieelemente bzw. Behandlungsintensität sowie eventueller Gründe für eine Abweichung vom Behandlungskonzept. Dies erlaubt eine Beurteilung der Praktikabilität der neuen Behandlungsvorgaben. Des Weiteren kann der Behandlungsaufwand abgeschätzt werden. Um einen Vergleich mit der bisherigen Versorgungspraxis vornehmen zu können, werden die Modellkliniken hinsichtlich der Inhalte ihres bisherigen Behandlungskonzepts befragt.

Aktueller Stand

Das Teilprojekt 1 ist mit Fertigstellung und Implementierung des Behandlungskonzepts in die Modelleinrichtungen im vierten Quartal 2015 durch das IGES abgeschlossen worden.

Im Berichtsjahr hat die Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie (LAG) auch grundlegende Regeln für ärztliche Diagnostik und Behandlung in Form des Geriatrischen Basismoduls (GRBM) an

den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst. Die finale Version des GRBM liegt seit Ende Mai 2016 vor.

Um die beiden parallelen Entwicklungen in der geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit der Indexdiagnose S72 berücksichtigen zu können, wurde gemeinsam mit der LAG und der AOK entschieden, sowohl das neue Behandlungskonzept als auch das GRBM in die Evaluation aufzunehmen. Für das GRBM wurde ein entsprechender Erhebungsbogen durch das IFR Ulm konzipiert. Die Erhebungsinstrumente wurden den Kliniken elektronisch (als ausfüllbares PDF-Formular) zur Verfügung gestellt, um Medienbrüche bei der Datenerhebung möglichst zu vermeiden.

Für die Bewertung der Behandlungsergebnisse ist nicht allein die statistische Signifikanz, sondern auch die klinische Relevanz der festgestellten Unterschiede entscheidend. Die Festlegung dieses kleinsten klinisch relevanten Unterschieds (Minimal clinically important difference – MCID) bildet die Basis für das weitere Vorgehen. Daher wurde für diese Kriterien noch vor Beginn der Datenanalysen durch das IFR Ulm ein Vorschlag auf Basis einer Literaturrecherche sowie Auswertungen der „historischen“ KODAS-Daten entwickelt. Dieser wurde dem wissenschaftlichen Projektbeirat vorgelegt und dort verabschiedet.

Der MCID gibt an, inwiefern eine gemessene Veränderung für den Patienten oder den Kliniker relevant ist. Würden sich die „alten“ und „neuen“ Behandlungsergebnisse höchstens um den MCID unterscheiden, so wären die Konzepte als gleichwertig zu betrachten. Würde der Unterschied hingegen diese Schwelle überschreiten, so wäre dies als Über- bzw. Unterlegenheit zu werten.

Derzeit erfolgen die weiteren Auswertungen der „historischen“ KODAS-Daten sowie die Erfassung und Aufbereitung der eingehenden Evaluationsbögen. Nach Abschluss der Datenerhebung wird voraussichtlich im Frühjahr 2017 mit der Überprüfung der Nicht-Unterlegenheit des neuen Behandlungskonzepts gegenüber der bisherigen Versorgungspraxis begonnen.

Finanzierung/Fördermittel

AOK Baden-Württemberg

Kooperationen

AOK Baden-Württemberg

IGES Institut Berlin GmbH

Landesverband Geriatrie Baden-Württemberg

Ansprechpartnerin

Lena Tepohl

E-Mail: lena.tepohl@ifr-ulm.de

Tel.: 07582 800-5205

5.10 Prädiktoren des Rehabilitationserfolgs nach Becken- und Acetabulumfrakturen

Hintergrund

Die Nachbehandlung bei Verletzungen des Beckens variiert deutlich. Diese liegt u.a. daran, dass es kaum Forschungsergebnisse zu Behandlungsinhalten und -ergebnissen gibt, da nur wenige hochspezialisierte Schwerpunktkliniken Patienten mit Beckenverletzungen in nennenswerter Anzahl behandeln. Die AG Becken III der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO) hat eine europaweite, in Umfang und Inhalt einzigartige Datenbank für die prospektive Erfassung von Beckenverletzungen geschaffen. Allein für die Jahrgänge 2005-2013 umfasst diese insgesamt ca. 10.000 komplett eingegebene und abgeschlossene Fälle mit Beckenring- und Acetabulumfrakturen aus 31 Kliniken. Die Rehabilitation und das langfristige Ergebnis bezogen auf die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben sind bislang nicht untersucht worden. Gemeinsam mit der AG Becken III der DGU/AO wird die Datenerhebung der AG prospektiv um Angaben zur Rehabilitation erweitert. Hierdurch sollen Erkenntnisse über Rehabilitationsziele, -verlauf, -prognose und Zielerreichung gewonnen werden. Das IFR Ulm führt dieses Forschungsvorhaben zu Rehabilitationseffekten bei Beckenverletzungen in Kooperation mit der AG Becken III der DGU/AO durch.

Projektziel

Diese Studie untersucht das Rehabilitationsergebnis nach Becken- und Acetabulumfrakturen sowie Faktoren, die eine Vorhersage des Heilungsverlaufs erlauben (Prädiktoren). Anhand dieser Prädiktoren sollen Empfehlungen für die Rehabilitation abgeleitet werden. Das primäre Rehabilitationsziel ist die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

Methodik

In einem ersten Schritt wurde die aktuelle Versorgungssituation der Rehabilitation nach Beckenverletzung untersucht. Hierzu werden Patienten mit Becken- und Acetabulumfrakturen in Modellkliniken hinsichtlich der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen gesichtet. Dabei wurde neben den soziodemografischen Daten der Patienten, die Diagnose, die Art der Versorgung, Komorbiditäten sowie der Aufnahme- und Entlassungsbefund der Rehabilitation anonym erfasst. Zusätzlich wurden die erhaltenen Therapieleistungen, die Rehabilitationsziele und ihre Erreichung dokumentiert.

In einem zweiten Schritt erfolgt die Evaluation der Ergebnisse der Rehabilitationsmaßnahmen über die AG Becken der DGU/AO. Hierzu wurden Fragebögen entwickelt, die sowohl von den behandelnden Rehabilitationsärzten als auch von den Rehabilitanden bei Beginn und Ende der Rehabilitationsmaßnahme ausgefüllt werden. Mit Hilfe dieser Fragebögen soll die Ergebnisqualität der Rehabilitationsmaßnahmen bei Beckenring- und Acetabulumfraktu-

ren überprüft werden. Die Evaluation umfasst auf Patientenseite Elemente des Merle d'Aubigné Score, des Assessment of Quality of Life und des Funktionsfragebogens Bewegungsapparat (SMFA-D). Zusätzlich beantworten die Rehabilitanden den FIM (Functional Independence Measure) Fragebogen sowie den IRES-3 (Indikatoren des Rehasstatus). Die behandelnden Rehabilitationsärzte machen Angaben zu Rehabilitationszielen und deren Erreichung, sowie zum Staffelstein-Score. Bei Entlassung aus der Rehabilitationsklinik erfolgt die Mitteilung bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung auf Basis des Blattes 1a des Reha-Entlassungsberichts der Deutschen Rentenversicherung. Mit Hilfe der Evaluation sollen die Aspekte Teilhabe und Aktivität der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) aus subjektiver und objektiver Sicht erhoben werden. Für die Erhebung und Auswertung von langfristigen Ergebnissen ist eine weitere Befragung zwölf Monate nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik (T3) geplant.

Aktueller Stand

Die Pilotstudie wurde im Sommer 2016 abgeschlossen. Hierdurch wurde die Machbarkeit der Studie bestätigt. Die zwölf Fragebögen der Zeitpunkte T1 (Aufnahme Rehabilitation) und T2 (Entlassung Rehabilitation) wurden ausgewertet und zeigten erste Trends. Sowohl das psychische Befinden als auch der Schmerz reduzieren sich innerhalb der dreiwöchigen Rehabilitation deutlich. Des Weiteren konnte eine Verbesserung der Teilhabe erreicht werden und sowohl die Einschätzung des Rehabilitationsarztes als auch der Patienten selber hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung waren positiv. Der Schulabschluss schien ein relevanter Prädiktor für die Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Beruf zu sein. Diese Ergebnisse wurden erstmalig auf dem Jahreskongress der DGPMR (Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation) in Gießen im Berichtsjahr präsentiert.

Im September 2016 hat die Datenerhebung für die Hauptstudie begonnen. Derzeit werden in fünf Kliniken (Universitätsklinikum Ulm, Sana Kliniken Biberach, BG Klinik Tübingen, Universitätsklinikum Leipzig und Universitätsklinikum des Saarlands) Patienten rekrutiert. Für die BG Klinik Ludwigshafen und das Universitätsklinikum Münster stehen die Genehmigungen der zuständigen Ethikkommissionen noch aus. Die Patientenrekrutierung ist bis März 2017 geplant. Im Januar 2017 werden die ersten Fragebögen zum Katamnesezeitpunkt T3 an die Patienten verschickt.

Das IFR Ulm übernimmt im Rahmen dieser Multicenterstudie die Studienleitung. Die Vorbereitungen für den Versand der Katamnesefragebögen werden noch Ende 2016 abgeschlossen, sodass diese im ersten Quartal 2017 termingerecht versandt werden können. Des Weiteren unterstützt das IFR Ulm alle teilnehmenden Kliniken bei der Einholung eines Ethikvotums.

Im Oktober 2016 wurde der erste Zwischenbericht des Projekts an die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) versendet.

Finanzierung/Fördermittel

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

IFR Ulm Eigenmittel

Kooperation

Arbeitsgemeinschaft Becken III der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO)

Ansprechpartnerin

Lena Tepohl

E-Mail: lena.tepohl@ifr-ulm.de

Tel.: 07582 800-5205

5.11 Entwicklung eines intuitiv bedienbaren bewegungsunterstützenden Robotergeräts mit Selbstanpassung (SE_BURG)

Hintergrund

Wenn Patienten nach Operationen am Knie dieses noch nicht wieder aus eigener Kraft bewegen können bzw. dürfen, kommen sogenannte „Motorschienen“ zum Einsatz, um die Beweglichkeit des Knies zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Diese Geräte finden zur Therapieunterstützung bei Patienten nach Ersatz des Kniegelenks (Knieendoprothese) in der Rehabilitation regelmäßig Anwendung. Neben den bisher eingesetzten passiven Bewegungsschienen, bei denen das Knie des Patienten passiv von einem Motor durchbewegt wird, werden jetzt auch aktiv-assistive „Motorschienen“ entwickelt, die den Patienten nur soweit unterstützen, wie er es noch braucht. So kann der Patient bereits seine Muskeln trainieren, auch wenn er das Knie noch nicht komplett selbständig bewegen kann. Dies unterstützt den Kraftaufbau bereits in einer frühen Nachbehandlungsphase.



Abbildung 6: Testung Demonstrator SE_BURG

Bisherige aktiv-assistive Motorschienen haben den Nachteil, dass diese bei jeder Trainingseinheit aufwändig an das Knie des Patienten angepasst werden müssen. Um Patienten und Therapeuten zu entlasten, sollen zukünftige Motorschienen schnell und einfach einzustellen sein.

Diese Anforderung verlangt eine innovative Technik, die es ermöglicht, dass sich Motorschienen, auch „bewegungsunterstützende Robotergeräte“ (BURG) genannt, an Länge- und Breite des Knie und Beines des Patienten automatisch bzw. selbstständig (SE) anpassen. Die Bewegung des Kniegelenks wird durch verschiedene Einzelgelenke innerhalb der Motorschiene individuell unterstützt und geführt (Abb. 6).

Ziele des Projektes sind daher Verbesserungen bei der Anwendung von aktiven Motorschienen am Kniegelenk zu erreichen. Die bisherigen zeitaufwändigen und benutzerunfreundlichen Einstellschritte sollen entscheidend vereinfacht werden. Trotzdem sollen die Geräte in der Lage sein, sich genau an das Knie des Patienten selbst anzupassen.

Projektziel

Das Gesamtziel des Verbundprojektes ist eine entscheidende Vereinfachung der Anwendung einer aktiv-assistiven Motorschiene (SE_BURG). Idealerweise sollen Patienten wie Therapeuten die Motorschiene lediglich anlegen und eine grobe Einstellung durchführen. Die Mechanik soll sich während der ersten Beuge- und Streckbewegungen an das Knie und Bein des Patienten anpassen und für eine hohe Bewegungsgenauigkeit und einen hohen Komfort sorgen.

Methodik

Das Projekt beinhaltet die Entwicklung eines Prototypen einer aktiv-assistiven Motorschiene.

Im 1. Projektjahr (1/2014 bis 1/2015) standen die Formulierung der Anforderungen, biomechanische Untersuchungen der Kniemechanik und die Möglichkeiten der praktischen Umsetzung im Mittelpunkt. Hierfür beschäftigte sich das IFR Ulm, basierend auf der aktuellen wissenschaftlichen Literatur, Therapeutenbefragungen und durch ausführliche Testungen und Untersuchungen an anderen Motorschienen vor allem mit den Bedienungsanforderungen und Sicherheitsrichtlinien für den zu entwickelnden Prototypen. Orientiert daran entwickelten das Friedrich Wilhelm Bessel Institut (FWBI), das Institut für Unfallchirurgische Forschung und Biomechanik (UFB) und der Industriepartner Dr. Paul Koch GmbH erste Entwurfsskizzen und die Dr. Winkler GmbH&Co.KG Polsterungsvorschläge für die Motorschiene, die anschließend hinsichtlich der Vor- und Nachteile sowie Verbesserungsmöglichkeiten von allen Projektpartnern besprochen wurden. Des Weiteren stellte das IFR Ulm für die im Projektjahr 2016 geplante praktische Testung einen Ethikantrag, der ein positives Votum erhielt.

Im 2. Projektjahr (1/2015 - 1/2016) wurden die Einzelteile entwickelt und weiter verbessert, um die Selbstanpassung der Motorschiene zu ermöglichen. Die Weiterentwicklung wurde durch vorherige Testungen eines Vorläufermodells an gesunden Versuchsteilnehmern umgesetzt. Die Testung wurde durch das IFR Ulm und die Moor-Heilbad Buchau gGmbH durchgeführt. Abschließend stand ein Versuchsmuster der Motorschiene zur Verfügung, mit des-

sen Hilfe weitere biomechanische und technische Untersuchungen durchgeführt werden konnten.

Im dritten Projektjahr (1/2016 bis 1/2017) wurde ein weiteres Versuchsmuster einer Motorschiene gebaut. Dazu wurde die vorherige Motorschiene sowie die biomechanischen und technischen Ergebnisse der Testung genutzt. Dieses neue Versuchsmuster wurde an 60 gesunden Versuchsteilnehmern sowie Therapeuten und Patienten getestet, um herauszufinden, wie gut sich die Motorschiene an Knie und Bein selbständig anpasst.

Hier wurde gezeigt, dass das Projekt erfolgreich umgesetzt wurde. In der aktuellen Version der Motorschiene findet die Breiten- und Längenanpassung an das Knie und das Bein des Patienten weitgehend selbstständig statt. Die Unterstützung der Motorschiene hilft dem Patienten nur soweit, wie der Patient es braucht. Bis Ende Januar 2017 wird das Projekt voraussichtlich planmäßig abgeschlossen.

In einem Nachfolgeprojekt „IN-BURG“ ist geplant, die Motorschiene noch mehr an die Bedürfnisse des Patienten anzupassen. Dabei soll für jeden Patient erkannt werden, ob das Kniegelenk beispielsweise gereizt ist (hohe Temperatur oder Schwellung) oder die Motorschiene den Patienten zu wenig bzw. zu viel unterstützt. Der Beginn dieses vom BMBF geförderten Verbundprojekts ist für das 4. Quartal 2016 geplant.

Aktueller Stand

In diesem Jahr war es die Aufgabe der Moor-Heilbad Buchau gGmbH mit der Unterstützung des IFR Ulm, v.a. Physiotherapeuten in der Entwicklung zu beteiligen. Hierzu wurden wichtige Punkte der Akzeptanz der neuen Technik, der Bedienung der Motorschiene, der Sicherheit und der Bewegungsqualität besprochen und an 20 gesunden Versuchsteilnehmern getestet. Für die praktische Testung wurde in einem ersten Schritt ein Bedienbildschirm vom FWBI und anschließend das Versuchsmuster der Motorschiene entwickelt. Die Testung bestand aus einer 20-minütigen Therapie am Vorläufermodell, aber bereits mit dem neuen Bedienbildschirm. Vor- und Nachteile des Vorläufermodells wurden durch einen Fragebogen zusammengetragen sowie durch gespeicherte Bewegungsdaten der Motorschiene. Die Ergebnisse wurden anschließend vom IFR Ulm den Kooperationspartnern mitgeteilt, um so weitere Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen. Im nächsten Schritt steht nun die Testung des neuen Versuchsmusters der Motorschiene samt neuem Bedienbildschirm an Patienten an.

Finanzierung/Fördermittel

Moor-Heilbad Buchau gGmbH

Kooperationen

Dr. Paul Koch GmbH

FWBI - Friedrich Wilhelm Bessel Institut

Dr. Winkler GmbH&Co.KG

UFB - Institut für Unfallchirurgische Forschung und Biomechanik

Moor-Heilbad Buchau gGmbH

Ansprechpartner

Sebastian Knapp

E-Mail: sebastian.knapp@ifr-ulm.de

Tel.: 07582 800-5108

5.12 Kosten-Nutzen-Bewertung der orthopädischen Rehabilitation bei Rückenschmerzen

Hintergrund

Der demographische Wandel in Deutschland stellt für die Gesellschaft und die sozialen Sicherungssysteme eine große Herausforderung dar. Das betrifft die gesetzliche Rentenversicherung sowohl auf der Einnahmenseite, die auf dem Umlageverfahren basiert und unter der Verkleinerung der nachwachsenden Generationen leidet, als auch auf der Ausgabenseite, die u.a. durch die mit der steigenden Lebenserwartung der Versicherten zunehmenden Rentenbezugsdauer beansprucht wird. Auch im Bereich der Rehabilitation ist der demografische Wandel zu spüren, da der Anteil älterer Beschäftigter mit entsprechend höherem Rehabilitationsbedarf zunimmt. Diese Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt werden höhere von der DRV zu finanzierende Rehabilitationsleistungen bedingen. Denn die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation wird weiter steigen, da sie eine wichtige Rolle bei der Behandlung von Erkrankungen und der Verlängerung der Lebensarbeitszeit spielt.

Bislang liegen jedoch kaum quantitative Studienergebnisse zur Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation vor. Die meisten Ergebnisse basieren auf Fragebogenerhebungen und stellen nur den kurzfristigen Effekt der Rehabilitationsmaßnahme dar. Die Prognos AG hat 2009 anhand theoretischer Modelle den volkswirtschaftlichen Beitrag der medizinischen Rehabilitation hinsichtlich Wirksamkeit und Inanspruchnahme dieser bis zum Jahr 2025 untersucht. Hier liegen erstmals qualitativ zu vergleichende Ergebnisse (eingesparte AU-Tage und gewonnene Berufstätigkeitsjahre) vor. Die Einschätzungen hinsichtlich der Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation wurden jedoch von Ergebnissen aus Fragebögen abgeleitet und direkt auf die Produktivität übertragen. Die Ergebnisse der Prognos AG stellen insgesamt einen positiven Effekt der medizinischen Rehabilitation fest. Nur für den Indikationsbereich der Orthopädie (ausschließlich Rückenschmerzen) wird die Wirksamkeit nicht nachgewiesen

und kritisch hinterfragt. Da die Orthopädie den größten Indikationsbereich der medizinischen Rehabilitation darstellt, wurde die Indikation Rückenschmerz bewusst für die Kosten-Nutzen-Bewertung dieses Forschungsprojekts ausgewählt.

Projektziel

Ziel dieser Studie war es, zu untersuchen, ob bei chronischen Rückenschmerzen eine medizinische Rehabilitation hinsichtlich der Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) effektiver ist, als eine Therapie ohne Rehabilitation. Des Weiteren wurde der Frage nachgegangen, welches der beiden Verfahren zu einem besseren Kosten-Nutzen-Verhältnis führt. Ferner wurde der dargestellte Nutzen der orthopädischen Rehabilitation bis ins Jahr 2040 prognostiziert.

Methodik

Für die Beantwortung dieser Frage wurde eine Kohortenstudie auf Basis von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg sowie der DRV Bund und DRV Baden-Württemberg durchgeführt. Für die Analysen wurden zunächst Rehabilitanden der DRV Baden-Württemberg und DRV Bund eingeschlossen, die auf Grund einer M51 (sonstige Bandscheibenschäden), M53 (sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert) oder M54 (Rückenschmerzen) eine medizinische Rehabilitation erhalten haben. Für die Generierung der Vergleichsgruppe wurden mittels eines Vorhersagemodells Versicherte der AOK Baden-Württemberg identifiziert, die mit der Rehabilitandengruppe weitestgehend vergleichbar sind, jedoch keine Rehabilitation erhalten haben (Unteranspruchnehmer). Jedoch hätten diese Versicherten eine hohe Wahrscheinlichkeit gehabt, eine Rehabilitation zu erhalten, wenn ein Rehabilitationsantrag gestellt worden wäre.

Für die Rehabilitanden- und die Vergleichsgruppe wurden nur Personen eingeschlossen, die aufgrund einer ICD-10 Diagnose M51, M53 oder M54 eine Rehabilitation in Form eines Heilverfahrens erhalten haben. Des Weiteren wurden Arbeitslose und bereits berentete Personen sowie Versicherte, die zusätzlich eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) erhalten haben, von den Analysen ausgeschlossen.

Aus dem Vergleich dieser beiden Gruppen lässt sich der Effekt der Rehabilitation auf die Anzahl der AU-Tage ableiten. Anschließend wird die Differenz der AU-Tage ein und zwei Jahre nach der Rehabilitation mit dem durchschnittlichen volkswirtschaftlichen Kosten von 285 € pro AU-Tag¹ verrechnet, sodass der Nutzen der Rehabilitation monetär dargestellt werden kann (Kosten-Nutzen-Analyse). Durch volkswirtschaftliche Verfahren lässt sich der Einfluss der medizinischen Rehabilitation auf die Produktivität der Wirtschaft bestimmen.

¹ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeitstage 2013.

Aktueller Stand

Für die Analyse konnten N=2.433 Rehabilitanden und N=2.433 Nicht-Rehabilitanden (Vergleichsgruppe) identifiziert werden. Im Jahr der Rehabilitation war die Anzahl der AU-Tage in beiden Gruppen annähernd gleich und betrug in der Rehabilitandengruppe 62 Tage und in der Vergleichsgruppe 59 Tage. Hierbei sind in der Gruppe der Rehabilitanden bereits 15 AU-Tage für die Zeit der Rehabilitation berücksichtigt. Im ersten Folgejahr reduzierten sich die AU-Tage in der Gruppe der Rehabilitanden auf 30 Tage, in der Vergleichsgruppe auf 35 Tage. Im zweiten Folgejahr betrug die AU-Dauer der Rehabilitanden und der Nicht-Rehabilitanden weitere sieben Tage weniger (Abb. 7).

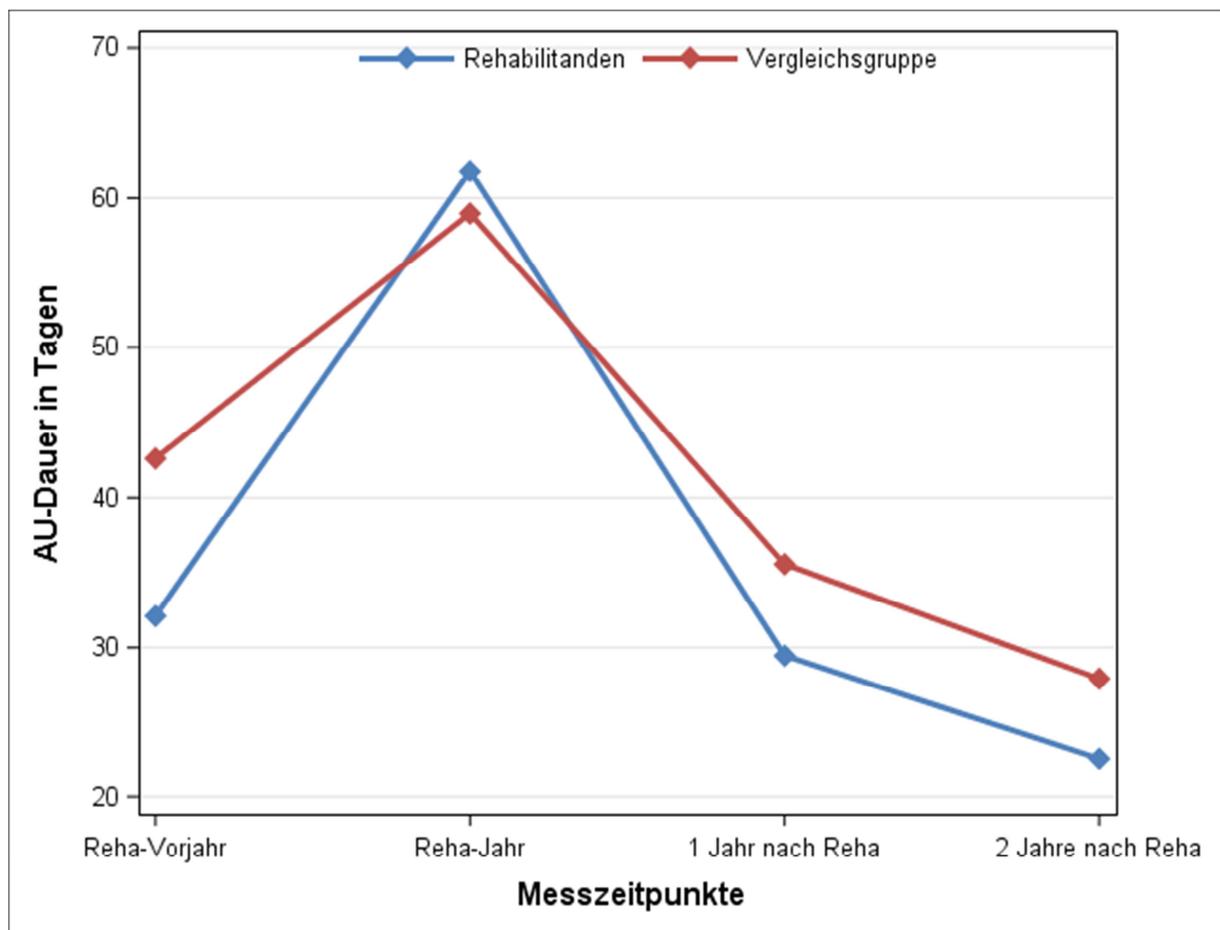


Abbildung 7: Veränderung der AU-Tage im ersten und zweiten Jahr nach einer medizinischen Rehabilitation - Vergleich Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden

In der Analyse der direkten und indirekten Kosten zeigte sich, dass in beiden Gruppen die Kosten im Jahr der Rehabilitation am höchsten waren. Zwar sanken diese in den Folgejahren in beiden Gruppen, jedoch lagen die Kosten der Rehabilitanden- unter denen der Vergleichsgruppe. Allein durch die Reduzierung der AU-Tage können zwei Jahre nach der Rehabilitation in der Gruppe der Rehabilitanden 11.115 € und in der Vergleichsgruppe 8.835 € pro Person eingespart werden. Der Delta-Nutzen der Rehabilitation liegt sowohl im ersten als

auch im zweiten Jahr nach der Rehabilitation bei acht gesparten AU-Tagen, entsprechend 2.280 € pro Person pro Jahr (Abb. 8).

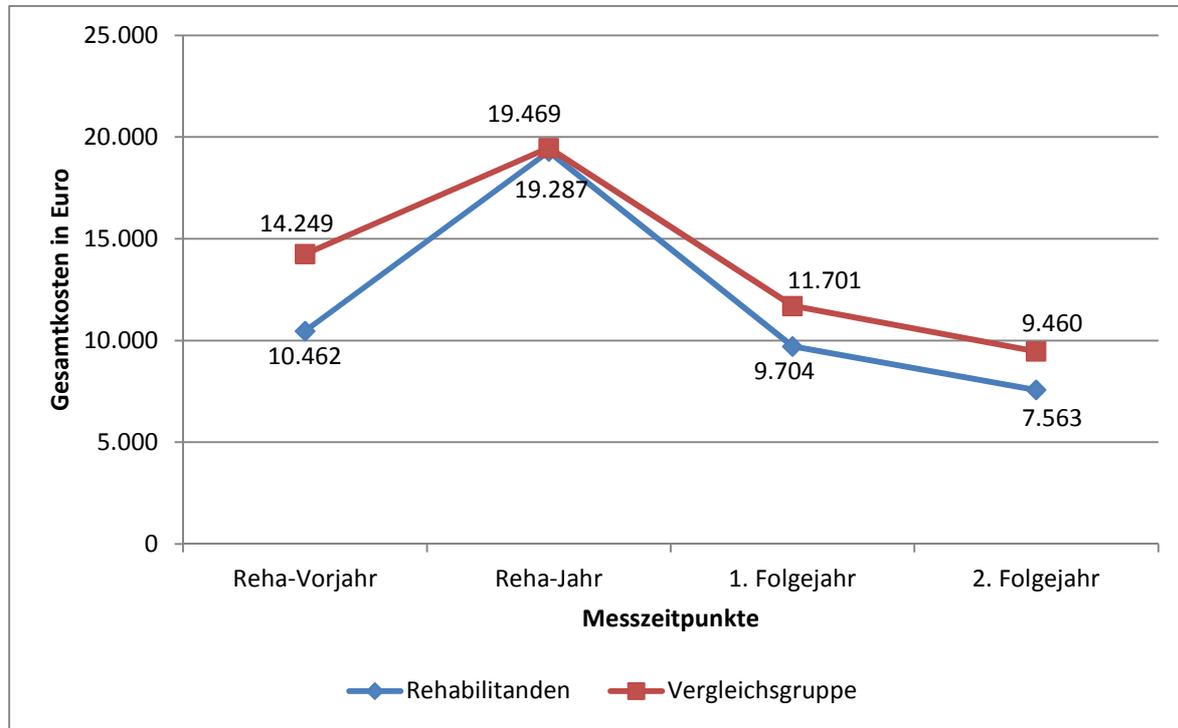


Abbildung 8: Direkte und indirekte Kosten in beiden Gruppen über den gesamten Analysezeitraum

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen einer Therapie ohne Rehabilitation hinsichtlich der Reduktion der AU-Tage überlegen ist. Darüber hinaus konnte auch ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis für die Rehabilitation bestimmt werden.

Die geschlechtsspezifischen Analysen zeigten, dass Männer im Jahr der Rehabilitation mehr AU-Tage aufwiesen als Frauen und durch die Rehabilitation stärker profitierten. In den Altersgruppen der 35-39-Jährigen und der 60-63-Jährigen war die Anzahl der AU-Tage mit über 70 Tagen im Jahr der Rehabilitation am höchsten, in der Altersgruppe 45-49 Jahre erreichte die Anzahl der AU-Tage ein Minimum. Im Analysezeitraum war die Reduktion der AU-Tage bei den älteren Rehabilitanden (55-59 Jahre und 60-63 Jahre) sowie bei den sehr jungen Rehabilitanden (30-34 Jahre und 35-39 Jahre) am höchsten. Es ist jedoch zu beachten, dass dieses die Ergebnisse des Prä-Post-Vergleichs sind. Bildet man die Differenz der Differenzen zwischen der Reduktion der AU-Tage in den beiden Gruppen, zeigte sich, dass in den älteren Altersgruppen auch eine hohe Reduktion der AU-Tage durch eine Therapie ohne Rehabilitation erreicht werden konnte. Somit war der Delta-Nutzen der Rehabilitation deutlicher in den jüngeren Altersgruppen zu erkennen.

In einer zuvor gemeinsam mit den Versicherungswissenschaftlern der Universität Ulm durchgeführten Studie wurde unter Berücksichtigung der Veränderung der Beschäftigungs-

quote älterer Arbeitnehmer die Anzahl der Rehabilitationsfälle in 2040 prognostiziert. Aufbauend auf diesen Ergebnissen, wurde der volkswirtschaftliche Nutzen der orthopädischen Rehabilitation im Jahr 2040 bestimmt. Ohne eine Veränderung der Beschäftigungsquote können im Jahr 2040 durch eine orthopädische Rehabilitation innerhalb von zwei Jahren bis zu 11,3 Millionen AU-Tage, entsprechend 3,2 Milliarden Euro (volkswirtschaftlicher Nutzen) eingespart werden. Geht man von einem linearen Anstieg der Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer (61-64 Jährige auf 100%; 65-70-Jährige auf 50%)² aus, so können 13,4 Millionen AU-Tage und somit 3,8 Milliarden Euro indirekte Kosten eingespart werden.

Sowohl heute als auch in 2040 liegt der volkswirtschaftliche Nutzen vermutlich sogar noch deutlich höher. In dieser Studie wurde ausschließlich die Veränderung der AU-Tage als Zielgröße herangezogen. Würde man auch die Anzahl der vermiedenen Früh- bzw. Erwerbsminderungsrenten betrachten, würde der monetäre Wert des Nutzens einer Rehabilitationsmaßnahme erheblich größer sein.

Die Analysen sind abgeschlossen, derzeit werden die Ergebnisse für eine Publikation aufgearbeitet.

Finanzierung/Fördermittel

IFR Ulm Eigenmittel

Kooperation

Institut für Versicherungswissenschaften an der Universität Ulm

Ansprechpartnerin

Lena Tepohl

E-Mail: lena.tepohl@ifr-ulm.de

Tel.: 07582 800-5205

5.13 Reha-QM-Outcome-Studie Baden-Württemberg: Analyse der dreijährigen Nachbeobachtung

Hintergrund

Bei der Reha-QM-Outcome-Studie Baden-Württemberg arbeiten erstmals ein Qualitätsverbund von 29 Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlicher Träger, ein Rentenversicherungsträger und zwei Forschungsinstitute eng zusammen, um gemeinsam Rehabilitationser-

² Diplomarbeit D. Rakowski (2012) Universität Ulm

gebnisse zu untersuchen. Dazu wurden Angaben aus einer Rehabilitandenbefragung, Kennzahlen aus dem internen Qualitätsmanagement der Kliniken sowie Routinedaten der Rentenversicherung (u.a. zu Beitragszahlung und Rentengeschehen) ausgewertet. Diese Studie konnte im Jahr 2015 erfolgreich abgeschlossen werden. Ein ausführlicher Abschlussbericht steht im Webauftritt des Qualitätsverbundes zum Download bereit (<http://www.qualitaetsverbund-gesundheit.de>).

Im Anschluss hat der Qualitätsverbund die Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG) und das IFR Ulm beauftragt, für das vorhandene Studienkollektiv gemeinsam mit der DRV Baden-Württemberg eine längere Nachbeobachtung durchzuführen. Dazu wurden auch für die Jahre zwei und drei nach Rehabilitation von der DRV Baden-Württemberg Routinedaten aus der Rehabilitationsstatistikdatenbasis (RSD) bereitgestellt, um insbesondere den Erwerbsstatus und das Rentengeschehen längerfristig nachzubeobachten.

Projektziel

Im zwischenzeitlich abgeschlossenen Projekt „Analyse des Behandlungserfolgs in der medizinischen Rehabilitation - Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement“ (kurz: Reha-QM-Outcome-Studie Baden-Württemberg) ergaben sich interessante Zusammenhänge zwischen Kennzahlen aus dem Qualitätsmanagement und dem Behandlungsergebnis sowohl aus Sicht der Betroffenen, als auch aus Sicht der Solidargemeinschaft.

In einem bundesweit angelegten Folgeprojekt soll nun geprüft werden, inwieweit sich die gefundenen Zusammenhänge auch in anderen Bundesländern, die unterschiedliche regionale Gegebenheiten (z.B. Arbeitsmarkt oder Versichertenstruktur) aufweisen, bestätigen. Darüber hinaus soll untersucht werden, ob aus den im Vorprojekt eingesetzten Untersuchungstechniken Verfahren für die Beurteilung der Ergebnisqualität abgeleitet werden können.

Methodik

In der ersten Studie wurden von der DRV Baden-Württemberg 7.600 Rehabilitanden angeschrieben, die im zweiten Halbjahr 2011 in den Kliniken des Qualitätsverbundes eine Rehabilitationsmaßnahme durchlaufen hatten. Für eine Teilstichprobe von 2.130 Rehabilitanden konnten Beitragszahlungen und Rentengeschehen bis Ende 2014 nachbeobachtet werden. Es wurden 271 Anträge auf Erwerbsminderungsrente gestellt, von denen 166 bewilligt wurden.

Bezüglich des Rentengeschehens wurden Ereigniszeitanalysen mittels Proportional-Hazard-Modellen durchgeführt, wie sie auch bei Überlebenszeitanalysen in der Krebsforschung zum Einsatz kommen.

Aktueller Stand

Der im ersten Jahr beobachtete Zusammenhang zwischen der subjektiven Bewertung des Reha-Nutzens und der Erwerbstätigkeit bestätigte sich auch im zweiten und dritten Jahr. So weisen Rehabilitanden, die nach eigenen Angaben von der Rehabilitation profitieren konnten, in den Folgejahren mehr Tage mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung auf als diejenigen, denen die Rehabilitation nicht geholfen hat.

Auch bei den Erwerbsminderungsrenten ergab sich ein klarer Zusammenhang zwischen subjektivem Reha-Nutzen und dem Rentenrisiko (Abb. 9). So gab jeder fünfte Rehabilitand (20%) an, die Rehabilitation habe ihm „sehr“ geholfen, während nur jeder zehnte (9,8%) keinen Nutzen sah. Vergleicht man diese beiden Gruppen, hat letztere ein 3,6-fach höheres Risiko für eine Erwerbsminderung.

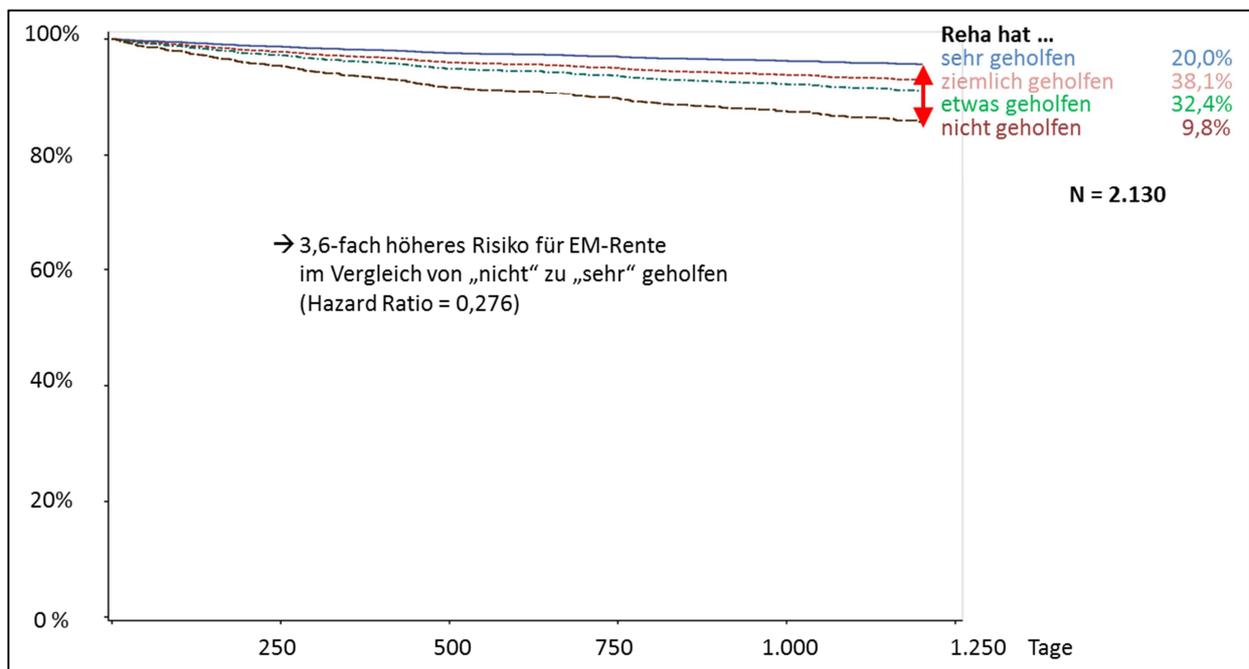


Abbildung 9: Zeitlicher Verlauf des Anteils der weiter erwerbsfähigen Rehabilitanden in Abhängigkeit von der Einschätzung des subjektiven Nutzens der Rehabilitation

Auch in den beiden Gruppen, die angaben, die Reha habe „ziemlich“ (38,1%) oder „etwas“ (32,4%) geholfen, ergab sich eine spürbare Senkung des Erwerbsminderungsrisikos. Diese fiel allerdings aufgrund des geringeren Reha-Effektes entsprechend kleiner aus, was eine plausible „Dosis-Wirkungsbeziehung“ für den Zusammenhang zwischen subjektivem Reha-Nutzen und dem Rentenrisiko ergibt.

Unter der Annahme, dass ohne Rehabilitation ähnliche Ergebnisse wie bei einer erfolglosen Rehabilitation zu erwarten wären, lassen sich die Effekte der Rehabilitation auf das Erwerbsminderungsrisiko hochrechnen. Dabei wird in den vier Gruppen die Anzahl der tatsächlich beobachteten Erwerbsminderungsrenten mit der erzielten Risikoreduktion multipliziert. So würden z.B. in der Gruppe der „sehr hilfreichen“ Rehabilitation die 18 beobachteten Er-

werbsminderungsrenten um den Faktor 3,6 zunehmen, d.h. es wäre ohne erfolgreiche Rehabilitation stattdessen mit etwa 65 Erwerbsminderungsrenten in dieser Gruppe zu rechnen. Insgesamt ergibt sich so eine Verdoppelung der Erwerbsminderungsrenten für den Fall, dass alle Rehabilitationsmaßnahmen erfolglos geblieben oder nicht durchgeführt worden wären.

Schlussfolgerungen

Diese Studie zeigt, dass die Gewinnung von Evidenz für Reha-Effekte auch außerhalb randomisierter Studien möglich ist. Erfolgsfaktoren waren dabei einerseits die lange Nachbeobachtungszeit (d.h. Geduld) und die enge Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationseinrichtungen, Rentenversicherungsträger und Wissenschaft.

Als zentrales Ergebnis zeigte sich, dass eine erfolgreiche Rehabilitation die Beitragszahlung stabilisiert und das Risiko für Erwerbsminderungsrente deutlich senkt.

Ausblick

Das Konzept der Studie stieß in der Fachöffentlichkeit auf großes Interesse. Daher wurden vielversprechende Gespräche mit einem ähnlichen Qualitätsverbund von Rehabilitationskliniken in Norddeutschland und den dortigen Rentenversicherungsträgern geführt, um eine gemeinsame überregionale Folgestudie durchzuführen. Diese Studie soll dann auch die Auswirkungen in unterschiedlichen Organisationen und bei unterschiedlichen Rahmenbedingungen wie z.B. regionalen Arbeitsmärkten untersuchen. Entsprechende Anfragen bzw. Forschungsanträge wurden bei der DRV Baden-Württemberg, der DRV Bayern Nord, der DRV Braunschweig-Hannover sowie der DRV Nord gestellt, die auch weitere Kliniken in diese neue Studie einbringen werden.

Finanzierung/Fördermittel

Qualitätsverbund „Gesundheit - Gemeinsam für die beste Reha“
IFR Ulm Eigenmittel

Kooperationen

Qualitätsverbund „Gesundheit - Gemeinsam für die beste Reha“
Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg (SAMA, Prof. Dr. E. Töpler)
Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG, Dr. R. Nübling)
DRV Baden-Württemberg

Ansprechpartner

Dr. Rainer Kaluscha
E-Mail: rainer.kaluscha@ifr-ulm.de
Tel.: 07582 800-5102

5.14 Evaluation der Effekte der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation bei kardiologischen und pneumologischen Rehabilitanden der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl

Hintergrund

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) bezeichnet Rehabilitationsmaßnahmen, die sich schwerpunktmäßig an den Anforderungen des Arbeitsplatzes orientieren. Dieses Angebot gilt insbesondere für Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL). Im Jahr 2012 gab die Deutschen Rentenversicherung ein „Anforderungsprofil zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)“³ heraus.

Eine stärkere berufliche Schwerpunktsetzung im Rahmen der kardiologischen und pneumologischen Rehabilitation wurde bereits vor Herausgabe dieses Anforderungsprofils modellhaft erprobt und evaluiert. Erkenntnisse über den Erfolg von MBOR im kardiologischen und pneumologischen Bereich nach der Einführung des Rahmenkonzepts liegen bisher jedoch nicht vor.

Die Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl begann im Jahr 2013 mit der Einführung von MBOR im Sinne des Anforderungsprofils der DRV, wobei spezielle bedarfsbezogene Schwerpunkte gesetzt werden. Seither wurden die berufsbezogenen Maßnahmen in der Routine überführt und standardisiert, sodass diese den Rehabilitanden mit einer BBPL strukturiert angeboten werden können.

Projektziel

Ziel des Forschungsprojektes ist die Evaluation von MBOR bei Rehabilitanden der kardiologischen und pneumologischen Rehabilitation am Beispiel der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl. Daneben sollen Rehabilitandengruppen identifiziert werden, die besonders von einer MBOR profitieren.

Methodik

Die Behandlungsergebnisse der Teilnehmer am aktuellen berufsbezogenen Behandlungskonzept (Interventionsgruppe) werden mit den vor Einführung dieses Behandlungskonzeptes erzielten Ergebnissen („historische Kontrollgruppe“) verglichen.

Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) werden anhand eines Fragebogens („Würzburger Screening“) identifiziert und bei Bedarf dem berufsbezogenen Be-

³ Deutsche Rentenversicherung Bund (2012). Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung.

handlungskonzept (MBOR) zugewiesen. Da in der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl bereits seit 2010 das Würzburger Screening eingesetzt wird, können auch in der historischen Kontrollgruppe Rehabilitanden bestimmt werden, bei denen ein besonderer berufsbezogener Bedarf vorlag. So kann aus den Rehabilitanden der Jahre 2010 – 2012 eine entsprechende Vergleichsgruppe herausgesucht werden.

Ferner werden als Datengrundlage Routinedaten der DRV Baden-Württemberg (Rehabilitationsstatistikdatenbasis – RSD) herangezogen. Diese erlauben insbesondere den Vergleich des Erwerbsstatus vor und nach Rehabilitation anhand objektiver Daten über mehrere Jahre.

Ergänzend werden in der Interventionsgruppe Fragebogenerhebungen zu drei Messzeitpunkten (Beginn und Ende der Rehabilitation sowie zwölf Monate nach Rehabilitationsende) durchgeführt.

Die Effekte von MBOR auf den Erwerbsstatus (Sozialversicherungsbeiträge, Entgelt, Beschäftigungstage) in den zwei Folgejahren der Rehabilitation sowie auf das Rehabilitationsergebnis aus Sicht des Rehabilitationsarztes (Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit in Bezug auf den letzten Beruf bzw. eine andere Tätigkeit, positives und negatives Leistungsvermögen) werden anhand multivariater Analysen bestimmt.

Um Rehabilitanden zu identifizieren, die besonders von einer MBOR profitieren, werden Regressionsmodelle für bestimmte Teilgruppen berechnet. Dabei werden z.B. separate Regressionsmodelle für die beiden Indikationen (Kardiologie und Pulmologie), für Rehabilitanden mit unterschiedlichen Schweregraden einer BBPL und für Rehabilitanden der verschiedenen MBOR-Stufen (Stufen A bis C) berechnet.

Bei der Auswertung der Fragebogenangaben stehen die Veränderungen bei der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, der Arbeitsmotivation sowie der subjektiven Erwerbsprognose im Mittelpunkt. Ferner wird geprüft, welche Faktoren einen Einfluss auf die subjektiven Behandlungsergebnisse bei Rehabilitationsende sowie zwölf Monate nach der Rehabilitation haben.

Zur Einschätzung der Repräsentativität der eingeschlossenen Rehabilitanden erfolgt eine Gegenüberstellung mit Rehabilitanden der DRV Baden-Württemberg (MBOR-Patienten gleicher Indikation) aus anderen Kliniken anhand der RSD.

Um zu prüfen, ob der Fragebogenrücklauf repräsentativ ist, werden die Heidelberger Teilnehmer mit und ohne Fragebogen anhand der RSD-Daten verglichen (Non-Responder-Analyse).

Aktueller Stand

Zur datenschutzgerechten Verknüpfung der Befragungs- und Routinedaten wurde ein Datenschutz- und Pseudonymisierungskonzept entwickelt.

In Abstimmung mit Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl wurden die Patienteninformation und Einwilligungserklärung verfasst sowie die Fragebögen für die jeweiligen Messzeitpunkte entwickelt. Dabei erfolgte zunächst eine Sichtung bereits bestehender Fragebögen sowie Item-Datenbanken wie z.B. dem „Patient-Reported Outcomes Measurement Information System“ (PROMIS; <http://promis-germany.de>). Um die Verständlichkeit des Fragebogens sowie den Zeitaufwand für das Ausfüllen des Fragebogens besser einschätzen zu können, werden die Fragebögen zunächst in einem Testlauf an einige Rehabilitanden zu Rehabilitationsbeginn und -ende ausgegeben und bei Bedarf im Anschluss überarbeitet.

Um eine korrekte Datenerhebung in der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl zu gewährleisten, wird vor Beginn der Datenerhebung eine Anleitung, in der die notwendigen Erhebungsschritte und Dokumentationsaufgaben detailliert beschrieben sind, verfasst. Ferner erfolgt eine Vorstellung der Studie in der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl im Zuge eines Kick-Off-Meetings, um alle Mitarbeiter (einschließlich der in der Klinik beschäftigten Studienassistenten) über die Abläufe zu informieren.

Anschließend wird mit der Rekrutierung der Rehabilitanden in der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl begonnen. Der hierfür erforderliche Ethikantrag wurde bei der Ethikkommission in Ulm gestellt.

Finanzierung/Fördermittel

DRV Baden-Württemberg
IFR Ulm Eigenmittel

Kooperationen

Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl (Chefarzt Dr. R. Nechwatal)
DRV Baden-Württemberg

Ansprechpartnerin

Silke Jankowiak
E-Mail: silke.jankowiak@ifr-ulm.de
Tel.: 07582 800-5202

5.15 Zugang und Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen sowie Effekte auf die Erwerbs- und Pflegeprognose

Hintergrund

Die Diagnose Krebs greift zumeist abrupt und nachhaltig in die Lebenswelt Betroffener und deren Angehöriger ein. Sowohl die Erkrankung als auch die Therapien führen zu starken körperlichen und psychosozialen Belastungen der Betroffenen und somit zu einem komplexen Behandlungsbedarf. Auch bei gut zu behandelnden Krebsarten ist häufig eine längere Zeit für die vollständige Genesung (Rekonvaleszenz) erforderlich.

Eine onkologische Rehabilitation kann diesen Wiederherstellungsprozess unterstützen und die gesellschaftliche Teilhabe positiv beeinflussen. Sie zeichnet sich dabei durch eine umfassende interdisziplinäre Versorgung aus, welche die Linderung der körperlichen Erkrankungslast mit speziellen Therapiekonzepten zur Behandlung seelischer Probleme (Psycho-Onkologie) kombiniert. In Bezug auf die Ergebnisse onkologischer Rehabilitationen konnte gezeigt werden, dass sie sowohl die körperliche Funktionsfähigkeit als auch die psychische Befindlichkeit, die Krankheitsverarbeitung sowie die Lebensqualität der Betroffenen verbessert.

Allerdings ist weitgehend unklar, nach welchen Kriterien in der Versorgungspraxis eine onkologische Rehabilitation empfohlen oder in Anspruch genommen wird, welche Patientengruppen stärker oder schwächer davon profitieren und ob ein bedarfsgerechter Zugang bei onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen vorliegt.

Projektziel

Im Rahmen dieser Studie sollen einerseits Merkmale, die die Inanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen beeinflussen, identifiziert werden. Andererseits sollen Versorgungsergebnisse zwischen onkologischen Patienten, die eine Rehabilitation in Anspruch genommen haben (Rehabilitanden), und Patienten, die keine onkologische Rehabilitation durchgeführt haben (Nicht-Rehabilitanden), verglichen werden.

Daneben sollen Kenntnisse über subjektiv wahrgenommene Förderfaktoren und Barrieren für Inanspruchnahme gewonnen werden.

Methodik

In die Studie werden onkologische Patienten aus den drei größten Erkrankungsgruppen, d.h. „Brustkrebs“, „Prostatakrebs“ und „Darmkrebs“, eingeschlossen.

Im ersten Schritt erfolgt eine Analyse von Routinedaten der DRV Baden-Württemberg (Rehabilitationsstatistikdatenbasis – RSD) sowie der AOK Baden-Württemberg.

Anhand der Krankenkassendaten können alle AOK-Patienten herausgesucht werden, die wegen einer der drei Krebsarten behandelt wurden. Durch die Verknüpfung mit den Daten der Rentenversicherung kann dann festgestellt werden, welche dieser Patienten eine Rehabilitation in Anspruch genommen haben. Da auch bei Rentnern die Rentenversicherung Träger der onkologischen Rehabilitation ist, erlaubt es erst die sektorenübergreifende Betrachtung, eine solche Studie durchzuführen. Hier zeigt sich der besondere Wert des Gemeinschaftsprojektes mit Krankenkasse und Rentenversicherung, das in dieser Form bundesweit einmalig ist.

Bei den Analysen sollen dann Merkmale bestimmt werden, die auf die Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen einen Einfluss haben. Bei den Auswertungen werden sowohl individuelle Eigenschaften der Patienten (z.B. Krebsart, Erkrankungsphase/-stadium, Begleiterkrankungen, soziodemografische Merkmale) sowie Merkmale der ambulanten bzw. stationären Krebsbehandlung (z.B. Dauer und Art der Tumorbehandlung) hinsichtlich ihrer prognostischen Relevanz für die Inanspruchnahme einer Rehabilitation geprüft.

Anschließend werden Regressionsanalysen zum Vergleich der Behandlungsergebnisse durchgeführt. Hauptzielgröße ist bei onkologischen Patienten im erwerbsfähigen Alter der Erwerbsstatus im Folgejahr der Rehabilitationsmaßnahme bzw. der Tumorbehandlung (sozialversicherungspflichtiges Entgelt, Beschäftigungs- und Arbeitsunfähigkeitstage, Sozialversicherungsbeiträge, Beitragsart). Bei nicht mehr erwerbstätigen Betroffenen werden die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen sowie die Pflegestufe und -kosten ausgewertet. Sowohl bei Personen im erwerbsfähigen Alter als auch bei den nicht mehr erwerbstätigen Versicherten werden der weitere Behandlungs- und Krankheitsverlauf sowie Behandlungskosten im Anschluss an die ambulante bzw. stationäre Tumorbehandlung bzw. nach Rehabilitationsende analysiert.

Zur Bestimmung von Kriterien für eine bedarfsgerechte Zugangssteuerung der Patienten, werden die aus dem Regressionsmodell ermittelten Schätzer für die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme mit der tatsächlichen Inanspruchnahme einer Rehabilitation verglichen. Wurde für einen Patienten laut Regressionsmodell eine Rehabilitation vorhergesagt und hat dieser tatsächlich keine in Anspruch genommen (oder umgekehrt), kann diese Diskrepanz zwischen Vorhersage und Realität in die Analyse der Behandlungsergebnisse eingeschlossen werden.

In einem zweiten Schritt erfolgt eine Befragung von ca. 1.500 Patienten (je 500 der drei ausgewählten Indikationen) zu subjektiv wahrgenommenen Barrieren und Förderfaktoren für die Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen sowie zum subjektiv wahrgenommenen Nutzen der Folgebehandlungen (Rehabilitation vs. ambulante/stationäre Therapien). Zusätzlich sollen weitere Kontextfaktoren für den Zugang erhoben werden (u.a. Aufklärungsmethoden des behandelnden Tumorzentrums hinsichtlich der Möglichkeit zur onko-

logischen Rehabilitation, Unterstützung bei der Antragsstellung). Zur Identifikation von Hemmnissen betroffener Personengruppen werden im Fragebogen außerdem psychosoziale Belastungen bzw. die psychische Symptombelastung, der subjektive Gesundheitszustand, die Lebensqualität/-zufriedenheit, die Leistungsfähigkeit im Alltag/Freizeitaktivitäten sowie Bewältigungsstrategien (Coping) und die soziale Unterstützung erhoben.

Für die Rekrutierung der onkologischen Patienten wird eine Zusammenarbeit mit der „Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren, Onkologischen Schwerpunkte und Onkologischen Arbeitskreise Baden-Württemberg“ (ATO) des Krebsverbands Baden-Württemberg e.V. sowie mit entsprechenden Selbsthilfeverbänden der jeweiligen Indikationen (Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V., Deutsche ILCO e.V. – Vereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs) angestrebt.

Aktueller Stand

Aktuell werden die Patienteninformation und die Einwilligungserklärung in die Studie verfasst sowie die Fragebögen für die Patientenbefragung entwickelt. Hierzu wurden in der ersten Hälfte des Berichtsjahres bereits bestehende Fragebögen hinsichtlich ihrer Eignung gesichtet. Ferner wurden erste deskriptive Auswertungen der Routinedaten (Berechnung des relativen Risikos) vorgenommen, um Hinweise auf solche Behandlungs- und Patientenmerkmale zu erhalten, die mit der Inanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation assoziiert sind. Dabei wurden ärztliche Leistungen, Heil-/Hilfsmittel sowie Medikamentenverordnungen und Nebendiagnosen zwischen Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden verglichen.

Um zu prüfen, inwiefern die ermittelten Merkmale für onkologische Patienten spezifisch sind oder auch bei anderen Indikationen häufig auftreten können, erfolgt derzeit eine Bewertung der identifizierten Behandlungs- und Patientenmerkmale durch Experten (Fachärzte der jeweiligen Indikationen). Dabei werden diese ebenso zur Nachvollziehbarkeit des gefundenen Zusammenhanges mit der Inanspruchnahme einer Rehabilitation befragt. Ferner sollen sie auf Basis ihrer Erfahrungen solche Patientengruppen benennen, die aus ihrer Sicht typischerweise eine Rehabilitation in Anspruch nehmen oder eher unterrepräsentiert sind. Die hierbei gewonnenen Kenntnisse werden entsprechend bei der Fragebogenentwicklung berücksichtigt.

Finanzierung/Fördermittel

DRV Baden-Württemberg

Kooperationen

DRV Baden-Württemberg

AOK Baden-Württemberg

Asklepios Klinik Triberg (Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Widmann)

Krebsverband Baden-Württemberg e.V.

Ansprechpartnerin

Silke Jankowiak

E-Mail: silke.jankowiak@ifr-ulm.de

Tel.: 07582 800-5202

6. VERANSTALTUNGEN

Unter dem Titel *FOCUS Rehabilitation* richtete das IFR Ulm eine Auftaktveranstaltung für eine neue Symposiumsreihe aus. Diese bietet eine Plattform zum Austausch und der Diskussion von Schwerpunktthemen in der Rehabilitation und Prävention.

Am 14. Oktober 2016 eröffnete Prof. Dr. G. Krischak die erste Veranstaltung *FOCUS Rehabilitation* mit dem Thema Kinder- und Jugendrehabilitation im Senatsaal der Universität Ulm. Interessierte aus der Wissenschaft, den Kliniken, der Deutschen Rentenversicherung, der AOK Baden-Württemberg, Vertretern des Kultus- und Sozialministeriums Baden-Württemberg sowie zahlreiche Gäste erlebten spannende Impulsvorträge und interessante Diskussionen.

Als Referenten trugen vor Herr Dr. D. Dammann (Fachkliniken Wangen, Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche) zu Praxiserfahrungen und Situationen aus dem Rehabilitationsalltag, Herr Prof. Dr. F. Walling (Hochschule Ludwigsburg) zu rechtlichen Zugangswegen, Herr A. Schmöller (AOK Baden-Württemberg) zur Perspektive der Kinder- und Jugendrehabilitation aus Sicht der GKV sowie Herr U. Hartschuh (DRV Baden-Württemberg) aus Sicht der DRV, Herr T. Gabor (Netzwerk Schulsozialarbeit e.V.) und Herr H. Wirth (Verein für Jugendhilfe im Landkreis Heidenheim e.V.) stellten die Möglichkeiten der Schulsozialarbeit vor. Fr. S. Ritter (IFR Ulm) berichtete über die Ergebnisse ihrer Studie zur Kinder- und Jugendrehabilitation.

Aufgrund der positiven Resonanz sowie der erfolgreichen Organisation der Veranstaltung ist die Fortsetzung dieser Reihe auch im Folgejahr geplant.

7. LEHRE AN DER UNIVERSITÄT ULM

7.1 Querschnittsfach Q12 „Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren“

Im Jahr 2002 wurde die Approbationsordnung für Ärzte geändert und das verpflichtende Prüfungsfach „Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren“ eingeführt. Für die Studierenden der Medizinischen Fakultät Ulm verantwortet Herr Prof. Dr. G. Krischak die entsprechenden Lehrveranstaltungen im Querschnittsblock (Q12) „Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren“.

Die Ringvorlesung umfasst 14 Semesterwochenstunden (Tab. 2), daneben vermitteln Ganztagesexkursionen zu verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen praktische Inhalte über acht Semesterwochenstunden (Tab. 3).

Tabelle 2: Themen, beteiligte Klinik/Institution sowie Lernziele/Inhalte der Ringvorlesung

Thema	Klinik/Institution	Inhalte/Lernziele
Einführung, Grundlagen Rehabilitation	Prof. Dr. Krischak	Überblick über das Fach Rehabilitationsmedizin mit den Verfahren der Physikalischen Medizin und den klassischen Naturheilverfahren, Grundbegriffe der Rehabilitation
Zugang zur Rehabilitation, SGB IX	Dr. Kaluscha	Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation, die Teilhabestörung als Rehabilitationszielgröße, Definitionen Arbeitsfähigkeit/Erwerbsfähigkeit, Rehabilitation vor Rente, wirtschaftliche Bedeutung
Pulmologische Rehabilitation	Prof. Dr. Steinacker (Sektion Sport- und Rehabilitationsmedizin, Universitätsklinikum Ulm)	Funktionsdiagnostik, Rehabilitationsziele und Techniken der pneumologischen Rehabilitation, Physikalische Medizin: Atemtraining, natürliche Heilmittel, Luft, Sole
Kardiologische Rehabilitation	Prof. Dr. Hahmann (Klinik Schwabenland, Isny-Neutrauchburg)	Indikationen, Mechanismen und Ziele der kardiologischen Rehabilitation, stationäre/ambulante kardiologische Rehabilitation, Physikalische Medizin der kardiologischen Rehabilitation: Aufbelastung, Abbau von Risikofaktoren

Orthopädische Rehabilitation	Dr. Eckhardt (Klinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Ulm)	Indikationen, Mechanismen und Ziele der orthopädischen Rehabilitation, Anschlussheilbehandlung, die Rehabilitation von Wirbelsäulensyndromen und Arthrosen, die physikalische Therapie in der orthopädischen Rehabilitation
Traumatologische Rehabilitation	Prof. Dr. Dehner (Klinik für Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Ulm)	Rehabilitation nach Wirbelsäulenverletzungen, Behandlungen nach Osteosynthesen, übungstabil, belastungstabil, die physikalische Therapie in der traumatologischen Rehabilitation
Neurologische Rehabilitation	Prof. Dr. Uttner (Universitätsklinik für Neurologie, Ulm)	Funktionsdiagnostik für die neurologische Rehabilitation, Stufen und Verfahren der neurologischen Rehabilitation, Bobath-Konzept
Psychosomatische Rehabilitation	PD Dr. Müller (Schlossklinik, Bad Buchau)	Indikationen, Häufigkeitsverteilung, stationäre/ambulante Rehabilitation, Tagesklinik, Physikalische Medizin in der psychosomatischen Rehabilitation
Physikalische Medizin	Dr. Eckhardt (Klinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Ulm)	Indikationen, Mechanismen und Ziele der Krankengymnastik, Ergotherapie, Hilfsmittel, berufliche Rehabilitation
Klassische Naturheilverfahren	PD Dr. Mauch (Sportklinik Stuttgart)	Indikationen, Mechanismen und Ziele der Balneotherapie, Bewegung, Massagen, Kneipp, Akupunktur, Neuraltherapie
Phytotherapie I, II, III	Prof. Dr. Simmet (Institut für Naturheilkunde und Klinische Pharmakologie, Universitätsklinikum Ulm)	Definitionen, Begriffe und Grundlagen der Phytopharmaka

Tabelle 3: Exkursionsziele und -inhalte sowie beteiligte Klinik/Institution

Exkursionsziel	Exkursionsinhalt	Klinik/Institution
Universitätsklinikum Ulm, Sektion Sport- und Rehabilitationsmedizin	ambulante kardiologische Rehabilitation	Prof. Dr. Steinacker
ZAR, Ulm	ambulante Rehabilitation	Dr. Schütz
Klinik Schwabenland, Isny-Neutrauchburg	stationäre kardiologische Rehabilitation	Dr. Schmucker
Schlossklinik, Bad Buchau	stationäre psychosomatische Rehabilitation	PD Dr. Müller
Federseeklinik, Bad Buchau	stationäre orthopädische Rehabilitation	Prof. Dr. Krischak

Die Lehrveranstaltung zeichnet sich durch exzellente Evaluationen aus. Sowohl die Vorlesung als auch die Exkursionen haben sich als eine gute Möglichkeit bewährt, den angehenden Medizinerinnen die Rehabilitation als ein interessantes Tätigkeitsfeld zu präsentieren und damit zur Gewinnung von qualifiziertem Nachwuchs für die Rehabilitationskliniken beizutragen.

7.2 Wahlmodul „Praxis der Physikalischen Medizin und Rehabilitation“ (W911)

Die von Prof. Dr. G. Krischak eingerichtete Wahlveranstaltung wurde erstmalig im Sommersemester 2013 für Studierende des klinischen Abschnitts angeboten. Aufgrund der positiven Resonanz und dem großen Interesse der Studierenden an Lehrinhalten der Rehabilitation und Physikalischen Medizin hat es sich seitdem etabliert und wird nun kontinuierlich jedes Semester angeboten.

Das Wahlmodul „Praxis der Physikalischen Medizin und Rehabilitation“ dient nicht nur zur Vertiefung der Inhalte des Querschnittsblocks Q12, sondern zeichnet sich vor allem durch eine enge Verzahnung von Theorie und Praxis aus. Die als Ganztagesexkursion angelegte Veranstaltung wird an zwei aufeinanderfolgenden Tagen in der Federseeklinik Bad Buchau durchgeführt und umfasst 14 Semesterwochenstunden.

Zu Beginn der Wahlveranstaltung erhalten die Studierenden mit Hilfe des Vortrages „Einführung in die Physikalische Medizin und Rehabilitation“ einen ersten Einblick in die Thematik. Hierbei werden kurz rechtliche Grundlagen, die „International Classification of Functioning,

Disability and Health“ (ICF), Ziele und Ablauf der Rehabilitation, sozialmedizinische Beurteilung, Indikationen und Fallbeispiele sowie ärztliche Aufgaben in der Rehabilitation erläutert. Hieran schließen sich dann folgende spezifische Themenblöcke an:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- physikalische Therapie
- medizinische Trainingstherapie
- Massagetechniken
- besondere Konzepte in der Rehabilitation: Medizinisch-Beruflich-Orientierte Rehabilitation (MBOR), Verbund-Rehabilitation Orthopädie-Psychosomatik

Die Themenblöcke bestehen aus einem 30 bis 45 minütigen Vorlesungsteil sowie einem 45 bis 60 minütigen Praxisteil. Neben den Dozenten sind während des jeweiligen Themenblocks die entsprechenden Therapeuten der Federseeklinik anwesend und stehen somit noch vor dem eigentlichen Praxisteil für Fragen zur Verfügung. Im Rahmen des Vorlesungsteils werden über alle Themen hinweg folgende Inhalte vermittelt:

- Geschichtliche Entwicklung
- Definition und Wirkmechanismus
- Anwendungsgebiete, Indikationen und Kontraindikationen
- Konzepte
- Methodische Ansätze
- Evidenz

Im Praxisteil werden nicht nur die jeweiligen Räumlichkeiten besichtigt, sondern insbesondere Grundübungen unter der Anleitung einer Fachperson der jeweiligen Therapie durchgeführt, um konkret die praktische Arbeit im Bereich der Rehabilitation zu verdeutlichen. Im Rahmen des Themenblocks „Physikalische Medizin“ erfolgen darüber hinaus Anwendungen von Elektrotherapie, Fango/Wärmetherapie und medizinische Bäder.

Die Studierenden sollen wesentliche therapeutische Grundsätze kennenlernen, einfache Behandlungsansätze anwenden können, Indikationen und Kontraindikationen erkennen und verstehen sowie Patienten identifizieren können, die von der jeweiligen therapeutischen Beübung profitieren würden.

Die Überprüfung des Lernerfolgs erfolgt in Form einer schriftlichen Prüfung am Ende der Lehrveranstaltung. Wie auch im Querschnittsblock Q12 werden hochwertige, durch ein externes Review geprüfte Multiple-Choice-Fragen aus dem Bereich „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ angewendet.

7.3 Außeruniversitäre Engagements

Das IFR Ulm engagiert sich neben der Lehre im Q12 und im Wahlfach an der Universität Ulm an weiteren Lehrveranstaltungen. Prof. Dr. G. Krischak und Dr. R. Kaluscha sind als Dozenten bei ärztlichen Weiterbildungen im Weiterbildungskurs „Rehabilitationswesen“ der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie (SAMA) tätig.

Prof. Dr. G. Krischak ist darüber hinaus im Fachbeirat der Hochschule Neu-Ulm (HNU) für den Studiengang „MBA Betriebswirtschaft für Ärztinnen und Ärzte“ an der strukturellen und inhaltlichen Weiterentwicklung und Gestaltung der Lehre engagiert. Dr. R. Kaluscha unterrichtet zudem im Masterstudiengang „Physiotherapie“ des UlmKollegs. Frau L. Tepohl ist externe Lehrbeauftragte an der Hochschule Neu-Ulm (HNU) im Bachelor-Studiengang „Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen“. Sie unterrichtet im 5. Semester das Seminar „Aktuelle Aspekte des operativen Controllings“ und im 2. Semester das Modul „Anwendungsorientierte Methoden, empirische Sozialforschung“. Des Weiteren unterrichtet sie das Modul „Projektmanagement“ im Masterstudiengang „Physiotherapie“ am UlmKolleg. Frau M. Nusser ist als Lehrkraft in Teilzeit am UlmKolleg tätig und unterrichtet Schüler und Studenten der Physiotherapie in den Bereichen „physiotherapeutische Grundlagen“ und „wissenschaftliches Arbeiten“. Frau A. Schemm lehrt als Honorar-dozentin an der Hochschule Ravensburg-Weingarten im Masterstudiengang „Gesundheitsförderung“ das Modul „Die Rolle der Bewegung in der Gesundheitsförderung“.

Ferner werden in Zusammenarbeit mit anderen Hochschulen am IFR Ulm Praktika, Bachelor- und Masterarbeiten durchgeführt (siehe 9.2)

8. KOMPETENZZENTRUM REHABILITATION AN DER UNIVERSITÄT ULM

Das „Kompetenzzentrum Rehabilitation an der Universität Ulm“ ist aus der Geschäftsstelle des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes, das im gemeinsamen Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften eingerichtet worden war, hervorgegangen und wird vom IFR Ulm mit Eigenmitteln weitergeführt. Ähnlich wie bei der Betreuung von Doktorandinnen und Doktoranden, besteht auch bei forschungsinteressierten Rehabilitationskliniken bzw. anderen Institutionen Bedarf an Beratung zu methodischen Aspekten und Fragen bezüglich Ethikvoten, Datenschutz, Datenmanagement und statistischer Auswertung. Besonders in den frühen Phasen, d.h. bei der Planung einer Studie oder der Vorbereitung eines Forschungsantrags ist die Unterstützung für die in diesen Belangen weniger erfahrenen Klinikern wertvoll. Das IFR Ulm bietet im Rahmen des Kompetenzzentrums daher Praktikern mit Ideen für Forschungsvorhaben diesbezügliche Unterstützung an.

Auch in diesem Jahr ergaben sich zahlreiche interessante Kontakte zu Institutionen und Kliniken, u.a. zur Konzeption einer Studie, die ein spezielles Behandlungsprogramm für schwere Alkoholiker untersuchen soll. Ferner ergaben sich etliche Promotionsvorhaben: zum einen durch entsprechende Anfragen von Studierenden der Medizin, zum anderen von bereits in der Rehabilitation oder angrenzenden Feldern Tätigen, die ihre Berufserfahrung einbringen und berufsbegleitend promovieren möchten.

Die vom IFR Ulm im Rahmen des Kompetenzzentrums angebotenen Leistungen werden auch künftig weitergeführt werden, da nicht nur ein gemeinsamer Nutzen aus den Forschungsprojekten entsteht, sondern der fachliche Austausch im Netzwerk mit Wissenschaftlern, Klinikern und Administration die maßgeblichen Entscheider und Akteure für die Weiterentwicklung der Rehabilitation zusammenführt.

9. QUALIFIKATIONSARBEITEN

9.1 Dissertationen

Prof. Dr. G. Krischak betreut als Doktorvater folgende Dissertationen zum Dr. med. und Dr. biol. hum.:

Doktorand/in	Arbeitstitel/Thema	Kooperation
Dissertation zum Dr. med. an der Universität Ulm		
Breuer, Ehrenfried Moor-Heilbad Buchau gGmbH	Übergang von Akutklinik zu Rehabilitation: Wann ist der richtige Zeitpunkt für die Anschlussrehabilitation?	Moor-Heilbad Buchau gGmbH
Bunz, Jürgen Sozialmedizinischer Dienst DRV Baden- Württemberg	Modellprojekt der DRV Baden-Württemberg mit dem Hausärzteverband Baden-Württemberg (HVBW-REHA): Vergleich von Rehabilitanden des Modellprojekts mit anderen Rehabilitanden im Hinblick auf sozialmedizinische Parameter	DRV Baden-Württemberg
Lindner, Lorena Universität Ulm	Das medizinisch-berufliche Behandlungskonzept BeRA – Berufliche Wiedereingliederung und Zufriedenheit von Rehabilitanden und Arbeitgebern	TheraVent aktiv Marbach am Neckar
Maier, Dennis Universität Ulm	Minimal-invasive und navigationsunterstützte OP-Methoden in der Endoprothetik - Behandlungsergebnis und Rehabilitationsbedarf	AOK Baden-Württemberg
Plail, Laura TU München	Unterschiede in den auftretenden Kontextfaktoren bei Verletzungen der oberen versus der unteren Extremitäten	Verwaltungs- Berufsgenossenschaft
Schäffner, Achim DRV Bund Klinik Bad Dürkheim	Gibt es Indikatoren im Verlauf somatisch behandelter Störungen, die der Früherkennung psychosomatischer Ursachen dienen können?	--
Schmidt, Laura Universität Ulm	Rehabilitation vor Pflege: Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung	--

Schmid, Stefan RehaZentren Baden- Württemberg gGmbH Rehaklinik Überruh	Evaluation der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation (VMOR) der Klinik Überruh bei Rehabilitanden mit metabolischem Syndrom – Vergleich der Rehabilitationsergebnisse zwischen Teilnehmern einer VMOR und Teilnehmern einer konventionellen Rehabilitation.	Rehaklinik Überruh, RehaZentren der DRV Baden-Württemberg
Schurr, Sandra Universität Ulm	Evaluation der integrierten orthopädisch- psychosomatischen Station	Moor-Heilbad Buchau gGmbH
Schuster, Sandra Universität Ulm	Ergebnisse der Rehabilitation von Patienten nach Becken- und Acetabulumfraktur – Pilotstudie	Universitätsklinikum Ulm, AG Becken III der DGU/AO
Stojan, Rok Moor-Heilbad Buchau gGmbH	Partizipative Zielvereinbarung in der medizinischen Rehabilitation	Moor-Heilbad Buchau gGmbH
Storrer, Daniela Universität Ulm	Studie zur Situation der Forschung in der Physikalischen Medizin und Rehabilitation Deutschland	Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)
Stütze, Alexander Oberschwabenklinik Bad Waldsee	Rehabilitationsbedarf nach Endoprothese aus chirurgischer Sicht	--
Tietze, Armin Sana Kliniken Biberach	Vergleich der Effektivität aktiver und passiver Bewegungsschienen nach Knieendoprothese	Sana Kliniken Biberach GmbH, Moor-Heilbad Buchau gGmbH
Vekiloglu-Kutz, Berna Sozialmedizinischer Dienst DRV Baden- Württemberg	Rehabedarf und Inanspruchnahme bei Migranten aus der Türkei	--
Weber, Marc Universität Ulm	Ableitung von Kriterien für Rehabedarf aus akutmedizinischen Informationen	AOK Baden-Württemberg

Doktorand/in	Arbeitstitel/Thema	Kooperation
Dissertation zum Dr. biol. hum. an der Universität Ulm		
Dannenmaier, Julia IFR Ulm	Vergleich verschiedener Methoden zur Identifikation von Nicht-In-Anspruchnehmern von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen	AOK und DRV Baden-Württemberg
Faulstich-Ritter, Kristin IFR Ulm	Einflussfaktoren für die berufliche Wiedereingliederung nach einer psychosomatischen Rehabilitation	DRV Baden-Württemberg
Jankowiak, Silke IFR Ulm	Unterschiede in der Arzt-Patient-Interaktion in Abhängigkeit von der Einbeziehung der Hausärzte in die rehabilitative Nachsorge sowie damit einhergehende Effekte auf das mittel- und langfristige Rehabilitationsergebnis	DRV Baden-Württemberg
Nusser, Marina IFR Ulm	Trainierbarkeit und Trainingseffekte der cervicocephalen Kinästhesie	Universitätsklinikum Ulm, Moor-Heilbad Buchau gGmbH
Ritter, Sabrina IFR Ulm	Ergebnisse und Nachhaltigkeit von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen	DRV Baden-Württemberg
Schemm, Angelina IFR Ulm	Evaluation der Effektivität von Kniebewegungsschienen	Sana Kliniken Biberach GmbH, Moor-Heilbad Buchau gGmbH
Schmid, Lucia IFR Ulm	Ergebnis von verschiedenen Bildungsmaßnahmen in der beruflichen Rehabilitation	DRV Baden-Württemberg, Berufsförderungswerk Schömberg
Tepohl, Lena IFR Ulm	Gesundheitsökonomische Bewertung und Nutzen von Rehabilitation unter Berücksichtigung von zukünftigen demographischen Entwicklungen	AOK und DRV Baden-Württemberg, Institut für Versicherungswissenschaften Universität Ulm

9.2 Sonstige Qualifikationsarbeiten

Prof. Dr. G. Krischak und Dr. R. Kaluscha betreuen Bachelor- und Masterarbeiten anderer Hochschulen durch Beratung und/oder Begutachtung:

Tabelle 4: Sonstige Qualifikationsarbeiten

Student/in	Arbeitstitel/Thema	Kooperation
Gahl, Peter Bachelorarbeit, Hochschule Ulm	Browsegestützte Visualisierung von komplexen Behandlungsverläu- fen	Hochschule Ulm, Prof. Bernauer

10. PUBLIKATIONEN

10.1 Veröffentlichungen in Fachzeitschriften

Arbeitsgruppe Bewegungstherapie (Co-Autor Krischak G.)

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) zur Weiterentwicklung der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vom 1.1.2011.

Rehabilitation 2016; 55: 130-132

Christiansen M, Schmidt J-P, Shkel D, Kaluscha R, Tepohl L, Krischak G.

Eine Fortschreibung des Rehabilitationsbedarfs in Deutschland bis 2040 anhand demographischer Faktoren.

Das Gesundheitswesen (im Druck)

Dannenmaier J, Jankowiak S, Kaluscha R, Müller G, Krischak G.

Effekte einer Verbund-Rehabilitation Orthopädie-Psychosomatik.

Rehabilitation 2016; 55: 276-283

Holstiege J, Kaluscha R, Jankowiak S, Krischak G.

Zusammenhänge zwischen dem Erwerbsstatus in den ersten zwei Jahren nach Rehabilitation und langfristigen Erwerbsverläufen: Implikationen für die Outcome-Messung.

Rehabilitation (im Druck)

Jung C, Tepohl L, Tholen R, Beitzel K, Buchmann S, Gottfried T, Grim C, Mauch B, Krischak G, Ortman H, Schoch Ch, Mauch F.

Rehabilitation nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion.

Obere Extremität 2016; 11: 16-31

Nübling R, Kaluscha R, Krischak G, Kriz D, Martin H, Müller G, Renzland J, Reuss-Borst M, Schmidt J, Kaiser U, Toepler E.

Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation: Zum Zusammenhang zwischen „Patient reported Outcomes“ (PROs) und geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen.

Rehabilitation (im Druck)

Nübling R, Kaluscha R, Krischak G, Kriz D, Martin H, Müller G, Renzland J, Reuss-Borst M, Schmidt J, Kaiser U, Toepler E.

Return to work nach stationärer Rehabilitation – Varianten der Berechnung auf der Basis von Patientenangaben und Validierung durch Sozialversicherungs-Beitragszahlungen.

Phys Med Rehab Kuror (Im Druck)

Nusser M, Holstiege J, Kaluscha R, Tepohl L, Stuby F, Röderer G, Krischak G.

Berufliche Wiedereingliederung nach Becken- und Acetabulumfrakturen.

Phys Med Rehab Kuror 2016; 26:185-191

Schemm A, Tepohl L, Krischak G.

Effektivitätsvergleich aktiver kniebewegungsunterstützender Geräte mit passiven Kniebewegungsschienen für verschiedene Pathologien – eine systematische Literaturübersicht.

Phys Med Rehab Kuror 2016; 26: 164-171

Schmid L, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.

Nachsorgeempfehlungen zur stufenweisen Wiedereingliederung: Inwieweit erklären Rehabilitandenmerkmale die bestehenden Unterschiede zwischen den Einrichtungen?

Rehabilitation 2016; 55: 167-174

10.2 Kurzveröffentlichungen

Dannenmaier J, Müller G, Breuer E, Keppler S, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.

Nachhaltigkeit einer Verbund-Rehabilitation Orthopädie-Psychosomatik (VOP)

DRV-Schriften 2016; Band 109: 333-336

Gutt S, Bergelt C, Deck R, Krischak G, Morfeld M, Michel M, Schwarzkopf S, Spyra K, Walter S, Mau W.

Organisationsstrukturen und curriculare Inhalte der Q12-Lehre in den humanmedizinischen Studiengängen in Deutschland – Ergebnisse der DGRW-Fakultätenbefragung 2015.

DRV-Schriften 2016; Band 109: 202-204

Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.

Einschätzung der Repräsentativität des Fragebogenrücklaufs mittels Verknüpfung von Befragungs- und Routinedaten.

DRV-Schriften 2016; Band 109: 35-37

Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.

Beeinflusst eine intensivierete Einbindung des Hausarztes in den Rehabilitationsprozess den Zugang zur Rehabilitation?

DRV-Schriften 2016; Band 109: 125-126

Jankowiak S, Ritter S, Dannenmaier J, Kaluscha R, Krischak G.

Veränderungen beim Zugang zur Anschlussrehabilitation nach Einführung der DRG-Fallpauschalen.

DRV-Schriften 2016; Band 109: 83-85

Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.

Intensivierte Einbindung des Hausarztes in die Rehabilitationsnachsorge - Effekte aus Sicht der Rehabilitanden sowie der Solidargemeinschaft?

German Medical Science GMS Publishing House 2016; DocP059. Zugriff unter <http://www.egms.de/static/de/meetings/dkvf2016/16dkvf223.shtml>

Kaluscha R, Jankowiak S, Dannenmaier J, Ritter S, Schilf S, Krischak G.

Identifizierung von potentiellen Reha-Unteranspruchnehmern mittels sektorenübergreifender Analysen von Routinedaten.

DRV-Schriften 2016; Band 109: 113-115

Kaluscha R, Nübling R, Krischak G, Kriz D, Martin H, Müller G, Renzland J, Reuss-Borst M, Schmidt J, Kaiser U, Toepler E.

Zusammenhänge zwischen subjektivem Reha-Nutzen und Erwerbsstatus nach Rehabilitation: Neue Ergebnisse aus der Reha-QM-Outcome-Studie Baden-Württemberg.

DRV-Schriften 2016; Band 109: 101-102

Krischak G, Tepohl L, Dannenmaier J, Kaluscha R.

Kosteneffektivität und –Nutzen der medizinischen Rehabilitation.

Phys Med Rehab Kuror 2016; 26:A30

Nübling R, Kaluscha R, Krischak G, Kriz D, Martin H, Müller G, Renzland J, Reuss-Borst M, Schmidt J, Kaiser U, Toepler E.

Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation: Zum Zusammenhang zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen.

DRV-Schriften 2016; Band 109: 89-91

Nübling R, Kaluscha R, Krischak G, Kriz D, Martin H, Müller G, Renzland J, Reuss-Borst M, Schmidt J, Kaiser U, Toepler E.

Return to Work nach stationärer Rehabilitation – Berechnung auf der Basis von Patientenanfragen und Validierung durch Sozialversicherungsbeitragszahlungen.

DRV-Schriften 2016; Band 109: 234-236

Nusser M, Tepohl L, Schemm A, Krischak G.

Virtual Reality-gestütztes Trainingsverfahren – randomisierte Pilotstudie bei chronischen Halswirbelsäulen-Beschwerden.

Phys Med Rehab Kuror 2016; 26:A39

Ritter S, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.

Eltern- und Kindbewertungen zur Rehabilitation – Inwieweit stimmen sie überein?

DRV-Schriften 2016; Band 109: 475-476

Schemm A, Tepohl L, Krischak G.

Ist eine Therapie mit einer aktiven gegenüber einer passiven Bewegungsschiene effektiver in der Rehabilitation nach Erhalt einer Knieendoprothese?

Phys Med Rehab Kuror 2016; 26:A55

Schmid L, Kaluscha R, Jankowiak S, Krebs K, Krischak G.

Bedeutung soziodemografischer und sozialmedizinischer Parameter für die Zuweisung in verschiedene berufliche Bildungsmaßnahmen.

DRV-Schriften 2016; Band 109: 272-273

Tepohl L, Dannenmaier J, Stuby F, Krischak G.

Rehabilitation nach Becken- und Acetabulumfraktur.

Phys Med Rehab Kuror 2016; 26:A67

Toepler E, Kaiser U, Kaluscha R, Martin H, Müller G, Renzland J, Kriz D, Schmidt J, Nübling, R.

Zum Zusammenhang zwischen internem Qualitätsmanagement und Reha-Outcome – Konsequenzen der Reha-QM-Outcome Studie.

DRV-Schriften 2016; Band 109: 99-101

10.3 Vorträge

Dannenmaier J, Müller G, Breuer E, Keppler S, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.

Nachhaltigkeit einer Verbund-Rehabilitation Orthopädie-Psychosomatik (VOP).

25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Aachen, 29. Februar - 02. März 2016

Dannenmaier J, Müller G, Breuer E, Keppler S, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.

Nachhaltigkeit einer Verbund-Rehabilitation Orthopädie-Psychosomatik (VOP)

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, Berlin, 25.-28. Oktober 2016

Dannenmaier J.

Studiendesigns in der Physikalischen Medizin und Rehabilitation.

121. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Therapie, Gießen, 06.-08. Oktober 2016

Gutt S, Bergelt C, Deck R, Krischak G, Morfeld M, Michel M, Schwarzkopf S, Spyra K, Walter S, Mau W.

Organisationsstrukturen und curriculare Inhalte der Q12-Lehre in den humanmedizinischen Studiengängen in Deutschland – Ergebnisse der DGRW-Fakultätenbefragung 2015.

25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Aachen, 29. Februar - 02. März 2016

Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.

Einschätzung der Repräsentativität des Fragebogenrücklaufs mittels Verknüpfung von Befragungs- und Routinedaten.

25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Aachen, 29. Februar - 02. März 2016

Jankowiak S, Ritter S, Dannenmaier J, Kaluscha R, Krischak G.

Veränderungen beim Zugang zur Anschlussrehabilitation nach Einführung der DRG-Fallpauschalen.

25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Aachen, 29. Februar - 02. März 2016

Kaluscha R, Jankowiak S, Dannenmaier J, Ritter S, Schilf S, Krischak G.

Identifizierung von potentiellen Reha-Unternehmensnehmern mittels sektorenübergreifender Analysen von Routinedaten.

25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Aachen, 29. Februar - 02. März 2016

Kaluscha R, Nübling R, Krischak G, Kriz D, Martin H, Müller G, Renzland J, Reuss-Borst M, Schmidt J, Kaiser U, Toepler E.

Zusammenhänge zwischen subjektivem Reha-Nutzen und Erwerbsstatus nach Rehabilitation: Neue Ergebnisse aus der Reha-QM-Outcome-Studie Baden-Württemberg.

25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Aachen, 29. Februar - 02. März 2016

Kaluscha R.

Welcher statistische Test für welche Fragestellung?

121. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Therapie, Gießen, 06.-08. Oktober 2016

Kaluscha R.

QM-Outcome-Studie Baden-Württemberg: Ergebnisse der Zwei- und Dreijahreskatamnese.

Qualitätsverbund-Workshops, Stuttgart am 03. Juni und Klausenbach am 19. November 2016

Krischak G.

Biometrische Methoden in der Physikalischen Medizin und Rehabilitation.

121. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Therapie, Gießen, 06.-08. Oktober 2016

Krischak G.

Stoßwellentherapie in der Orthopädie/Unfallchirurgie.

121. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Therapie, Gießen, 06.-08. Oktober 2016

Krischak G.

Kinder- und Jugendrehabilitation im Fokus.

1. Symposium FOCUS Rehabilitation zum Thema Kinder- und Jugendrehabilitation, Ulm, 14. Oktober 2016

Nusser M, Tepohl L, Schemm A, Krischak G.

Virtual Reality-gestütztes Trainingsverfahren – randomisierte Pilotstudie bei chronischen Halswirbelsäulen-Beschwerden.

121. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Therapie, Gießen, 06.-08. Oktober 2016

Nübling R, Kaluscha R, Krischak G, Kriz D, Martin H, Müller G, Renzland J, Reuss-Borst M, Schmidt J, Kaiser U, Toepler E.

Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation: Zum Zusammenhang zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen.

25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Aachen, 29. Februar - 02. März 2016

Nübling R, Kaluscha R, Krischak G, Kriz D, Martin H, Müller G, Renzland J, Reuss-Borst M, Schmidt J, Kaiser U, Toepler E.

Return to Work nach stationärer Rehabilitation – Berechnung auf der Basis von Patientenangaben und Validierung durch Sozialversicherungsbeitragszahlungen.

25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Aachen, 29. Februar - 02. März 2016

Ritter S, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.

Wie verändert sich die Gesundheit nach einer Kinder- und Jugendrehabilitation? Einschätzungen der Kinder und Jugendlichen.

Gemeinsame Jahrestagung der DGMS und der DGMP 2016 (Gesundheit – bio.psycho.sozial 2.0), Charité Berlin, 28. – 30. September 2016

Ritter S, Dannenmaier J, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.

Welche Patienten nehmen nach Implantation einer Hüft- oder Kniegelenktotalendoprothese eine Anschlussrehabilitation in Anspruch?

15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Urania Berlin, 05. - 07. Oktober 2016

Ritter S.

Effekte und Nachhaltigkeit der Kinder- und Jugendrehabilitation.

1. Symposium FOCUS Rehabilitation zum Thema Kinder- und Jugendrehabilitation, Ulm, 14. Oktober 2016

Schemm A, Tepohl L, Krischak G.

Die Bedeutung von Dauer und Intensität bei der Anwendung einer passiven Motorbewegungsschiene auf das Bewegungsausmaß nach Knieprothesen.

Physioswiss-Congress, Basel, 17.-18. Juni 2016

Schemm A, Tepohl L, Krischak G.

Ist eine Therapie mit einer aktiven gegenüber einer passiven Bewegungsschiene effektiver in der Rehabilitation nach Erhalt einer Kniegelenktotalendoprothese?

121. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Therapie, Gießen, 06.-08. Oktober 2016

Schmid L, Kaluscha R, Jankowiak S, Krebs K, Krischak G.

Bedeutung soziodemografischer und sozialmedizinischer Parameter für die Zuweisung in verschiedene berufliche Bildungsmaßnahmen.

25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Aachen, 29. Februar - 02. März 2016

Tepohl L, Dannenmaier J, Stuby F, Krischak G.

Rehabilitation nach Becken- und Acetabulumfraktur.

121. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Therapie, Gießen, 06.-08. Oktober 2016

Toepler E, Kaiser U, Kaluscha R, Martin H, Müller G, Renzland J, Kriz D, Schmidt J, Nübling, R.

Zum Zusammenhang zwischen internem Qualitätsmanagement und Reha-Outcome – Konsequenzen der Reha-QM-Outcome Studie.

25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Aachen, 29. Februar - 02. März 2016

10.4 Poster

Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.

Beeinflusst eine intensivierete Einbindung des Hausarztes in den Rehabilitationsprozess den Zugang zur Rehabilitation?

25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Aachen, 29. Februar - 02. März 2016

Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.

Intensivierte Einbindung des Hausarztes in die Rehabilitationsnachsorge - Effekte aus Sicht der Rehabilitanden sowie der Solidargemeinschaft?

15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Urania Berlin, 05. - 07. Oktober 2016

Jung C, Tepohl L, Mauch F, Krischak G.

How to treat a patient with a rotator cuff reconstruction?

20. European Congress of Physical and Rehabilitation Medicine, Estoril, 23.-28. April 2016

Jung C, Tepohl L, Mauch F, Krischak G.

Die Nachbehandlung von Patienten nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion.

Physioswiss-Congress, Basel, 17.-18. Juni 2016

Krischak G, Tepohl L, Dannenmaier J, Kaluscha R.

Kosteneffektivität und –Nutzen der medizinischen Rehabilitation.

*121. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation und
Kongress der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Therapie, Gießen, 06.-08. Oktober 2016*

Ritter S, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.

Eltern- und Kindbewertungen zur Rehabilitation – Inwieweit stimmen sie überein?

25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Aachen, 29. Februar - 02. März 2016

